

DIGNITY РУКОВОДСТВО

# МОНИТОРИНГ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ



## **МОНИТОРИНГ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**

РУКОВОДСТВО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

Бренда ван ден Берг, Лиза Михаэлсен, Мари Брасхольт, Йенс Мьодвиг

Руководство Датского института по борьбе с пытками, издание 1.1

Это перевод руководства “Мониторинг охраны здоровья в местах лишения свободы” Датского института по борьбе с пытками, осуществлен Наталией Павлюк и Вадимом Човганом.

© 2021 DIGNITY – Датский институт по борьбе с пытками

Все права защищены. Содержание этой публикации можно свободно использовать и копировать для целей обучения и других некоммерческих целей, при условии, что любое такое воспроизведение сопровождается упоминанием источника – Датского института по борьбе с пытками.

DIGNITY – Датский институт по борьбе с пытками  
Брюгерванген 55  
2100 Копенгаген О

<https://www.dignity.dk>

ISBN: 978-87-93675-55-1 (печать)

**DIGNITY MANUAL**

# **МОНИТОРИНГ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО  
ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ**

**Бренда ван ден Берг, Лиза Михаэлсен,  
Мари Брасхольт, Йенс Мьодвиг**

**октябрь, 2021 г.**

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b> .....	<b>7</b>
<b>БЛАГОДАРНОСТЬ</b> .....	<b>8</b>
<b>РАЗДЕЛ 1: ВВЕДЕНИЕ: МОНИТОРИНГ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ</b> .....	<b>9</b>
1.1. Цель данного пособия и его целевая аудитория .....	9
1.3. Мониторинг охраны здоровья и роль наблюдателя .....	16
1.4. Роль наблюдателя за охраной здоровья в мониторинговой группе .....	17
1.5. Основные понятия и определения .....	18
<b>РАЗДЕЛ 2: ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА</b> .....	<b>20</b>
2.1. Подготовка мониторингового визита .....	20
2.2. Проведение мониторингового визита .....	22
2.2.1 Структура медицинского обслуживания в тюрьмах и матрица .....	22
2.2.2 Триангуляция .....	26
2.2.3 Проведение интервью с целью мониторинга .....	28
2.2.4 Использование количественных данных при мониторинге медицинского обслуживания в местах лишения свободы .....	36
2.3. Действия после посещения с целью мониторинга .....	44
<b>РАЗДЕЛ 3: МОНИТОРИНГ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ТЮРЕМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ</b> .....	<b>46</b>
3.1. Введение .....	46
3.2. Первичное медицинское обследование .....	51
3.3. Доступ к медицинскому обслуживанию .....	58
3.4. Непрерывность оказания медицинской помощи .....	62
3.5. Эквивалентность медицинской помощи .....	66
3.6. Роль медицинского работника и дилемма двойной лояльности .....	70
3.7. Медицинская этика .....	76
3.8. Врачебная тайна .....	81
3.9. Информированное согласие .....	85
3.10. Роль тюремного медицинского работника в случае предположения и подозрения на применение пыток .....	89
3.11. Медицинская документация и информационная система охраны здоровья .....	94
3.12. Обращение с медикаментами .....	98
3.13. Обращение с заключенными, объявившими голодовку .....	102
3.14. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний .....	110
3.15. Паллиативная медицинская помощь .....	116
<b>РАЗДЕЛ 4: МОНИТОРИНГ ТЮРЕМНЫХ ФАКТОРОВ ЗДОРОВЬЯ</b> .....	<b>120</b>
4.1. Вступление .....	120
4.2. Гигиена .....	123
4.3. Питание .....	128
4.4. Условия содержания, санитарные условия и вентиляция .....	133
4.5. Применение одиночного заключения .....	138
4.6. Применение личного обыска .....	144
4.7. Использование проб мочи .....	149
4.8. Применение силы .....	153
4.9. Применение средств физического усмирения .....	158
4.10. Охрана и безопасность .....	164

<b>РАЗДЕЛ 5: МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ</b> .....	<b>170</b>
5.1. Вступление .....	170
5.2. Проблемы с психическим здоровьем .....	175
5.3. Самоповреждения и самоубийства .....	182
5.4. Неинфекционные заболевания .....	187
5.5. Инфекционные заболевания .....	192
5.6. Злоупотребление психоактивными веществами .....	200
5.7. Здоровье полости рта .....	211
5.8. Заключение с особыми потребностями .....	216
5.9. Особые потребности заключенных женщин и их детей .....	225
5.10. Насилие .....	232
5.11. Смерть в заключении .....	238
<b>РАЗДЕЛ 6: ВЫЯВЛЕНИЕ ПЫТОК</b> .....	<b>245</b>
6.1. Вступление .....	245
6.2. Методы пыток .....	246
6.3. Последствия пыток .....	248
6.4. Методология проведения мониторинга .....	252
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1: СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ И РУКОВОДЯЩИХ ПРИНЦИПОВ</b> .....	<b>256</b>



# ПРЕДИСЛОВИЕ

Во всем мире в тюрьмах содержится более 11 миллионов человек, что является самым высоким показателем за всю историю. Во многих странах по всему миру, места заключения не соответствуют стандартам и, к сожалению, условия содержания и обращения с заключенными слишком часто нарушают международные стандарты в области прав человека.

Заключение – это серьезное наказание само по себе, и условия содержания и обращения в местах лишения свободы не должны усугублять это наказание. Заключенные продолжают иметь свои основные права человека, включая право не подвергаться пыткам и другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения и наказания, а также такое же право на охрану здоровья и медицинскую помощь, как и все другие члены общества. К сожалению, часто можно наблюдать, что эти права заключенных нарушаются, когда они содержатся в условиях которые вредят их здоровью, что с ними обращаются таким образом, что их состояние здоровья ухудшается, они часто не получают медицинского обслуживания или такое обслуживание предоставляется не на достаточном уровне. Это приводит к плохому обращению или, в крайних случаях, к пыткам, по определению Конвенции ООН против пыток и других видов жестокого, негуманного или плохого обращения или наказания. Администрация тюрем отвечает за соблюдение права на здравоохранение и обязана обеспечить нормальное функционирование медицинского обслуживания в тюрьмах, а также обязана создать достойные условия содержания и обращения с заключенными.

Мониторинг мест лишения свободы независимым органом является основным способом оценить условия содержания и обращения с заключенными, а также их соответствие международным стандартам. Мониторинг считается одним из основных способов предотвращения пыток и плохого обращения с заключенными. Мониторинг состояния здоровья является одним из основных направлений мониторинга мест лишения свободы. Он включает оценку состояния здоровья заключенных, уровня медицинского обслуживания и условий их содержания и обращения с ними, что оказывает прямое и косвенное воздействие на состояние их здоровья. Сюда входит оценка многих факторов, а именно доступность медицинского обслуживания, обследование заключенных при поступлении, равное и постоянное медицинское обслуживание, лечение и уход за заключенными с нарушениями, связанными с употреблением психоактивных веществ, и психическими расстройствами, действия во случае голодовок, санитарно-гигиенические условия в местах лишения свободы и многое другое.

Цель данного пособия – предоставить полный обзор всех аспектов обеспечения охраны здоровья заключенных, которые следует изучать во время проведения мониторинга состояния здоровья заключенных. Оно предназначено, в основном, для специалистов по медицине, которые проводят мониторинг в составе независимой мониторинговой группы. В этом пособии рассматривается превентивный мониторинговый подход, процедура проведения мониторинга. Оно состоит из 33 глав, где представлены и подробно рассмотрены отдельные аспекты здоровья заключенных на основании международных стандартов по правам человека, а также с точки зрения важности превентивного мониторинга. Необходимо отметить, что это первая версия данного пособия. На втором этапе планируется издание второй версии с практическими рекомендациями и приемами проведения мониторинга.

Мы надеемся, что данное пособие будет полезным для всех, кого интересует проведение мониторинга медицинского обслуживания в местах лишения свободы, а также что практика проведения подробного мониторинга поможет улучшить условия жизни тех, кто содержится в местах заключения.

Йенс Мьодвиг, MD PhD  
Начальник департамента охраны здоровья

Расмус Грю Кристенсен, MSc  
Исполнительные директор

## БЛАГОДАРНОСТЬ

Это пособие подготовлено сотрудниками отдела здравоохранения "DIGNITY" Брендой ван ден Берг, Лизой Михаэльсен, Мари Брасхольт и Йенсом Мьодвигом. На первом этапе подготовки этого пособия д-р Ханс Драмински Петерсен также принимал активное участие в его написании и рецензировании. Прежде всего, мы хотели бы выразить ему нашу благодарность за его большую поддержку и ценный вклад в подготовку многих глав.

Кроме того, мы хотели бы выразить нашу искреннюю благодарность всем организациям в разных странах мира, которые проделали важную работу в области обеспечения медицинского обслуживания в местах лишения свободы и превентивного мониторинга. Все эти организации можно найти в конце данного пособия. Ссылки на основные организации можно найти в Приложении 1. Мы хотели бы выразить особую благодарность следующим организациям и ассоциациям за проделанную работу в области здравоохранения в местах лишения свободы и превентивного мониторинга: Ассоциация по предупреждению пыток, Международный Комитет Красного Креста, Врачи за права человека, Международная организация по защите детей и Всемирная медицинская ассоциация. Кроме того, мы хотели бы выразить благодарность Европейскому суду по правам человека за подробные описания дел, которые использовались в качестве примеров во многих главах. Мы также благодарны датскому омбудсмену и Датскому институту по правам человека за многолетнее сотрудничество с Датским национальным превентивным механизмом, за обширный опыт мониторинга в области медицинского обслуживания, а также примеры, некоторые из которых представлены в этом руководстве.

Наконец, мы благодарим наших доноров за их финансовую поддержку, которая позволила нам разработать и опубликовать это пособие.



# РАЗДЕЛ 1: ВВЕДЕНИЕ: МОНИТОРИНГ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

«Иметь наивысший возможный уровень здоровья является одним из основных прав каждого человека, независимо от расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения»<sup>1</sup>

## 1.1. Цель данного пособия и его целевая аудитория

Мониторинг мест заключения независимым органом – один из наиболее эффективных способов предотвращения пыток и жестокого обращения с людьми, содержащимися этих местах.<sup>2</sup> Здоровье является неотъемлемой частью жизни, и услуги по охране здоровья, предоставляемые лицам, лишенным свободы, должны быть эквивалентны услугам, предоставляемым лицам, живущим в обществе в целом. Лишение заключенных медицинского обслуживания во время содержания в местах лишения свободы в условиях, которые вредят здоровью может считаться жестоким обращением, а в наихудших случаях – пытками.

В этом пособии основное внимание уделяется мониторингу состояния здоровья в местах лишения свободы. Предполагается, что читатель уже имеет базовые представления о превентивном мониторинге этих мест на предмет пыток и жестокого обращения. Поэтому в пособии не рассматриваются общие вопросы, связанные с превентивным мониторингом, и в следующей главе просто кратко излагаются его ключевые концепции. Для получения подробного руководства по проведению превентивного мониторинга мест заключения, вы найдете в этом пособии ссылки на уже имеющиеся пособия, в том числе «Учебное пособие по мониторингу прав человека», опубликованное Управлением Верховного комиссара ООН по правам человека в 2001 г.,<sup>3</sup> «Мониторинг мест заключения. Практическое руководство», опубликованное Ассоциацией по предупреждению пыток в 2004 году<sup>4</sup> и «Практическое руководство по мониторингу мест лишения свободы детей», опубликованное Международной организацией защиты детей в 2016 году.<sup>5</sup>

Основная целевая аудитория данного руководства включает специалистов здравоохранения, а именно врачей, медсестер и специалистов общественного здравоохранения, заинтересованных в мониторинге различных аспектов здравоохранения в заключении или

имеющих для этого официальные полномочия. Это пособие будет полезно как новым специалистам, проводящим мониторинг состояния здоровья заключенных, так и наблюдателям, которые уже проводят мониторинговые визиты. Цель пособия – предоставить читателю обзор различных аспектов здравоохранения, которые необходимо учитывать до, во время и после мониторингового визита, во время которого данное пособие можно использовать в качестве основного руководства. Отдельные главы в разделах 3, 4 и 5 могут быть использованы отдельно для изучения определенной темы.

Цель пособия – вывести мониторинг здравоохранения заключенных на более высокий профессиональный уровень и обеспечить всеохватывающее изучение состояния здоровья людей,

1 WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, 1948. Available at: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

2 APT (2016). *Yes, torture prevention works. Insights from a global research study on 30 years of torture prevention*. Association for the Prevention of Torture, Geneva, September 2016. Available at: <https://www.apr.ch/en/resources/publications/yes-torture-prevention-works-global-research-study-2016>. Carver and Handley (2016). *Does torture prevention work?* Liverpool University Press, 2017.

3 UNOHCHR (2001). *Training manual on human rights monitoring*. United Nations Office of the High Commissioner on Human Rights, New York and Geneva, 2001. Outline available at: <https://www.ohchr.org/documents/publications/training7introen.pdf>

4 APT (2004). *Monitoring places of detention. A practical guide*. Association for the Prevention of Torture, Geneva, April 2004. Available at: [https://www.apr.ch/content/files\\_res/monitoring-guide-en.pdf](https://www.apr.ch/content/files_res/monitoring-guide-en.pdf)

5 DCI (2016). *Monitoring places where children are deprived of liberty. Practical guide*. Defence for Children International, Belgium, 2016. Available at: <https://defenceforchildren.org/wp-content/uploads/2016/02/DCI-Practical-GuideEN.pdf>

содержащихся в заключении, и, как результат, к предотвращению пыток и жестокого обращения, улучшению условий содержания и медицинского обслуживания заключенных.

## 1.2. Мониторинг мест заключения

Эта глава содержит краткий обзор ключевых концепций и информацию о мониторинге мест заключения с целью предотвращения пыток и жестокого обращения. Она написана в форме краткого изложения основных знаний в области превентивного мониторинга, с которыми читатель уже, в основном, ознакомлен из своего опыта о из уже изданных ранее пособий.

Мониторинг мест заключения можно лучше всего охарактеризовать как *«систематический процесс наблюдения, отслеживания и записи действий или данных с целью оценки нормального и плохого функционирования тюрем (тюремной системы)»*. Это относится к мониторингу условий содержания (например, мониторинг тюремных помещений, но кроме того и профилактика болезней и насилия) и обращения с людьми, находящимися в заключении (например, отношения персонала и заключенных и доступность занятости), а также мониторинг соответствия условий содержания и обращения национальным и международным стандартам защиты прав человека и, в частности, защиты от пыток и жестокого обращения.

За местами заключения следят несколько государственных и международных органов. На государственном уровне проводятся внутренние проверки, судебные проверки и независимые внешние инспекции, прежде всего государственными организациями по защите прав человека, а иногда проверки проводят и неправительственные организации, работающие в области прав человека. Только независимая внешняя проверка может обеспечить превентивный подход к мониторингу. К тому же, государства, которые ратифицировали Факультативный протокол к Конвенции ООН против пыток и других форм жестокого, негуманного и унижающего достоинство обращения или наказания (ОПКАТ) должны создать Национальный превентивный механизм (NPM) для проведения превентивного мониторинга в местах заключения в своей стране.

На международном уровне действует ряд контролирующих органов. Они включают в себя механизмы мониторинга Международного комитета Красного Креста (МККК) и Подкомитет по предупреждению пыток и других форм жестокого, нечеловеческого и унижающего достоинство обращения или наказания (SPT) (также создан в соответствии с Факультативным протоколом ОПКАТ). На региональном уровне Европейский комитет по предупреждению пыток (СРТ) и Межамериканская комиссия по правам человека являются примером независимых, превентивных мониторинговых органов, действующих в Европе и Америке соответственно.

В этом пособии основное внимание уделяется превентивному мониторингу, который лучше всего можно описать как мониторинг двойной направленности, целью которого является:

1. Выявить существующие нарушения стандартов, например, случаи пыток или жестокого обращения; а также
2. Выявить условия содержания и лечения, которые могут привести к нарушению стандартов.

Таким образом, превентивный мониторинг можно охарактеризовать как *«хорошо подготовленное систематическое и регулярное наблюдение и регистрацию условий содержания и обращения с заключенными в местах лишения свободы. Мониторинг включает в себя проверку результатов, оценку результатов в свете национальных и международных стандартов, анализ практических случаев, являющихся основанием для выводов и рекомендаций в целях содействия улучшению и предотвращению в будущем пыток и жестокого обращения, а также контроль за выполнением этих рекомендаций»*.

Важно отметить, что иногда национальные и международные стандарты могут противоречить друг другу (например, в части обращения с заключенными во время голодовки, см. соответствующую главу в Разделе 3). В этих случаях наблюдатель должен принять решение, на какие стандарты следует опираться, и быть проинформированным о причинах, по которым национальные стандарты отличаются от международных.

Предполагается, что превентивный мониторинг может содействовать предотвращению пыток и жестокого обращения, используя три различных механизма:

1. Выявляются, анализируются и доносятся до сведения соответствующих органов случаи пыток и жестокого обращения, указывается на несостоятельность существующих механизмов защиты. Составляются рекомендации по изменению несостоятельных механизмов защиты и доносятся до ответственных лиц соответствующего уровня (администрация учреждения, министерство, парламент). Если механизмы защиты будут усовершенствованы, это может обеспечить предотвращение таких случаев в будущем.
2. На ранних этапах выявляются, анализируются и доносятся до сведения соответствующих органов условия содержания и случаи обращения, которые (при дальнейшем их усилении) могут привести к пыткам или жестокому обращению, с целью остановить их дальнейшее развитие на соответствующем уровне (администрация учреждения, министерство, парламент), тем самым предотвращая случаи пыток и жестокого обращения.
3. Мониторинг может оказать общее сдерживающее влияние, что предполагает, что сам факт того, что независимые эксперты извне на регулярной основе проводят обзор условий содержания и обращения с заключенными, будет препятствовать сотрудникам переступить черту и будет стимулировать обеспечение прозрачности и подотчетности в плане соответствия стандартам.

Основной международный стандарт, на который опирается данное пособие, – Правила Манделы Организации Объединенных Наций (ООН).<sup>6</sup> Правила Нельсона Манделы представляют собой обновленную версию Минимальных стандартов ООН по обращению с заключенными (1963 г.) и были опубликованы в 2015 г. Хотя они не имеют обязательной юридической силы, они часто рассматриваются государствами как основной (если не единственный) источник информации, касающихся стандартов условий содержания и обращения с заключенными, и являются основными стандартами, используемыми национальными, региональными и международными механизмами мониторинга и инспекции во всем мире при оценке и мониторинге мест лишения свободы.

Основное правило № 1 Правил Нельсона Манделы четко определяет основу для любой мониторинговой деятельности:

*«Все заключенные должны пользоваться уважительным отношением вследствие присущего им достоинства и их ценности как человеческой личности. Ни один заключенный не должен подвергаться пыткам и другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания, все заключенные должны быть защищены от них, и никакие обстоятельства не могут служить оправданием для них. Должна постоянно обеспечиваться охрана и безопасность заключенных, персонала, лиц, предоставляющих услуги, и посетителей».*

Другие международные стандарты, конвенции и протоколы, с которыми должен быть ознакомлен специалист по мониторингу здравоохранения, включают (но не ограничиваются ими):

- Правила ООН, касающиеся обращения с женщинами-заключенными и мер наказания для женщин-правонарушителей, не связанных с лишением свободы (Бангкокские правила), Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, 2011 г.
- Минимальные стандартные правила ООН, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних (Пекинские правила), ООН, 1985.
- Конвенция ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, ООН, 1984.
- Факультативный протокол к Конвенции ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, Организация Объединенных Наций, 2002 г.

6 UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

- Стамбульский протокол; Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 2004 г.
- Европейские тюремные правила, Совет Европы, Страсбург, 2006 г.<sup>7</sup>
- Стандарты ЕКПП 2002 г., редакция 2010 г., Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания, 2010 г.

Наблюдение за местами заключения по своей природе является деликатной и сложной задачей. Ключевым моментом всегда является соблюдение следующих основных принципов:

1. Не навреди.
2. Соблюдай мандат.
3. Знай стандарты.
4. Будь рассудителен.
5. Обратись за советом.
6. Уважай администрацию и ответственный персонал.
7. Уважай заключенных.
8. Заслужи доверие.
9. Соблюдай конфиденциальность.
10. Уважай безопасность.
11. Понимай специфику государства.
12. Будь последовательным, настойчивым и терпеливым.
13. Будь точным.
14. Будь беспристрастным.
15. Будь объективным.
16. Будь внимательным.
17. Будь честным.
18. Веди себя профессионально.
19. Будь на виду.<sup>8,9</sup>

Мониторинг следует рассматривать не только как средство контроля и проверки того, что происходит в местах заключения, но также как сотрудничество между наблюдателями и различными группами субъектов в учреждении с целью обеспечения уважения достоинства и прав заключенных.

Стадии превентивного мониторинга можно представить в виде непрерывного мониторинга, который проводится циклами, как показано на рисунке 1.

7 В Европейском регионе Совет Европы опубликовал Европейские тюремные правила, первоначально опубликованные в 1987 году и обновленные в 2006 г. Европейские пенитенциарные правила основаны на первоначальных Минимальных стандартных правилах ООН по обращению с заключенными, опубликованных в 1957 году. Они не являются юридически обязательными для государств-членов Совета Европы, но содержат признанные стандарты передовых принципов и практики в обращении с задержанными и управлении местами заключения. Они часто используются в качестве основного ориентира для мониторинга мест заключения в Европейском регионе.

8 UNOHCHR (2001). *Training manual on human rights monitoring*. United Nations Office of the High Commissioner on Human Rights, New York and Geneva, 2001. Outline available at: <https://www.ohchr.org/documents/publications/training7introen.pdf>

9 APT (2004). *Monitoring places of detention. A practical guide*. Association for the Prevention of Torture, Geneva, April 2004. Available at: [https://www.apr.ch/content/files\\_res/monitoring-guide-en.pdf](https://www.apr.ch/content/files_res/monitoring-guide-en.pdf)

## РИСУНОК 1.

### ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА



При создании условий содержания и обращения с заключенными в местах лишения свободы задействовано большое количество субъектов, в том числе законодатели, члены правительства, министерства, администрация тюрем, руководство отдельного учреждения, тюремный персонал, тюремный медицинский персонал и общий персонал, а также общественность. Среди всех этих участников наблюдатели, в основном, работают с администрацией отдельного учреждения, его сотрудниками и медицинскими работниками. Возможен конфликт интересов между участниками из этих трех групп и между этими тремя группами и другими сторонами, которые наблюдатель должен всегда принимать во внимание.

Обеспечить подотчетность администрации за соблюдение права человека и обязательств по обеспечению медицинского обслуживания является сложной задачей в местах заключения, и поэтому работа наблюдателей имеет решающее значение.

### Дополнительные материалы

APT (2004). *Monitoring places of detention. A practical guide*. Association for the Prevention of Torture, Geneva, April 2004. Available at: [https://www.apr.ch/content/files\\_res/monitoring-guide-en.pdf](https://www.apr.ch/content/files_res/monitoring-guide-en.pdf)

DCI (2016). *Monitoring places where children are deprived of liberty. Practical guide*. Defence for Children International, Belgium, 2016. Available at: <https://defenceforchildren.org/wp-content/uploads/2016/02/DCI-Practical-GuideEN.pdf>

OSCE ODIHR and PRI (2018). *Guidance document on the Nelson Mandela Rules. Implementing the United Nations Revised Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*. OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights and Penal Reform International, 2018. Available at: <https://www.osce.org/odihr/389912?download=true>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

UNOHCHR (2001). *Training manual on human rights monitoring*. United Nations Office of the High Commissioner on Human Rights, New York and Geneva, 2001. Outline available at: <https://www.ohchr.org/documents/publications/training7introen.pdf>

UNOHCHR (2006). *Optional Protocol to the UN Convention against Torture and other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations Office of the High Commissioner on Human Rights, New York and Geneva, 2006. Available at: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OPCAT.aspx>

### 1.3. Мониторинг охраны здоровья и роль наблюдателя

Специальное изучение медицинских аспектов в местах лишения свободы и последствий для здоровья заключенных, связанных с условиями их содержания, а также с обращением к заключенным, называется мониторингом состояния здоровья.

*«Мониторинг здравоохранения в местах лишения свободы – это хорошо подготовленное и регулярное наблюдение и запись аспектов здравоохранения и последствий для здоровья, связанных с условиями содержания и обращения с заключенными в местах лишения свободы».*

Превентивный мониторинг состояния здоровья направлен на:

1. Условия содержания и методы лечения, влияющие на здоровье заключенных в местах заключения, которые нарушают национальные и международные стандарты прав человека и представляют опасность для здоровья заключенных; а также
2. Условия содержания и методы лечения, влияющие на здоровье заключенных в местах заключения, которые могут перерасти в нарушение национальных и международных стандартов в области прав человека.

В рамках мониторинговой группы с широким мандатом по предупреждению пыток и жестокого обращения, наблюдатели, деятельность которых направлена на аспекты здравоохранения, находятся в уникальном положении, так как они призваны привлечь внимание к состоянию здоровья заключенных и соблюдению прав человека, защитить заключенных посредством последовательного мониторинга всех аспектов здравоохранения.

Как будет более подробно описано в следующем разделе, мониторинг состояния здоровья включает 3 области, вместе именуемые системой охраны здоровья в тюрьмах:

1. Здоровье заключенных, содержащихся в месте лишения свободы.
2. Медицинское обслуживание, доступное для заключенных.
3. Факторы, прямо или косвенно влияющие на здоровье заключенных в местах лишения свободы.

Мониторинг здравоохранения лучше всего проводить людям, имеющим специальное медицинское образование и опыт. Специалисты-медики, такие как врачи общей практики, врачи-психиатры и стоматологи, часто отбираются в качестве наблюдателей в первую очередь, так как они имеют достаточный опыт и знания для оценки здравоохранения, лекарственных средств и необходимого медицинского обслуживания. Их многолетнее образование, понимание уровня медицинского обслуживания в обществе в целом, опыт работы с пациентами делают их лучшими кандидатами для проведения мониторинга здравоохранения. Медсестры, социальные работники в области медицины и другие специалисты также хорошо понимают общие правила охраны здоровья и функционирования медицинского обслуживания, и поэтому их считают квалифицированными наблюдателями за состоянием здравоохранения. Самое важное, чтобы специалист, проводящий мониторинг аспектов здравоохранения в местах лишения свободы, имел основные знания в области здоровых условий содержания и медицинского обслуживания, а именно в местах лишения свободы и в обществе в целом, а также имел представление о влиянии тюремных факторов на здравоохранение. Кроме того, специалист должен иметь представление об общих подходах к превентивному мониторингу мест заключения. Он / она должны уметь проводить интервью в целях мониторинга. Он / она должны иметь (по крайней мере, базовый) опыт и знания по выявлению жертв пыток и жестокого обращения и вести (базовую) документацию, предусмотренную для таких случаев. Он / она должны знать наиболее распространенные методы пыток в данной местности и знать их последствия для физического и психического здоровья жертвы (см. Раздел 6 о методах пыток и их последствиях).

Желательно, чтобы наблюдатель за здравоохранением проводил мониторинговые визиты не самостоятельно, а в составе мониторинговой группы, состоящей из широкого круга профессионалов. Он / она должен вносить свой вклад в общие рекомендации мониторинговой группы, применяя свои конкретные знания.



#### **1.4. Роль наблюдателя за охраной здоровья в мониторинговой группе**

Медицинский работник имеет особую роль в мониторинговой группе при наблюдении за охраной здоровья в местах лишения свободы. Во время мониторингового визита он / она является членом группы, которая должна гарантировать, что мониторинг всех показателей охраны здоровья проводится в полном объеме и что оценка медицинского обслуживания тюремного учреждения проводится должным образом. Это потребует сотрудничества и координации действий с другими членами команды, которые могут в ходе беседы с заключенными собрать информацию, например, которая будет основанием для визита в тюремную больницу, получения доступа к средствам диагностики и медикаментам, а также, например, получить сведения о случаях коррупции, связанных с медицинским обслуживанием, что является серьезной проблемой в ряде стран. Другие члены группы также могут направлять заключенных к наблюдателю за состоянием охраны здоровья для оценки предоставляемых медицинских услуг с последующим контролем за утверждениями о пытках или жестоком обращении.

Важно подчеркнуть, что медицинский работник действует как часть мониторинговой группы в рамках общего мандата группы, то есть превентивного мониторинга. Задача медицинского работника в мониторинговой группе не включает в себя обследование и лечение заключенных (осмотр проводится только в исключительных случаях, см. раздел 2.2.1). В обязанности специалиста также не входит анализ лечения, предоставляемого в отдельных случаях. Тем не менее, общая оценка качества оказываемой медицинской помощи включена в задачи наблюдателя за состоянием здоровья, так как позволяет оценить соблюдение принципа равенства в предоставлении медицинской помощи.

Именно медицинские работники могут полностью оценить все факторы, которые влияют на здоровье заключенных, обсудить конкретные медицинские проблемы с заключенными и властями (имеющими полномочия и влияние), оценить медицинское обслуживание в месте заключения и методы лечения и ухода за больными, а также обеспечить необходимую медицинскую экспертизу в области предупреждения и выявления пыток и жестокого обращения.

#### **Дополнительные материалы**

APT (2008). Visiting places of detention. What role for physicians and other health professionals? Association for the Prevention of Torture, Geneva, 2008. Available at: <https://www.apr.ch/en/resources/publications/visiting-places-detention-what-role-physicians-and-other-health>

## 1.5. Основные понятия и определения

### Здоровье

Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний или недугов.<sup>10</sup>

### Жестокое обращение

Жестокое обращение это то же самое, что и жестокое, нечеловеческое или унижающее обращение или наказание. Жестокое обращение является более широким понятием, чем пытки, и включает различные действия, которые составляют жестокое, нечеловеческое или унижающее обращение или наказание. Это может, например, включать длительное одиночное заключение, плохое питание, плохие санитарные условия и вентиляцию, значительное превышение числа людей в одной камере. Не всегда легко четко разграничить пытки и жестокое обращение; жестокое обращение может быть квалифицировано как пытки, когда оно применяется с причинением сильной боли или страданий. Наблюдателю важно понимать, что это различие в конечном итоге не так уж и важно. То, что во время наблюдения за местом лишения свободы может быть расценено как пытки или жестокое обращение, не должно остаться без внимания. Существует две основные формы жестокого обращения:

1. Усугубление боли или страданий, сопровождающих законные санкции, являющиеся их неотъемлемой частью или случайно возникающее при их применении, то есть непреднамеренно и без какой-либо очевидной цели<sup>11</sup>
2. Умышленное причинение страданий с определенной целью (например, во время допроса), но по степени жестокости его нельзя квалифицировать как пытки.

### Место заключения

Место заключения – это место, где пребывают люди, лишённые свободы. Это место принудительного заключения, в котором люди содержатся под стражей в ожидании суда, во время судебного разбирательства или для отбывания наказания после осуждения за уголовное преступление, поскольку они осуждены за преступление (кроме камер заключения в полицейских участках). Неполный список мест заключения включает тюрьмы, следственные изоляторы, полицейские участки, психиатрические больницы, дома социальной опеки, военные лагеря для задержанных и центры задержания мигрантов.<sup>12</sup>

В данном пособии термин «тюрьма» и «учреждение» часто употребляются как синонимы «места заключения».

### Заключенный

Любое лицо, лишённое личной свободы в результате ареста, административного задержания, предварительного заключения или осуждения, и содержащееся в месте лишения свободы.

В данном пособии термин «заклученный» используется как синоним слов «задержанный» и «лишённый свободы».

### Пытка

Любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого

10 WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, 1948. Available at: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

11 UN (1984). *United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations General Assembly, 1984. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

12 Это руководство в основном посвящено тюрьмам и следственным изоляторам, но его можно использовать и для мониторинга других мест заключения. Мониторинг психиатрических больниц требует особого подхода и поэтому выходит за рамки данного руководства, хотя многие главы содержат полезную информацию и для них.

оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдания, которые возникают лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно.<sup>13</sup>

---

13 UN (1984). *United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations General Assembly, 1984. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

## РАЗДЕЛ 2: ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА

Цикл проведения мониторинга, предложенный в Разделе 1, включает несколько этапов, которые можно объединить в следующие группы:

1. Подготовка проведения мониторинга;
2. Проведение мониторинга;
3. Действия после проведения мониторинга.

### 2.1. Подготовка мониторингового визита

Перед посещением учреждения мониторинговой группой наблюдатель за состоянием охраны здоровья должен подготовиться к посещению, изучив доступную документацию. Помимо изучения открытых источников информации, таких как годовые отчеты и информация на веб-сайтах, медицинский наблюдатель должен перед посещением запросить у администрации тюрьмы и медицинских работников тюрьмы информацию, имеющую отношение к цели посещения. Наблюдатели должны иметь представление, насколько подробной должна быть информация, например, за какой период времени. Приведенный ниже список включает широкий круг вопросов, по которым можно запросить информацию, и наблюдатель за состоянием охраны здоровья должен выбрать те, которые имеют отношение к визиту:

Вопросы, по которым необходимо запросить информацию до проведения мониторинга:

1. Общее количество заключенных и наполняемость учреждения.
2. Информация о заболеваемости и распространенности заболеваний.
3. Информация о количестве самоубийств и суицидальных попыток.
4. Информация о количестве случаев членовредительства.
5. Информация о количестве смертных случаев заключенных в заключении и в больнице на свободе, в том числе информация о причине наступления летального исхода.
6. Организация работы тюремной больницы, в том числе о подчинении медицинских работников учреждения, т.е. тюремная служба / Министерство юстиции / Министерство внутренних дел или органы здравоохранения / Министерство здравоохранения.
7. Количество сотрудников, работающих в тюремной больнице, включая количество врачей разной специализации.
8. Возможности тюремной больницы, т.е. количество часов ежедневного присутствия врачей, медсестер и стоматологов.
9. Количество посещений пациентов в тюремной больнице в день.
10. Бюджет медицинского обслуживания на одного заключенного.
11. Информация о первоначальном медицинском осмотре, который проходят заключенные по прибытии – процедура проведения, продолжительность, направленность, продолжительность.
12. Регулярное медицинское обследование заключенных после прибытия.
13. Если в учреждении есть стационарная больница: количество койкомест, количество случаев госпитализации с разбивкой по диагнозам.
14. В случае, если в учреждении нет стационарного лечения: количество обращений в больницы с разбивкой по диагнозам.

15. Наличие специальных помещений для групп заключенных с особыми потребностями, например, женщин, несовершеннолетних, заключенных с физическими инвалидностями, ЛГБТ, заключенных с наркотической зависимостью.
16. Количество заключенных, которым было предложено лечение от наркотической и / или алкогольной зависимости (включая информацию о том, как справляются с симптомами абстиненции).
17. Ссылки на специализированные медицинские услуги: психиатрия, гинекология, хирургия, инфекционные заболевания и др. Информация о том, прибывают ли специалисты в учреждение или заключенных отправляют в больницу.
18. Количество обращений за специализированным медицинским обслуживанием внутри учреждения (с привлечением консультантов?) и за его пределами.
19. Предоставление услуг стоматолога. Информация о том, доступны ли услуги стоматолога в учреждении, или заключенных отправляют в стоматологическую клинику.
20. Типы журналов, которые ведутся в медицинском отделении учреждения, а именно о консультациях приходящих специалистов, направлении в медицинские учреждения за пределами тюрьмы, об инфекционных заболеваниях, смерти заключенных и т.д.
21. Любые письменные инструкции для медицинского персонала учреждения или охраны, связанные с вопросами охраны здоровья.
22. Распространение информации об охране здоровья среди заключенных.
23. Имеющиеся записи о конкретных медицинских проблемах, выявленных в учреждении во время предыдущих мониторингов или поступивших от других организаций, проводящих мониторинг, имеющих доступ к данному учреждению.

Наблюдатель за состоянием охраны здоровья должен организовать встречу с тюремным врачом и поговорить с ним / ней во время контрольного посещения.

Помимо получения информации, изложенной выше, существует ряд «косвенных» источников информации для мониторинга, которые могут быть полезными при подготовке визита, или в случае, если доступ к учреждению ограничен или невозможен. Помимо медиа-источников, к которым всегда следует обращаться, источники косвенной информации обычно используются, когда для этого есть веское основание, например, повторное посещение с целью собрать больше информации по определенному вопросу, так как из основных источников не удалось получить полную информацию. Основными источниками косвенной информации являются следующие:

1. Средства массовой информации (при этом учитывая, что они часто получают информацию не из первых рук, она может быть неправильно истолкована или использована как средство манипуляции).
2. Интервью с бывшими заключенными.
3. Интервью с членами семей заключенных.
4. Интервью с бывшим тюремным (медицинским) персоналом.
5. Интервью с другими контролирующими органами и организациями с (ограниченным) доступом к учреждению.
6. Интервью с медицинскими работниками со свободы, которые принимают участие в лечении заключенных.
7. Интервью с адвокатами, которые могут получить доступ к учреждению для оказания юридической помощи.

В случае, если доступ к месту содержания под стражей невозможен, косвенные источники будут единственными источниками информации, доступными наблюдателю, из которых он может получить ограниченное представление о происходящем.

## 2.2. Проведение мониторингового визита

Как указано в Разделе 1, мониторинг состояния здоровья направлен на следующее:

1. Условия содержания и лечения, влияющие на здоровье заключенных в местах заключения, которые нарушают национальные и международные стандарты в области прав человека;
2. Условия содержания и лечения, влияющие на здоровье заключенных в местах заключения, которые могут привести к нарушению национальных и международных стандартов в области прав человека.

Мониторинг состояния здоровья означает всесторонний анализ информации по этим двум направлениям. Ниже следует описание структуры и методов проведения мониторинга состояния здоровья.

### 2.2.1 Структура медицинского обслуживания в тюрьмах и матрица

мониторинга охраны здоровья

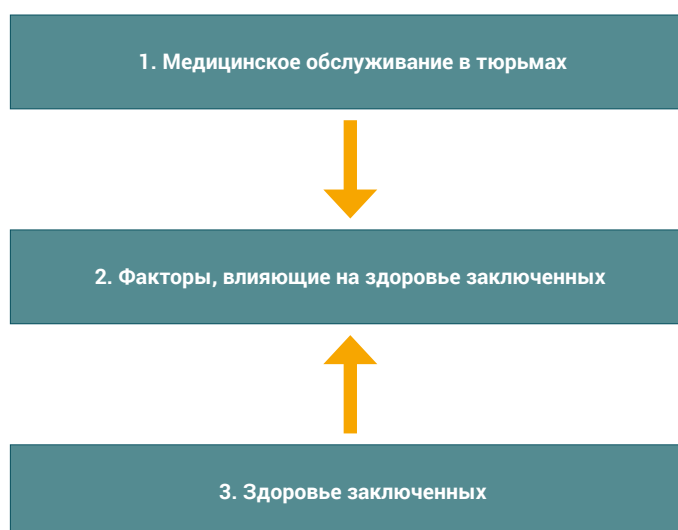
При мониторинге условий содержания и лечения, влияющих на здоровье заключенных, важно рассматривать широкий спектр параметров охраны здоровья. Эти параметры можно объединить в три группы:

1. Здоровье заключенных, содержащихся в учреждении.
2. Доступные им медицинские услуги.
3. Факторы, прямо или косвенно влияющие на здоровье заключенных, содержащихся в учреждении.

Эти три области вместе составляют структуру **медицинского обслуживания в тюрьмах**, как показано на рисунке 2.

#### РИСУНОК 2.

#### СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В ТЮРЬМАХ



Здоровье заключенных центрально отображается в структуре, демонстрируя, что как тюремные службы здравоохранения, так и факторы здоровья заключенных влияют на здоровье заключенных.

## **1. Медицинское обслуживание в тюрьмах**

При изучении медицинских услуг, предоставляемых в месте заключения, наблюдатель должен обращать внимание не только на наличие и доступность медицинских услуг, но также на качество и приемлемость обслуживания. Направления мониторинга медицинского обслуживания в тюрьмах включают, но не ограничиваются следующим: доступность медицинских услуг (в том числе, роль тюремной охраны при получении доступа); качество услуг (например, соответствует ли уровню медицинского обслуживания в обществе в целом?), соблюдение медицинской тайны, получение согласия на лечение, обращение с медикаментами.

## **2. Факторы, влияющие на здоровье заключенных**

Существует много факторов окружения, жизненных и процедурных факторов, которые могут оказать влияние на здоровье заключенных, содержащихся в учреждении, и которые называются тюремными факторами, влияющими на здоровье. Мониторинг этих факторов относительно их последствий для здоровья заключенных является одним из важнейших направлений комплексного мониторинга состояния здоровья. К направлениям мониторинга факторов, влияющих на состояние здоровья в тюрьмах, относятся, помимо прочего, гигиена, питание, санитарные условия, вентиляция, наполненность тюрьмы, отношения между заключенными, и между заключенными и сотрудниками тюрьмы, а также тюремный режим.

## **3. Здоровье заключенных**

Состояние здоровья заключенных отражает условия содержания и лечения в местах заключения и медицинских услуг, предоставляемых заключенным, как по прибытии, так и во время отбывания тюремного заключения. Кроме того, при оценке медицинского обслуживания и факторов состояния здоровья в тюрьмах наблюдатель неизбежно выявляет проблемные случаи плохого состояния здоровья заключенных. Анализ таких случаев позволит подтвердить или усилить выводы об уровне медицинского обслуживания в учреждении и о факторах, влияющих на здоровье заключенных. При анализе медицинского обслуживания наблюдатели также выясняют, является ли каждый случай исключением / случайностью или он является частью несовершенной системы, и тогда необходимо проанализировать аналогичные случаи, обнаруженные наблюдателями. Аспекты здоровья заключенных включают, но не ограничиваются следующим: проблемы с психическим здоровьем, употребление психоактивных веществ, неинфекционные и инфекционные заболевания, а также заболевания, связанные с гендерной принадлежностью.

В разделах 3, 4 и 5 данного пособия подробно описаны три направления системы медицинского обслуживания в тюрьмах с указанием соответствующих параметров для мониторинга.

Данные направления состояния охраны здоровья можно изучить путем оценки информации, полученной из различных источников. **Матрица мониторинга состояния охраны здоровья** является проверенным методом проведения такой работы. Матрица мониторинга состояния охраны здоровья включает все аспекты (столбцы) и возможные источники информации (ряды). Матрица мониторинга состояния здоровья покрывает три основных направления, показанных в структуре (Рис. 3).

### РИСУНОК 3.

#### МАТРИЦА МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Матрица мониторинга состояния охраны здоровья	Источники информации							
	Заклученные	Медицинский персонал	Охрана	Администрация тюрьмы	Аблюдения	Документы		
						Личная карта	Журналы	Письменные инструкции
Медицинское обслуживание в тюрьме								
Тюрьменные факторы, влияющие на здоровье заключенных								
Здоровье заключенных								

Прямые источники информации, которые следует использовать для мониторинга трех областей системы медицинского обслуживания в тюрьмах и которые упоминаются в данном пособии, включают следующее:

#### 1. Интервью с заключенными

Опрос заключенных об их опыте, наблюдениях, размышлениях, анализе, мыслях и чувствах является центральным элементом мониторинга мест содержания под стражей. Те, кто содержится в местах лишения свободы, являются лучшим источником внутренней информации о тюрьменном медицинском обслуживании и факторах здоровья в тюрьмах. Заключенные также могут пожелать подробно рассказать о состоянии своего здоровья (и о других заключенных) и привести примеры того, как эти проблемы со здоровьем решаются тюрьменной (медицинской) службой. Информация, полученная от заключенных, является ключевой для всесторонней оценки ситуации.

#### 2. Интервью с медицинским персоналом

Опрос медицинских работников тюрьмы дает хорошее представление о структуре и функционировании системы медицинского обслуживания в тюрьменном учреждении. От них также можно получить информацию из первых рук по таким вопросам, как двойная лояльность, которые могут накладываться на медперсонал тюрьмы и как они справляются с ними (см. главу о роли медперсонала тюрем и дилемме двойной лояльности в Разделе 3). Тюрьменный медицинский персонал сможет дать представление об основных проблемах со здоровьем с точки зрения всех трех областей системы медицинского обслуживания тюрьмы.



### **3. Интервью с охраной**

Тюремные охранники находятся в ежедневном контакте с заключенными и хорошо знают основные проблемы. Хотя в основном речь идет о тюремных надзирателях в данном пособии мы, в основном, говорим о тюремной охране, важно отметить, что другие сотрудники тюрем, включая учителей, священников, социальных работников и т. д., могут предоставить ценную информацию. Тюремные охранники имеют хорошее представление о повседневной жизни в тюрьме и о том, как различные факторы могут влиять на здоровье и благополучие заключенных и сотрудников, работающих в тесном контакте с заключенными.

### **4. Интервью с администрацией тюрьмы**

Как правило, посещения с целью мониторинга начинаются и заканчиваются встречами с руководством тюрьмы, где можно обсудить все три направления медицинского обслуживания. Представители администрации тюрьмы часто могут предоставить общую базовую информацию об учреждении, о взаимодействии с местной инфраструктурой, рассказать об основных проблемах учреждения.

### **5. Наблюдения**

Каждый наблюдатель во время мониторингового визита должен использовать все возможности для наблюдения. Просто наблюдая материальные условия в месте заключения (например, санитарные условия, состояние кухни, постельного белья и т.д.), видя и слыша, как взаимодействуют заключенные, то, как они взаимодействуют с сотрудниками, и как сотрудники взаимодействуют друг с другом, наблюдатель получает важную информацию о «климате» в месте содержания под стражей. Наблюдатель может также обращать внимание на запахи в тюрьме и пробовать вкус пищи, которую дают заключенным.

### **6. Документы**

Существует множество документов, которые могут предоставить полезную информацию, которая поможет составить полную картину состояния здоровья в месте заключения. Документы включают в себя, например, личные дела заключенных, медицинские карты, письменные инструкции и журналы, например, использование одиночных камер заключения, количество суицидальных попыток и самоубийств, использование тюремными охранниками спецсредств, таких как наручники, перцовый баллончик. Предварительно сообщив о визите мониторинговой группы, можно сделать запрос на получение определенных документов у администрации тюрьмы и министерства. В зависимости от мандата мониторинговой группы, наблюдатель должен получить письменное согласие заключенного на изучение его / ее медицинской карты. В случае, если не требуется официальное письменное согласие, наблюдатель всегда должен стремиться открыто уведомить заключенного необходимости изучения медицинской карты.

Помимо использования шести вышеуказанных ключевых источников информации, медицинский работник из мониторинговой группы может в исключительных случаях провести базовое медицинское обследование заключенного. Это имеет значение только тогда, когда заключенный утверждает, что подвергался пыткам или очевидно имеет заболевание и не получает медицинского обслуживания от медперсонала тюрьмы. Такие случаи следует рассматривать при анализе работы системы защиты от пыток и жестокого обращения, а также системы медицинского обслуживания в учреждении, так как обнаружив причины таких инцидентов и проверив, являются ли они исключением из правил или закономерностью. Однако следует подчеркнуть, что основная цель наблюдения за состоянием здоровья в местах содержания под стражей является профилактической, и поэтому медицинские осмотры заключенных проводятся как исключение, а не правило.

## 2.2.2. Триангуляция

Триангуляция в контексте мониторинга мест заключения – изучение более чем двух источников информации по одному и тому же вопросу и сопоставление информации, полученной из этих источников. Этот метод облегчает проверку правильности информации, полученной посредством перекрестной проверки из двух или более других источников, с целью повышения *достоверности и валидности* результатов. Триангуляция является очень важным методом проведения мониторинга в местах лишения свободы, так как один источник информации почти никогда не дает возможности составить полное представление о ситуации в учреждении.

Пример триангуляции с использованием матрицы мониторинга состояния здоровья приведен во вставке 1.

### ВСТАВКА 1

#### ПРИМЕР ТРИАНГУЛЯЦИИ – ДОСТУП К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Начальник тюрьмы может проинформировать наблюдателя, что в учреждении имеется тюремная медицинская служба, доступная для всех заключенных, где работает достаточное количество медработников, что позволяет своевременно и эффективно проводить опрос пациентов, обследование и лечение, на том же уровне, что и в обществе в целом. Однако при общении с заключенными наблюдатель слышит совсем другую историю. Заключенные заявляют, что получить доступ к медицинским услугам в тюрьме очень сложно, и что большинство их просьб о встрече с врачом отклоняются тюремным персоналом. Они также сообщают, что даже когда заключенный не получает отказ, ему или ей обычно приходится ждать встречи с врачом как минимум неделю, потому что врач находится в учреждении всего несколько часов в неделю. Они также не удовлетворены уровнем доступности лечения и часто не получают лечения, которое они получали до заключения. Тюремные охранники при этом заявляют, что все заключенные, которые просят о приеме у врача, получают на это разрешение. Медицинские работники тюрьмы заявляют при опросе, что в тюремной больнице существует серьезная проблема нехватки ресурсов, в том числе времени, медицинского оборудования и возможностей для предоставления заключенному лечения у специалистов. Они также указывают на то, что тюремные охранники берут на себя слишком большую ответственность, выдавая заключенным разрешение на посещение врача или отклоняя их просьбу.

#### Матрица информации состояния охраны

#### Источники мониторинга здоровья

	Заключенные	Медперсонал	Тюремный персонал	Администрация тюрьмы	Наблюдения	Документы		
						Личные дела заключенных	Журналы	Письменные инструкции

(продолжение)

Доступность медицинского обслуживания	Недостаточный доступ к медицинской помощи: запросы, отклоненные тюремными охранниками, часто заключенные не попадают на прием к врачу  Долгое время ожидания Медицинское обслуживание не предоставляется на том же уровне, что в обществе в целом	Недостаточный доступ к специализированному лечению Недостаточные ресурсы Тюремные охранники отклоняют просьбы заключенных о приеме у врача	Все заключенные, которые просят о приеме у врача, получают такую возможность	Доступность медицинского обслуживания и лечения для всех				
<p>Наблюдатель должен внимательно оценить ситуацию и расхождения в информации из различных источников. Он/она могут собрать краткую информацию в матрице мониторинга состояния охраны здоровья. Очевидно, что информацию нужно собирать из различных источников, чтобы получить объективную картину. Наблюдатель должен запросить документы, в том числе медицинские карты и журналы регистрации больных (доступ к документам может быть предоставлен (в зависимости от полномочий группы) только со специального разрешения и информированного согласия заключенного). Во время посещения тюрьмы мониторинговой группой, наблюдатель применяет все свои навыки наблюдения и ищет признаки, отображающие наличие или отсутствие доступности медицинского обслуживания, медикаментов и лечения в тюрьме. Только используя информацию из всех источников наблюдатель может получить наиболее полное представление о действительном положении вещей, узнать «правду» о данном учреждении.</p>								

Из вышеприведенного примера можно увидеть, что информация из различных источников часто противоречива, что может быть связано с различными функциями, которые выполняют опрошенные в данном случае. Однако важно понимать, что потенциально все опрашиваемые могут быть лично заинтересованы в вопросах, поднятых во время интервью, и, следовательно, ответы могут быть манипулятивными. При оценке достоверности информации из различных источников и в процессе триангуляции наибольший вес должны иметь собственные наблюдения членов мониторинговой группы и утверждения тех, кто наиболее заинтересован в решении рассматриваемой проблемы.

Проводя интервью и собирая информацию, наблюдатели должны понимать, что каждая из вовлеченных сторон (заключенных, администрации тюрьмы, тюремных охранников и медицинского персонала тюрьмы) может преследовать свои интересы, и они могут быть готовы раскрыть только часть правдивой информации. Все могут находиться под определенным давлением, которое может влиять на то, как они выполняют свои обязанности. Наблюдатели должны стремиться читать между строк, пытаясь выявить реальное положение вещей и помогать всем в достижении общей цели, а именно уважение достоинства заключенных, а также созданию нормальных условий содержания и лечения в соответствии с национальными и международными стандартами.

Порядок получения информации из различных источников часто не зависит от наблюдателя. Тем не менее, в большинстве случаев мониторинговые визиты начинаются и заканчиваются общением с администрацией тюрьмы, что дает наблюдателю возможность задать основные вопросы в самом начале и в конце обсудить информацию, полученную (конфиденциально) из других источников в учреждении.

Во многих странах действуют международные организации, такие как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Международный комитет Красного креста (МККК), которые принимают участие,

например, в борьбе с туберкулезом (ТБ), ВИЧ / СПИД и другими инфекционными заболеваниями в местах лишения свободы. Таким образом, мониторинговая группа может получить консультации от экспертов в области интерпретации данных и может рекомендовать администрации наладить сотрудничество с такими экспертами.

### 2.2.3. Проведение интервью с целью мониторинга

Во время визита мониторинговой группы, специалист-медик проводит интервью со следующими группами лиц:

1. Заключение
2. Администрация тюрьмы
3. Тюремный медицинский персонал
4. Тюремные охранники и другой тюремный персонал

Принципиально важно проводить интервью спокойно и проявлять уважение к интервьюируемому. Следует соблюдать этические принципы, чтобы такая беседа была максимально безопасной для всех участников и таким образом, чтобы свести к минимуму любые негативные последствия или риски возможных репрессивных впоследствии («не навреди»). При проведении мониторинговых визитов следует соблюдать этические принципы медицинских исследований с участием людей, опубликованные в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА).<sup>14</sup>

Два этических принципа, которые необходимо знать и соблюдать наблюдателю, следующие:

- Не навреди: всегда помните, что практически каждое действие в процессе мониторинга может привести к репрессивным действиям по отношению к любому, кто предоставляет информацию наблюдателю.
- Независимость: лица, члены семьи которых работают в учреждении, родственники которых находятся в заключении или имеют финансовые интересы в управлении тюрьмой, никогда не должны принимать участие в мониторинге этого учреждения.

Во время мониторингового визита приоритет следует отдавать интервью, проводимым наедине, то есть вне пределов слышимости и, если возможно, вне поля зрения сотрудников и других заключенных, а также вне зоны действия камер наблюдения и микрофонов. Это особенно относится к интервью с заключенными. Однако наблюдатели должны понимать, что все виды информации быстро распространяются в месте заключения. О том, что проводилось интервью, очень скоро узнают все желающие. Одним из способов снижения риска для отдельного заключенного является проведение интервью со многими заключенными, чтобы свести к минимуму риск, что его идентифицируют как источник информации.

Наблюдатели всегда должны одеваться нейтрально, без особых способов самовыражения, не подчеркивая свое социальное положение и должность, сексуальную ориентацию или привлекательность. Желательно носить бейдж с идентификационной карточкой с указанием имени наблюдателя и организации, к которой он / она принадлежит.

В случае, если индивидуальные интервью невозможны по какой-либо причине, например, из-за отсутствия специального помещения, можно рассмотреть возможность проведения дискуссий в фокус-группах. Проведение групповых интервью требует особых мер безопасности. Во всех условиях закрытых учреждений следует учитывать, что группы людей очень различаются по своему происхождению, личным качествам и интересам.

Важно иметь в виду, что в учреждениях репрессивным режимом администрация тюрьмы может иметь информаторов среди заключенных. Таким образом, групповое интервью с заключенными

14 WMA (1974, last amended 2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association, 2013. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

должно касаться только объективных вопросов, которые наблюдатели также могут обнаружить без опроса заключенных, например, физические условия содержания в учреждении, возможность работать и получать образование, заниматься физическими упражнениями, получать качественное питание. Наблюдатель должен проводить интервью в фокус-группах таким образом, чтобы не возникало проблем, которые могут вовлечь отдельных участников в конфликт с администрацией или другими заключенными. Если возникнет конфликт, несмотря на все попытки его предотвратить, групповое интервью необходимо немедленно прекратить, а минимизировать риски.

Наблюдатель всегда должен думать о своей безопасности при мониторинге места заключения. Он / она должен до посещения оценить различные риски, принять меры предосторожности и защиты, чтобы снизить возможные риски. Если не учитывать риски, отношения между наблюдателями и администрацией тюрьмы могут оказаться под угрозой, и такой визит может привести к негативным последствиям для заключенных и повлиять на результаты деятельности мониторинговой группы.

При проведении интервью в целях мониторинга наблюдатель должен учитывать три основных вопроса:

- Понимает ли респондент вопрос?
- Может ли респондент ответить на вопрос, владеет ли он необходимой информацией?
- Какова вероятность, что респондент будет готов ответить честно, не манипулируя фактами?
- Подвергается ли респондент какой-либо опасности, отвечая на вопрос?

### **Формальности**

Респонденты всегда должны быть проинформированы о цели контрольного визита и рисках, которые могут возникнуть для них в результате участия в интервью. Риски для заключенных включают, например, репрессивные меры со стороны администрации тюрьмы или других заключенных, о которых респондент должен быть проинформирован. Целью визита является обеспечение достойных условий и обращения в соответствии с национальными и международными стандартами, а не оказание помощи отдельным заключенным, о чем наблюдатель должен сообщить респонденту. Кроме того, наблюдатель должен проинформировать респондента о времени, отведенном для интервью.

### **Уверенность и взаимное уважение**

В начале интервью наблюдатель должен представиться и проинформировать респондента о цели визита и проведения интервью. Необходимо разъяснить цель и процедуру проведения мониторинга, а именно *обеспечение достойных условий содержания и обращения в соответствии с национальными и международными стандартами путем сбора информации с помощью интервью и наблюдений, анализа полученной информации, а затем диалога с администрацией и государственными органами о проблемах и возможных способах решения (рекомендации)*. Некоторые организации, уполномоченные проводить мониторинг на международном уровне, распространяют среди сотрудников и заключенных информационные листки с описанием процедур и целей визита, где указывается, что репрессивные меры за предоставление информации наблюдателям является нарушением международного права. В случае, если это происходит, то предлагается сообщить об этом факте по указанному электронному адресу или телефону. Для этого организация, проводящая мониторинг, должна получить согласия властей и иметь полномочия вмешиваться, когда это необходимо.

Проводя интервью с заключенным, наблюдатель должен четко дать понять, что находится в его/ее полномочиях. Наблюдатель никогда не должен давать обещаний, которых не может выполнить. Наблюдатель должен сообщить респонденту, что его / ее наблюдения и мнение важны для достижения целей мониторинга.

Интервьюер должен проявлять уважение к личности респондента. Если респондент не хочет касаться определенных вопросов, это необходимо учитывать. Интервьюер должен, с одной стороны, продемонстрировать готовность понять ситуацию и мнение заключенных, т.е. проявить сочувствие, а с другой стороны, должен быть осторожен, выражая личные чувства и мнение, т.е. сохранять определенную профессиональную дистанцию.

Чтобы заслужить уважение респондента, наблюдатель должен быть хорошо осведомлен о месте заключения и медицинских услугах в стране, а также об особенностях посещаемого учреждения. Информация, полученная во время интервью, может оказаться неожиданной, но наблюдатель не должен проявлять наивность, должен сохранять профессиональное отношение, задавая уточняющие вопросы. Наблюдатель должен сохранять конфиденциальность информации, полученной во время интервью в случае вмешательства сотрудников или других лиц. Когда проводится интервью с заключенным, следует избегать вопросов о совершенном им преступлении, так как эта информация не имеет отношения к мониторингу. Какое бы преступление ни совершил человек, должны существовать достойные условия содержания и обращение.

Некоторым заключенным может быть важен пол наблюдателя. В частности, женщины заключенные, в прошлом подвергавшиеся сексуальному насилию, могут согласиться разговаривать только с наблюдателем-женщиной. Группа всегда должна уважать такие требования и стараться выполнять их, насколько это возможно.

Ниже следует краткое описание особенностей, которые необходимо учитывать при опросе четырех различных групп информаторов при проведении мониторинга. Большая часть информации, приведенной в этой главе, актуальна для любого мониторинга, независимо от того, связан ли он с проверкой охраны здоровья.

В части, касающейся опроса заключенных, указываются определенные группы заключенных, которых рекомендуется опрашивать наблюдателем-медиком или хотя бы в его присутствии.

### Группа 1. Заключенные

Интервью с заключенными составляет основу процесса получения информации и должно быть задокументировано при изучении условий содержания и процедур в месте заключения. Мнение заключенных и истории, рассказанные людьми, постоянно проживающими в учреждении, являются ключевыми при любом мониторинговом визите.

В начале интервью с заключенным наблюдатель должен представиться и объяснить цели и план интервью. Наблюдатель должен прямо спросить интервьюируемого, желает ли он / она участвовать в интервью, то есть получить **первое информированное согласие**.

Наблюдатель должен стремиться к тому, чтобы, предоставляя информацию, респондент чувствовал себя уверенно, в безопасности (каков риск непреднамеренно нанести вред?) и защищенным (предотвращение репрессий со стороны тюремного персонала или других заключенных) в разговоре с наблюдателем и имел возможность делиться своими наблюдениями, давать оценку ситуации, выражать обеспокоенность и чувства. В общении наблюдатель должен обеспечивать прозрачность, открытость, проявлять дружелюбность и гибкость, он должен уметь распознавать признаки недовольства, недоверия, нежелания общаться, враждебности и страха и уметь относиться к ним с терпением.

Может быть важным использовать личную информацию из интервью в тех случаях, когда заключенные описывают наблюдателю случаи жестокого обращения или пыток, однако часто заключенные не хотят, чтобы об их истории стало известно другим из-за боязни репрессий со стороны тюремной администрации или других заключенных. Если в конце интервью наблюдатель сочтет важным задокументировать полученную информацию и передать ее дальше, то необходимо получить на это согласие респондента. Всегда необходимо запрашивать это **второе информированное согласие** на использование предоставленной информации. Как правило, никакие личные данные, включая любую информацию, которая может идентифицировать респондента, не может быть опубликована или передана кому-либо за пределами мониторинговой группы без явного согласия респондента. В дополнение к информированному согласию, мониторинговая группа должна стремиться к тому, чтобы публикация или передача информации, полученная при интервью, не подвергала опрашиваемого риску, и к нему не были применены репрессивные меры. Следовательно, может случиться так, что личную информацию нельзя будет раскрыть из соображений безопасности, несмотря на то, что было получено второе информированное согласие. С другой стороны, может также случиться так, что наблюдатель должен будет раскрыть личную информацию тюремному медицинскому персоналу, даже если информированное согласие не получено, если это в интересах здоровья респондента (например, такая серьезная причина, как риск совершения самоубийства).

Место проведения интервью имеет значение, и следует избегать таких помещений, которые в представлении заключенных связывает наблюдателей с тюремными властями (например, кабинет начальника тюрьмы). Следует стремиться к тому, чтобы интервью проводилось вне зоны видимости и слышимости сотрудников тюрьмы, хотя иногда провести интервью вне их поля зрения невозможно. Слухи и информация быстро распространяются в местах лишения свободы, то есть, если человек будет опрошен наблюдателями, это скоро станет известно всем. Следовательно, важно, чтобы другие не слышали, как проводится интервью, тогда респондент будет чувствовать себя более комфортно. Наблюдатели всегда должны критически оценивать ситуацию и доступные возможности.

Наблюдатель должен не только опрашивать заключенных, которые сами просили об этом, или тех, кого предложила администрация или сотрудники тюрьмы. Вместо этого наблюдатель должен стремиться опросить широкий круг заключенных в учреждении. Часто человек может быть застенчивым и замкнутым из-за притеснений, которые он терпит от сотрудников и/или других заключенных, то есть он представляет тех, кто может предоставить информацию из первых рук по вопросам, наиболее важным для наблюдателей. Наблюдателю очень важно завоевать доверие респондента. Более того, наблюдатель всегда должен стремиться максимально защитить респондента. В этом может помочь проведение интервью со многими заключенными, чтобы снизить риск того, что по полученной информации власти и другие заключенные могут выйти на конкретного человека, который, в следствии этого, подвергается риску применения репрессивных мер.

### **Опрос конкретных групп заключенных**

При опросе конкретных групп заключенных, с которыми рекомендуют провести интервью в присутствии наблюдателя-медика, необходимо учитывать определенные моменты.

**Заключенные, которые (вероятно) страдают психическими расстройствами, включая симптомы депрессии.** Заключенные с психическими расстройствами могут реагировать неожиданным образом во время интервью. Они могут проявлять замешательство, страх, расфокусированное внимание, гнев, печаль или беспомощность, в большей степени, чем заключенные без психических проблем. Наблюдатель всегда должен внимательно оценивать ситуацию и приступить к интервью, только если это приемлемо, не представляет опасности и не может навредить респонденту или самому наблюдателю. Проводя интервью с заключенными, у которых есть психические заболевания, наблюдатель должен убедиться, что интервью завершено должным образом, то есть так, чтобы по завершению беседы человек чувствовал себя нормально.

Как правило, наблюдателям, не имеющим опыта работы с людьми с психическими расстройствами и не знающим психиатрических проблем, не следует работать с этой группой лиц.

Депрессия – это болезнь, которая влияет на организм, настроение и мысли человека, на то, как этот человек ест, спит, как воспринимает себя, жизнь и других людей. При опросе человека, страдающего депрессией, наблюдатель должен следить за тем, чтобы не усугубить его чувства депрессии, отчаяния и печали. Рекомендуется вести разговор как можно более «легким» образом, например, не говорить о чувствах, а сосредоточиться на условиях в тюрьме, повседневной деятельности, отношениях с другими заключенными и персоналом, а также на лечении депрессии. В случае, если наблюдатель считает, что респондент рискует нанести себе вред или совершить самоубийство в ближайшее время, группа наблюдения должна рассмотреть возможность сообщения начальнику тюремной медицинской службы и/или начальнику тюрьмы, чтобы начать психиатрическое лечение и создать условия для предотвращения самоубийства. Необходимо добиться информированного согласия от заключенного, но даже без согласия медицинский работник из мониторинговой группы может рассмотреть возможность сообщить о такой опасности.

### **Заключенные, которые, вероятно, страдают посттравматическим стрессовым расстройством**

Заключенные страдают от посттравматического стрессового расстройства чаще, чем люди в обществе в целом (ПТСР).<sup>15</sup> Заключенных, переживших шокирующее, страшное или опасное

---

15 Baranyi et al. (2017). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners. *Epidemiologic Reviews*. Vol.40, 2018. Available at: <https://academic.oup.com/epirev/article/40/1/134/4955401>

событие, каким являются пытки, подвержены ПТСР. Симптомы ПТСР описаны более подробно в главе, посвященной проблемам психического здоровья в Разделе 5. Проводя интервью с заключенным, страдающим ПТСР, наблюдатель должен стараться создать как можно более дружелюбную атмосферу и при разговоре внимательно слушать и следить за собственным языком тела и манерой говорить. Ему/ей не следует углубляться в детали травмирующего события, чтобы избежать инвазивности и не вызвать повторную травму. Во время интервью наблюдатель должен следить за реакцией травмированного человека и дать ему или ей возможность прекратить интервью в любое время, если разговор станет для него невыносимым. Именно человек с посттравматическим стрессовым расстройством, а не наблюдатель, должен определять скорость проведения интервью и глубину предоставляемой информации. Следовательно, перед началом собеседования наблюдателю необходимо убедиться, что у него достаточно времени.

Проводя интервью с заключенным с ПТСР, наблюдатель должен правильно завершить интервью и оставить заключенного в нормальном состоянии. Могут потребоваться дополнительные вопросы к респонденту, например: «Вы хотите, чтобы я уведомил медицинский персонал тюрьмы или напрямую попросил психолога или психиатра поговорить с вами позже?». Мониторинговая группа может также рассмотреть вопрос о переводе такого человека в другую камеру или часть тюрьмы с целью снижения постоянного стресса. Если это может помочь, то такой вариант необходимо открыто обсудить с заключенным и обратиться к руководству тюрьмы с информированного согласия заключенного.

### **Заключенные с агрессивным поведением**

Некоторые заключенные из-за плохого контроля над импульсами склонны агрессивно реагировать на ситуацию, которая им не нравится или которую они не могут контролировать. Во время интервью важно уметь предотвратить перерастание гнева в насилие. Позитивная, но сильная позиция, осторожность при объяснении цели и процедуры проведения интервью могут снизить эскалацию гнева в напряженной ситуации. Если не поддаваться гневу самому и при этом не стараться угодить заключенному в такой ситуации, то можно удержать ее под контролем.<sup>16</sup> Наблюдатель должен непрерывно оценивать ситуацию и продолжать интервью, только если считает, что это допустимо, и ситуация не является опасной для самого наблюдателя или для заключенного. Можно начать с вопроса о причине гнева, подчеркнув, что наблюдателю необходимо понимать ситуацию и соблюдать нейтралитет. Если наблюдатель не уверен, что может контролировать ситуацию и реакцию респондента, то необходимо прекратить интервью.

Проявление насилия во время интервью может поставить под угрозу весь процесс мониторинга.

Тюремная администрация иногда советует наблюдателям не проводить интервью с некоторыми заключенными (группами заключенных) или даже запрещать, ссылаясь на агрессивное и опасное поведение заключенных. Иногда это предлог, чтобы мониторинговая группа не раскрыла случаи пыток и жестокого обращения. Наблюдатели должны, конечно, прислушиваться к мнению администрации, но при этом проявлять критическое отношение и самостоятельно решать на основе наблюдений и первоначального знакомства и разговора с заключенным (возможно, через решетку). В таких случаях наблюдатель должен проявлять гибкость и дипломатичность, не создавать конфликтов с сотрудниками и помнить, что в конечном итоге ответственность за их безопасность лежит на них самих и что проявление насилия может поставить под угрозу весь мониторинг. Перед тем, как начать частное собеседование, наблюдатель должен тщательно оценить риски. Доверие между интервьюером и заключенным должно быть взаимным, и если наблюдатель чувствует себя небезопасно наедине с заключенным, это поставит под угрозу достоверность полученной информации.

### **Заключенные с туберкулезом (ТБ) и другими инфекционными заболеваниями**

При интервью с заключенным, страдающим туберкулезом, наблюдатель должен проявлять осторожность и применять все средства защиты, чтобы не быть инфицированным. При входе в камеру, где содержатся больные туберкулезом, необходимо надевать защитные маски. Необходимо соблюдать все правила, установленные в учреждении. При работе с пациентами с трансмиссивным

---

16 See CorrectionalNurse.net: <http://correctionalNurse.net/how-to-deal-with-inmate-anger/>



заболеванием необходимо строго соблюдать гигиену рук, например, использовать собственные дезинфицирующие средства после каждого контакта с пациентом.

Наблюдатель должен проявлять уважение к респонденту и только если респондент не против, может задавать вопросы о том, что респондент чувствует по поводу своего заболевания. Однако если у наблюдателя сложится впечатление, что заключенный не получает адекватного медицинского обслуживания, необходимо запросить у заключенного разрешение на изучение его/ее медицинской карты и впоследствии сообщить о выводах. Если в дальнейшем выяснится, что лечение ниже стандартов лечения в обществе в целом, это необходимо (с согласия заключенного) обсудить с администрацией тюрьмы. Случай неадекватного лечения должен быть проанализирован на предмет того, является ли он исключением из правил или отражает в целом систему ухода за такими пациентами. Для этого может быть необходимо оценить несколько подобных случаев. Право заключенного иметь максимально хороший уровень здоровья равно праву любого другого гражданина страны и является основой для мониторинга охраны здоровья в тюрьмах.

### **Заключенные с расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ**

При интервью с заключенным, который имел или имеет расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, наблюдатель должен знать о возможном влиянии зависимости и/или вероятных симптомов абстиненции на состояние психического здоровья заключенного и его или ее способность сосредоточиться и четко выразить свои мысли во время интервью. Наблюдатель должен иметь в виду, что заключенный не может честно рассказывать об употреблении психоактивных веществ ни на данный момент, ни в прошлом, поскольку это вещество запрещено в учреждении. Наблюдатель должен спросить о способах лечения и поддержки, предоставляемых заключенному. Необходимо учитывать также тот факт, что употребление психоактивных веществ в тюрьме часто подразумевает напряженные отношения с другими заключенными из-за долгов и потребности доставки наркотиков в тюрьму. Это приводит к случаям насилия среди заключенных (см. также соответствующие главы, посвященные расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ и насилию в Разделе 5).

### **Заключенные, ставшие жертвами пыток и / или жестокого обращения**

Опрос лиц, которые утверждают, что они стали жертвами пыток и/или жестокого обращения, – чрезвычайно деликатный процесс, требующий особой осторожности и навыков проведения интервью.

Стамбульский протокол - Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания – это стандарт, являющийся руководством по расследованию и документированию пыток и жестокого обращения.<sup>17</sup> Один из его разделов посвящен проведению интервью с предполагаемыми жертвами и свидетелями, и соображения, излагаемые там, в основном, актуальны и для мониторинговой группы. Там подчеркивается, что важно задавать открытые, а не наводящие вопросы, которые помогают человеку рассказать свою историю. Учитывая характер пыток и травмы, которые человек при этом получает, особенно важно проявлять чуткость к предполагаемой жертве пыток. Человек всегда имеет право отказаться от разговора о происшествии или от интервью в целом. В случае с предполагаемыми жертвами пыток всегда необходимо получить информированное согласие до того, как инициировать какие-либо дальнейшие действия по их делу, включая обращение к тюремной администрации или начинать процесс подачи жалоб.

По возможности наблюдатель должен запросить у заключенного вещественные доказательства пыток и документировать все полученные сведения, если заключенный дает на это свое информированное согласие. В связи с этим необходимо присутствие медицинского специалиста в мониторинговой группе.

Важно отметить, что, чаще всего, видимые физические знаки пыток заживают в течение короткого периода времени, часто в течение нескольких недель. В случае таких быстро проходящих признаков насилия, как синяки, крайне необходимо провести их документирование, пока они заметны, с

17 UN (2004). *The Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment*. Office of the UN High Commissioner for Human Rights. Available at: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

целью использования в дальнейшем в процессе свершения правосудия, наилучший способ – это фотографии криминалистического характера. Невидимые физические симптомы, такие как боль в мягких тканях, сохраняются дольше, но их труднее объективно зафиксировать. Ценную информацию может дать оценка функций тела, включая походку и диапазон движений в суставах. Психологические последствия пыток, наблюдаемые у большинства лиц, которые подвергались пыткам, еще сложнее задокументировать, наносят вред жертве и требуют других навыков при осмотре и достаточно времени, чтобы пролить свет на произошедшее. Мониторинговой группе следует рассмотреть возможность того, чтобы один или несколько ее членов (включая медицинских специалистов) прошли специальную подготовку и проводили такие интервью.

Более подробное руководство о том, как наблюдать за заключенными, которые утверждают, что были жертвами пыток или жестокого обращения, можно найти в главе 2.3., посвященной контролю после мониторингового визита. Более подробную информацию о мониторинге пыток в целом можно найти в Разделе 6 этого руководства.

### **Группа 2. Администрация тюрьмы**

Интервью с руководством тюрьмы, как правило, проводится в начале и в конце мониторингового визита. Иногда представитель администрации сопровождает наблюдателя во время проведения мониторинга.

Встречи с руководством тюрьмы, как правило, проводятся в кабинете начальника тюрьмы или в зале заседаний. Для мониторинговой группы важно проявлять уважение к руководству тюрьмы и благодарить начальника тюрьмы за предоставленную возможность проводить мониторинг места лишения свободы.

Однако необходимо соблюдать профессиональную дистанцию в общении с администрацией тюрьмы, чтобы заключенные и другие сотрудники в месте заключения не считали наблюдателя «одним из них». Часто первое, что происходит после встречи с руководством тюрьмы, – это обход всех тюремных помещений. Возможно, лучше всего предоставить руководителю

мониторинговой группы провести такой обход, в то время как другие члены группы могут начать работу в учреждении, чтобы сэкономить время, и чтобы у заключенных не сложилось впечатление, что наблюдатели не являются нейтральными посетителями и зависят от руководства. Впоследствии можно провести совещание группы и решить, является ли такой подход правильным или следует ли внести изменения в процедуру. Важно всегда объективно и внимательно оценивать информацию, полученную от администрации тюрьмы. Наблюдатель должен быть проявлять уважение, понимание проблем, с которыми руководство тюрьмы сталкивается в этом учреждении. Осуждение не приводит к положительному результату и не помогает наблюдателям, стремящимся обеспечить условия содержания и лечения в месте заключения, которые бы (больше) соответствовали международным стандартам в области прав человека. Лучшим сценарием может быть то, что руководство рассматривает наблюдателей как союзников в работе по улучшению условий содержания заключенных. Хорошо обоснованные рекомендации по изменению условий содержания в таком случае рассматриваются руководством тюрьмы как необходимые аргументы специалистов, находящихся вне тюремной системы, и могут убедить высшие органы власти и политиков, что некоторые изменения в ежедневной практике работы тюрем будут в интересах всех членов системы. Это приведет к улучшению условий и более гуманному обращению с меньшим уровнем нарушений и насилия внутри учреждения, что является основой для ресоциализации и, как следствие, снижения уровня рецидивизма после освобождения.

На заключительной встрече с руководством тюрьмы наблюдатель должен поделиться некоторыми общими наблюдениями и впечатлениями, полученными в ходе визита. Можно дать предварительные базовые рекомендации перед более детальным отчетом мониторинга. Наблюдатель должен проявлять осторожность, говоря о конкретных деликатных случаях и не должен упоминать имена тех заключенных, которые не дали информированного согласия.

### **Группа 3. Медицинский персонал тюрьмы**

Мониторинг состояния здоровья должен включать посещение тюремной больницы и беседу с медицинским персоналом, в том числе с тюремным врачом. Медицинский персонал может предоставить информацию об организации медицинского обслуживания, контактные данные

тюремной больницы и информацию о предоставляемых медицинских услугах (в том числе специалистов) в данном населенном пункте, о наиболее распространенных заболеваниях среди заключенных в данном учреждении, а также об основных проблемах, с которыми они сталкиваются, работая в данном учреждении.

Опрашивая тюремный медицинский персонал, важно знать, кому они подчиняются. В большинстве стран тюремный медицинский персонал нанимает руководство тюрьмы, и поэтому подотчетен ему. Таким образом, они могут иметь двойную лояльность, которые подробно обсуждаются в соответствующей главе Раздела 3. В некоторых странах тюремный медицинский персонал подотчетен Министерству здравоохранения, аналогично тому, как организованы службы здравоохранения вне мест лишения свободы. В этом случае тюремный медицинский персонал может по-прежнему сталкиваться с проблемами двойной лояльности, однако они могут более открыто говорить о проблемах медицинского обслуживания в тюрьме и своих отношениях с руководством тюрьмы.

Наблюдатель всегда должен уважать позицию тюремного врача и других членов медицинского персонала тюрьмы. В большинстве случаев тюремные медицинские работники предоставляют полезную информацию, которую запрашивает наблюдатель, особенно если наблюдатель является профессиональным медиком. Как и во всех других интервью, наблюдатель не должен выражать свое мнение. Основная цель – получить актуальную информацию по всем параметрам охраны здоровья в месте содержания под стражей.

(Немногочисленный) тюремный медицинский персонал является основным источником информации, поэтому требуется много времени для изучения важных вопросов. Учитывая это, следует запланировать посещение в тот день, когда медицинские работники тюрьмы присутствуют в учреждении и доступны для продолжительной беседы.

#### **Группа. 4 Тюремная охрана и другой тюремный персонал**

Опрос представителей тюремного персонала включает интервью с тюремными охранниками, сотрудниками отдела безопасности и другими сотрудниками тюрьмы, которые работают в учреждении или с учреждением, например, учителя, священники, социальные работники и др. (кроме медицинского персонала). Интервью с тюремным персоналом важно включать в любой мониторинговый визит, потому что сотрудники часто контактируют с заключенными. Они часто хорошо знают положение вещей, условия содержания и основные проблемы в учреждении. При собеседовании с тюремным персоналом важно понимать их позицию в месте содержания под стражей и систему подчинения администрации тюрьмы. Наблюдатель должен стремиться не ставить тюремный персонал в затруднительное положение, задавая вопросы о работе администрации тюрьмы. К тюремному персоналу следует подходить с уважением и признательностью за их работу, а интервью предпочтительно проводить индивидуально в помещении, где можно соблюдать конфиденциальность, не подвергая респондента риску.

В некоторых тюрьмах «культура» охранников составляет проблему, сильные личности пользуются своим положением, там процветает коррупция и торговля наркотиками. Коллеги, не желающие подчиняться, могут подвергнуться репрессиям и притеснениям. Для наблюдателей важно выявлять такие проблемы, но они должны быть крайне внимательны в вопросах безопасности информаторов. Проведение интервью с несколькими членами персонала поможет «размыть» источники информации. В то же время это дает больше возможностей раскрыть реальные факты.

Тюремные охранники часто собирают запросы заключенных о необходимости консультации у врача, а в некоторых случаях также отвечают за выдачу лекарств, прописанных тюремным врачом. Это является превышением полномочий и дает им власть, которой они могут злоупотреблять. Это то, о чем специалисту по контролю за состоянием здоровья следует хорошо знать и внимательно отслеживать с помощью триангуляции. Подробнее об этих вопросах можно прочитать в главах о доступе к медицинской помощи и обращении с лекарствами в Разделе 3.

При обсуждении интервью с тюремным персоналом, в данном пособии основное внимание уделяется интервью с тюремными инспекторами (охранниками).

## Дополнительные материалы

APT (2004). *Monitoring places of detention. A practical guide*. Association for the Prevention of Torture, Geneva, April 2004. Available at: [https://www.apr.ch/content/files\\_res/monitoring-guide-en.pdf](https://www.apr.ch/content/files_res/monitoring-guide-en.pdf)

DCI (2016). *Monitoring places where children are deprived of liberty. Practical guide*. Defence for Children International, Belgium. Available at: <https://defenceforchildren.org/wp-content/uploads/2016/02/DCI-Practical-GuideEN.pdf>

UN (2004). The Istanbul Protocol. *Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment*. Office of the UN High Commissioner for Human Rights, 2004. Available at: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

WHO (2003). *WHO Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women*. World Health Organization, Geneva, 2003. Available at: [www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf](http://www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf)

WMA (1974, last amended 2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association, 2013. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

### 2.2.4. Использование количественных данных при мониторинге медицинского обслуживания в местах лишения свободы

По определению Всемирной организации здравоохранения, эпидемиология «изучает распределение и детерминанты состояний или событий, связанных со здоровьем (включая болезни), и использует полученные результаты в борьбе с болезнями и другими проблемами со здоровьем».<sup>18</sup>

Другими словами, это означает, что эпидемиологические методы могут использоваться для анализа количественных данных и применения их при изучении, например, количества случаев определенных заболеваний, наблюдаемых в конкретном учреждении, для оценки того, является ли заболеваемость высокой по сравнению с другими учреждениями, а также для оценки развития заболеваемости за определенный период времени. Также применяется более сложная статистика, например, при оценке влияния определенных факторов на возникновение заболевания. Например, наблюдается ли большая склонность заключенных к суициду сразу после объявления приговора или если у них есть проблемы с употреблением психоактивных веществ? Более сложные вычисления часто производятся в исследовательских целях, но о них не говорится в данной главе. Здесь основное внимание уделяется тому, как можно использовать количественные данные для оценки охраны здоровья заключенных с помощью относительно простых вычислений.

Эпидемиология (и количественные методы в целом) редко используется в качестве инструмента мониторинга мест лишения свободы, хотя она помогает сделать важные заключения и, несомненно, способствует более комплексной оценке медицинского обслуживания заключенных. В разделе 5 данного пособия, посвященного мониторингу охраны здоровья заключенных, указывается, что содержащиеся в тюрьме составляют уязвимую группу с низким уровнем здоровья в целом по сравнению с общим населением страны.<sup>19 20</sup> Применение эпидемиологии в мониторинге здоровья может обеспечить системное понимание медицинских проблем в конкретном месте содержания под стражей, что может быть предпосылкой для предотвращения и устранения болезней, членовредительства и самоубийств, насилия, пыток и жестокого обращения, которые приводят к повышению смертности среди заключенных. Это может стать основой для привлечения внимания к проблемам здоровья заключенных администрации тюрьмы, а также на лиц, ответственных за национальную и международную политику в области здравоохранения в местах лишения свободы.

18 See WHO website: <http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>

19 Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956–965. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)

20 WHO Regional Office for Europe. (2014). *Prisons and Health*. Copenhagen, Denmark. Available at: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

Очевидно, что применение эпидемиологических методов при мониторинге медицинского обслуживания в тюрьмах возможно, только если мониторинговая группа обладает доступом к соответствующей информации. Однако не во всех местах лишения свободы в мире это возможно.

При идеальном подходе данные должны регистрироваться медицинской службой тюрьмы, чему необходимо уделять внимание при мониторинговом посещении тюрьмы. Если руководство места заключения получает извещение о посещении мониторинговой группы, то группа может получить данные о состоянии охраны здоровья заключенных и происшествиях заранее. Если же о посещении не извещают заранее, то группа может сделать запрос на необходимые данные во время посещения и получить их позднее.

Мониторинговая группа может обнаружить различные временные интервалы, имеющие отношение к оценке состояния здоровья заключенных и происшествий, в зависимости от того, например, насколько редким является заболевание, какой имеет инкубационный период и является ли заболевание инфекционным. Если в учреждении ведется такой учет, наблюдатель может запросить данные за год.

### **Примеры данных, которые необходимо запрашивать для анализа и интерпретации**

Для группы, которая применяет эпидемиологический подход к мониторингу медицинского обслуживания в месте заключения, рекомендуется запрашивать данные о численности заключенных во время мониторинга и о среднем дневном количестве заключенных, например, за прошлый год. Как будет показано далее в этой главе, эти числа используются для различных типов расчетов, которые позволяют проводить сравнение, например, учреждений, заключенных и населения в целом.

Актуальность данных о состоянии здоровья и происшествиях варьируется в зависимости от географического положения учреждения и направленности посещения. В разделах данного пособия о том, как проводить мониторинг определенных параметров охраны здоровья заключенных, приводятся примеры того, как использовать количественные данные, проводя мониторинг по этому конкретному параметру.

Далее следует подробное описание применения эпидемиологических методов при мониторинге: 1) нанесение себе повреждений и самоубийство; 2) инфекционные заболевания, в том числе вызванные плохим качеством воды и санитарных условий; 3) насилие; 4) пытки и жестокое обращение; 5) применение одиночных камер; 6) наступление смерти под стражей. Эти примеры отобраны, так как отвечают целям данного пособия, а именно предотвращение пыток и жестокого обращения, поэтому применение эпидемиологических методов в этом случае должно помочь группе в работе по мониторингу.

### **Самоповреждение и самоубийство**

Эпидемиологический подход к мониторингу самоповреждений и самоубийств в месте заключения включает в себя, помимо прочего, запрос и интерпретацию данных о количестве случаев самоповреждений и самоубийств, например, за последний год. Основываясь на этих данных, группа может оценить уровень заболеваемости и сравнить оценочные данные с данными предыдущих лет. Кроме того, группа может оценить использование превентивных методов в месте заключения, например, запросив данные о количестве заключенных, которых проверяли на риск самоповреждения и/или самоубийства по прибытии в учреждение.

Пример, изложенный ниже во вставке 2, является примером использования эпидемиологических методов при мониторинге состояния здоровья заключенных в марокканских тюрьмах, который показал увеличение числа случаев самоубийств, что привело к разработке/реализации предупреждения таких случаев.

## **ВСТАВКА 2:**

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ МОНИТОРИНГЕ СЛУЧАЕВ**

СУИЦИДА В МАРОККАНСКИХ ТЮРЬМАХ. Администрация тюрем в Марокко регулярно регистрируют смертельные случаи, и данные за несколько лет показывают, что в среднем совершается шесть самоубийств в год. Однако в 2015 году тюремные медицинские службы Марокко отметили повышение числа самоубийств в тюрьмах, когда оно достигло 15 случаев в год. Хотя число самоубийств значительно увеличилось, эти данные можно было считать валидными только в сравнении с числом заключенных в тюрьмах, которое незначительно сократилось. Оценка повышения числа самоубийств привело к ряду мер, и в первую очередь были собраны данные в тюрьмах всей страны, чтобы можно было изучить масштаб, динамику и причины повышения числа самоубийств, а также понять, какие меры нужно применять для снижения числа суицидальных случаев, а также случаев самоповреждений в местах лишения свободы в Марокко. На основе полученных данных были разработаны инструкции на национальном уровне для всех членов тюремного персонала в отношении самоубийств и самоповреждения в соответствии с международными стандартами и опытом.

### ***Инфекционные заболевания, в том числе связанные с плохим качеством воды и санитарных условий***

Применяя эпидемиологические методы при мониторинге инфекционных заболеваний, в том числе связанных с плохим качеством воды и санитарных условий, мониторинговой группе рекомендуется запросить данные о количестве случаев заболеваний, связанных с отсутствием питьевой воды и санитарных условий за год. Сюда входят такие болезни, как гепатит А, чесотка, холера и гастроэнтерит. Данная информация поможет группе оценить и проанализировать частотность и уровень заболеваемости.

Также мониторинговой группе рекомендуется запросить данные как об общем количестве заключенных, у которых были диагностированы инфекционные заболевания, такие как туберкулез, ВИЧ, гепатит А, В и С, на момент мониторинга, так и о количестве заключенных, у которых диагностировали эти заболевания в течение последнего года. На основе этих данных группа сможет оценить и интерпретировать распространенность, частоту и уровень заболеваемости. К другим инфекционным заболеваниям относятся грипп, респираторные заболевания и инфекции, передаваемые половым путем, а также заболевания, связанные с климатическими особенностями местности, где расположена тюрьма, такие паразитарные или трансмиссивные болезни, как малярия и лихорадка денге. Для этих последних заболеваний наиболее актуальна оценка и интерпретация уровня и масштаба заболеваемости, поскольку по своей природе они являются временными, а не хроническими. Наконец, группа может оценить количество проведенных профилактических мер в учреждении, например, запросив данные о процентном количестве заключенных, проверенных на инфекционные заболевания по прибытии.

### ***Насилие, пытки и жестокое обращение***

Мониторинговая группа может применять эпидемиологические методы для мониторинга состояния здоровья в местах заключения не только для оценки заболеваемости и смертности, но и для оценки инцидентов, которые равносильны пыткам или жестокому обращению. Соответствующие инциденты, которые должна оценить группа мониторинга, включают, например, ежегодное количество случаев физического насилия как среди заключенных, так и между персоналом и заключенными (насилие сотрудников по отношению к заключенным и насилие заключенных по отношению к сотрудникам). Другие значимые показатели пыток или жестокого обращения включают ежегодное число заключенных с травматическими повреждениями, которые получили лечение в учреждении, или ежегодное количество травм, смертей и других последствий для здоровья из-за злоупотребления средствами физического сдерживания. В этом отношении также актуально оценить, сколько раз в год тюремный персонал применял к заключенным методы насилия и физического сдерживания, например, наручники и перцовый баллончик.

### ***Применение одиночного заключения***

Применение одиночного заключения может вызывать проблемы психического характера, повышает риск самоповреждения и самоубийства, что является медицинскими показателями,

поэтому к такому виду наказаний можно применять эпидемиологические методы. Группа может запросить данные как о ежегодном количестве случаев применения одиночного заключения, так и о госпитализации/направлениях в тюремные больницы заключенных с психиатрическими проблемами, вызванными одиночным заключением. Также может оказаться важным оценить частоту и распространенность психических проблем, случаев самоповреждения и суицида среди тех, к кому ранее применяли одиночное заключение.

### **Смертельные случаи в заключении**

Рекомендуется запросить данные о смертельных случаях в заключении, поскольку они могут быть прямым последствием применения пыток и жестокого обращения, например, отказа заключенным в праве на медицинскую помощь. Кроме того, запросив данные за год о смертельных случаях и изучив уровень смертности в учреждении, группа также должна запросить данные о всех смертельных случаях и проанализировать их на предмет способа, причин и обстоятельств наступления смерти, обращая особое внимание на то, можно ли было предотвратить смерть. В случае, если представляется, что смерть можно было предотвратить, наблюдатель должен провести расследование того, что было сделано неправильно, как руководство отнеслось к данному случаю, делая акцент на предотвращение таких случаев в будущем. Например, наблюдатель может проанализировать данные за год по смертельным случаям, вызванным инфекционными заболеваниями, а также число смертей в результате несчастных случаев или насильственной смерти, и таким образом провести оценку уровня смертности по различным способам наступления смерти и ее причин.

### **Анализ и интерпретация данных**

Наблюдатель за состоянием здоровья может запросить данные, например, по туберкулезу, поскольку высокая распространенность туберкулеза в месте заключения может указывать на жестокое обращение, которое проявляется в отказе в адекватной медицинской помощи и/или отсутствие адекватных мер инфекционного контроля (см. также главу об инфекционных заболеваниях в Разделе 5).

Рассмотрим пример:

*Заключенных девяти окружных тюрем Сан-Паулу обследовали на туберкулез. Из общего числа заключенных, составляющего 1122 человека, 1052 дали свое согласие на участие в исследовании, и среди них был выявлен 21 случай туберкулез.<sup>21</sup>*

Другими словами, на момент проведения экспертизы распространенность заболевания в учреждении составила 21 человек. Насколько высоким является данный показатель? Если бы в тюрьмах другого города было 50 случаев, означало бы это, что риск заболеть туберкулезом там более, чем вдвое больший?

Чтобы ответить на эти вопросы, необходимо рассматривать не только абсолютные числа, но и принимать во внимание количество заключенных в двух городах. Если бы количество заключенных в другом городе увеличилось более чем вдвое, цифры могли бы не вызывать особого беспокойства, потому что процентное соотношение было бы таким же. Но, с другой стороны, если бы 50 случаев были зафиксированы среди заключенных тюрьмы, меньшей, чем в Сан-Паулу, эти цифры вызвали бы беспокойство.

*В этом примере процентное соотношение заключенных, больных туберкулезом, составляло 2% (21 из 1052). Этот показатель сам по себе мало о чем говорит, поэтому необходимо было сравнить его не с другой тюрьмой, а с тем, насколько часто туберкулез выявлялся среди населения в целом. И тогда такой результат оказался тревожным: доля инфицированных заключенных была в 70 раз выше, чем среди населения в целом! Также было обнаружено, что 6 из 21 случая обнаружены в одной тюрьме, и что риск заражения туберкулезом был особенно высок именно в этом учреждении.*

21 Abrahão, Nogueira, Malucelli (2006). Tuberculosis in county jail prisoners in the western sector of the city of São Paulo, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis* 10(2):203–208. Available for download at: <https://www.ingentaconnect.com/content/iatid/ijtid/2006/00000010/00000002/art00016;jsessionid=wlb8t4vvp3h.x-ic-live-02#>

Этот пример показывает, как можно сделать серьезные заключения, имея совсем немного данных, особенно если сопоставить данные о тюрьмах с данными по населению в целом в той же стране. Если такие данные недоступны, можно также обратиться к данным из других источников, например, в научной литературе. Например, метаанализ исследований, опубликованных в период с 2005 по 2015 год, показал, что распространенность туберкулеза среди заключенных составила 5% в Восточной и Южной Африке, 3% в Западной и Центральной Африке, 5% в Восточной Европе и Центральной Азии, 2% в Латинской Америке, 1% в Азиатско-Тихоокеанском регионе, 0,5% на Ближнем Востоке и в Северной Африке и 3,5% в Северной Америке.<sup>22</sup> Сравнение данных, полученных в тюрьме Сан-Паулу показывает, что они соответствуют данным по другим странам Латинской Америки. Однако это ни в коем случае не должно приводить к бездействию администрации тюрьмы, поскольку риск заболевания туберкулезом в тюремном учреждении значительно выше, чем среди населения в целом.

Вышеизложенное показывает, что абсолютные числа можно сравнивать только в том случае, если эти данные получены из учреждений, где содержится сопоставимое количество заключенных. В противном случае вам необходимо произвести расчеты, прежде чем проводить сопоставление. С эпидемиологической точки зрения, в приведенном выше примере проводились вычисления и сопоставление так называемой *пропорции распространенности*. Подробнее такой подход описан в конце пособия.

Оценка пропорции распространенности помогает увидеть общую картину заболеваемости в любой момент времени, однако не дает информации о возникновении новых случаев с течением времени. Поэтому может потребоваться применение других методов. Это особенно актуально при рассмотрении легко излечимых и самоограничивающихся заболеваний, а также тех, что приводят к быстрому летальному исходу, поскольку распространенность может быть низкой или даже нулевой в определенный момент времени только потому, что данные конкретный день никто не заболел, даже если в целом уровень заболеваемости высок.

Если рассматривать туберкулез, то мониторинговая группа в приведенном выше примере также могла бы принять решение изучить количество новых случаев за определенный период времени. Это называется частота заболеваемости. Если, например, за последний год зафиксировано 9 новых случаев, ежегодная заболеваемость будет равна 9. Здесь, однако, нужно принять во внимание количество содержащихся заключенных, если мы проводим сопоставление с другими учреждениями или с населением в целом. Это делается путем расчета так называемого уровня заболеваемости, который указывает интенсивность возникновения новых случаев заболевания по отношению к общему количеству людей в учреждении.

Затем уровень заболеваемости можно сравнить с тем же уровнем в других группах населения, чтобы оценить, появляется ли в тюрьме больше новых случаев за определенный период времени, чем за ее пределами. Для наблюдателя важно проводить оценку заболеваемости в учреждении, так как заражение заболеванием в учреждении может приравниваться к жестокому обращению. Человек получает наказание вынесенным приговором, а не через заболевание (см. также главу об инфекционных заболеваниях в Разделе 5).

Анализ данных о заболеваемости также включает изучение новых случаев и попытки оценить, было ли заболевание приобретено внутри тюрьмы или же заключенный приобрел его в другом месте и поступил в учреждение уже с заболеванием. Это важная информация при мониторинге, поскольку заражение серьезным предотвратимым заболеванием в тюрьме может быть нарушением стандартов. При проведении этой оценки необходимо учитывать инкубационный период, то есть период времени между воздействием патогенного организма (или токсичного вещества или радиации) и моментом, когда начинают проявляться симптомы и признаки болезни. Если симптомы и признаки развиваются после прибытия в тюрьму дольше известного инкубационного периода, можно с уверенностью заключить, что заболевание было передано в тюрьме. Для некоторых заболеваний этот показатель выявить легко, потому что инкубационный период хорошо известен, тогда как для других, включая туберкулез, эта задача может оказаться сложной, поскольку болезнь

---

22 Dolan et al. (2016). Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016 Sep 10;388(10049):1089-1102. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30466-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30466-4/fulltext)



может находиться в организме в спящем состоянии в течение длительного времени, прежде чем возникнут первые симптомы. В этом случае необходимо провести дальнейший анализ.

*В вышеупомянутом примере с туберкулезом была проведена оценка связи между длительностью заключения и риском заражения туберкулезными и другими родственными бактериями. Был сделан вывод о том, что риск увеличивается с увеличением продолжительности тюремного заключения, и что рецидивисты имеют более высокий риск заражения, чем лица, совершившие преступление впервые. Это подтверждает предположение, что передача болезни действительно произошла в тюрьмах.*

Для выявления определенных тенденций группа может сравнить данные за последние годы по с текущими показателями заболеваемости. Таким образом, чтобы выявить тенденции в месте заключения, группа должна запросить данные за предыдущие годы и, более того, инициировать непрерывный сбор данных в месте заключения.

Помимо запроса данных о частоте заболеваний, группа может также запросить данные о количестве летальных исходов в учреждении и, следовательно, оценить смертность. Оценка этих данных может быть выполнена с использованием тех же типов расчетов, которые упоминались выше, рассматривая смертность как случаи и вычисляя коэффициенты, которые затем можно сравнивать с коэффициентами смертности в других группах населения или учреждениях. Такие показатели смертности часто называют *общими показателями смертности*, где слово «общие» означает, что сопоставление без дополнительных расчетов не всегда приводит к достоверным результатам, так как необходимо учитывать различия определенных групп людей. Для этого требуется производить более сложные расчеты, описание которых не входит в данное пособие.

Наблюдателю может потребоваться глубже рассмотреть фактический состав смертельных случаев в местах лишения свободы, то есть, что именно влияет на уровень смертности. Это можно сделать, рассчитав *пропорциональный коэффициент смертности* по различным причинам, то есть процентное соотношение всех причин наступления смерти. Также может быть уместно проанализировать риск смертельного исхода, если происходит заражение определенным заболеванием внутри тюрьмы, по сравнению с населением в целом. Это называется *уровнем летальности* и такой показатель имеет большое значение для мониторинга, потому что он может показать, на достаточном ли уровне находится медицинское обслуживание в тюрьме. Например, если осмотр не проводится надлежащим образом, заболевания могут быть обнаружены слишком поздно и их невозможно будет излечить, а если лечение не соответствует стандартам, это может привести к более высокой смертности.

### **Меры предосторожности при анализе данных об охране здоровья в тюрьмах**

Даже при сопоставлении данных, как указано выше, с учетом различий в размерах сопоставляемых групп населения, все равно необходимо соблюдать осторожность, поскольку заключенные отличаются от населения в целом по многим медицинским и демографическим параметрам. Например, заключенные обычно моложе по сравнению с населением в целом, что может отражаться в различных данных по заболеваемости и смертности. Кроме того, доля мужчин среди заключенных значительно выше, чем женщин. Статистически можно сделать поправку на возраст, пол и другие характеристики в различных группах населения. Также можно проанализировать тенденции во времени и сравнивать различные группы более подробно, чем описано выше. Подробное объяснение этой методологии выходит за рамки данной главы, и читателям следует обратиться к учебникам по эпидемиологии для получения дополнительных сведений.

Также необходимо учитывать явление, называемое статистической значимостью. С технической точки зрения, когда что-то является статистически значимым, это означает, что, например, разница, наблюдаемая между двумя группами населения (или внутри одной и той же группы в различные моменты времени), скорее всего, не является случайностью. Другими словами, между двумя группами существует реальное различие. Используя статистические методы, можно рассчитать, в какой степени различия, обнаруженные между двумя группами населения, действительно являются реальным. Описание этих методов выходит за рамки данной главы, но для наблюдателя важно понимать, что чем меньше группы и/или меньше различия, тем более вероятно, что различия имеют случайный характер.

Наблюдатель также должен помнить о роли доступности медицинского обслуживания и его качества в различных тюрьмах и, анализируя данные, излагать размышления по этому поводу. Например, тюрьма с доступным высококачественным медицинским обслуживанием с большей вероятностью будет предоставлять информацию о высокой частоте заболеваний и происшествий, связанных со здоровьем, потому что выявляется и диагностируется больше случаев, а также проводится лечение, тогда как в других учреждениях сведения могут быть занижены. Таким образом, впечатление о наличии заболеваний в разных местах заключения может вводить в заблуждение. Кроме того, в тюрьме, где отсутствует или плохо проводится медицинское обследование заключенных по прибытии, наблюдатель должен быть осторожен, делая выводы о заболеваниях, приобретенных в тюрьме, так как они, возможно, уже были у заключенного, но не были выявлены при обследовании, и диагноз был поставлен только спустя некоторое время.

В заключение необходимо сказать, что количественные данные являются полезным инструментом для наблюдателей, которые пытаются оценить состояние охраны здоровья заключенных и функционирование системы охраны здоровья в тюрьмах, но следует проявлять осторожность при трактовке результатов. Возможно, лучше обратиться за рекомендацией к специалистам по статистике, прежде чем делать окончательные выводы.

### ВСТАВКА 3 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПОСОБИИ

Пропорциональное соотношение распространенности =	$\frac{\text{Количество заболевших среди определенной группы населения в отдельный момент времени}}{\text{Количество людей в той же группе населения в тот же момент времени}}$
Уровень заболеваемости =	$\frac{\text{Количество заболевших среди определенной группы населения в отдельный момент времени}}{\text{Количество людей в той же группе населения в тот же момент времени}}$
Общий коэффициент смертности =	$\frac{\text{Количество умерших по любой причине среди определенной группы населения в отдельный момент времени}}{\text{Количество людей в той же группе населения в тот же момент времени}}$
Относительный коэффициент смертности =	$\frac{\text{Количество умерших по определенной причине среди определенной группы населения в отдельный момент времени}}{\text{Количество умерших от любых причин в той же группе населения в тот же момент времени}}$
Коэффициент смертности в случаях определенной болезни =	$\frac{\text{Количество умерших от определенной болезни среди определенной группы населения в отдельный момент времени}}{\text{Количество людей с такой же болезнью в той же группе населения в тот же момент времени}}$

### **Дополнительные материалы**

Больше информации об интерпретации данных и расчете показателей см. 'Basic Epidemiology', a text-book by the WHO which covers the basic principles and methods of epidemiology. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43541>

Для обзора данных о тюремных системах мира, см. 'World Prison Brief' by the Institute for Criminal Policy Research (ICPR) at Birkbeck, University of London. Available at: <https://www.prisonstudies.org/world-prison-brief-data>

Для доступа к данным о здоровье в Европейском регионе ВОЗ, см. 'Health in Prisons European Database' by the WHO. Available at: [https://apps.who.int/gho/data/node.prisons.All\\_Countries?lang=en](https://apps.who.int/gho/data/node.prisons.All_Countries?lang=en)

### 2.3. Действия после посещения с целью мониторинга

Посещение с целью мониторинга не должно быть отдельным мероприятием, контроль продолжается и после него. Мониторинговая группа отвечает за последующие действия после получения данных, полученных во время визита. Эти данные включают выводы, связанные с состоянием охраны здоровья заключенных, медицинских услуг в учреждении и тюремных факторов, влияющих на здоровье заключенных, и с подозрениями и фактами, указывающими на применение пыток и/или жестокого обращения.

Как представлено в разделе 1.2., цикл мониторинга включает в себя несколько последовательных действий, в том числе проверку данных, оценку обнаруженных фактов на соответствие стандартам, анализ заключений, рекомендации на местном или центральном уровне и последующие рекомендации (которые могут включать повторный визит в учреждение). Во время совещания группы после посещения задача наблюдателя за охраной здоровья заключается не только в том, чтобы представить конкретные результаты, полученные во время посещения, но и сделать общее заключение относительно охраны здоровья заключенных на основании выводов других членов команды.

Руководству тюрьмы и тюремным медицинским службам следует дать рекомендации о том, как улучшить текущую ситуацию, обращение с больными и медицинское обслуживание. Рекомендации по системным вопросам (например, общая политика и принципы, проводимые государством) даются не на уровне учреждения, а на уровне высших органов, управляющих вопросами тюрем в государстве, и министерств, при этом информируя об этом само учреждение. Рекомендации должны быть по возможности конкретными, измеримыми, достижимыми, ориентированными на результат и ограниченными во времени. Ассоциация по предупреждению пыток в 2008 году представила «модель рекомендаций Double-SMART», где изложены критерии, которые помогают сделать рекомендации наиболее эффективными и полезными. Эта модель не только делает рекомендации конкретными, измеримыми, достижимыми, ориентированными на результат и ограниченными во времени, но позволяет в рекомендациях предлагать решения, расставлять приоритеты, определять последовательность действий и риски, призывать к обсуждению, ориентироваться на глубинные причины и ставить конкретные задачи.<sup>23</sup> Данная модель служит хорошим ориентиром для наблюдателя при составлении рекомендаций.

Рекомендации, касающиеся конкретных медицинских вопросов, связанных с тюремными медицинскими службами, тюремными факторами, влияющими на здоровье, или с состоянием здоровья заключенных. В зависимости от полномочий группы, может возникнуть необходимость консультаций между наблюдателем за охраной здоровья и тюремной администрацией и / или тюремными медицинскими службами по отдельным случаям, с которыми он / она столкнулся во время посещения. В таком случае наблюдатель всегда должен получать информированное согласие заключенного, которого это касается. Это важный момент, поскольку заключенный должен знать о возможных последствиях и репрессивных мерах, которые могут быть применены к нему тюремным персоналом или другими заключенными. Медицинские рекомендации относительно состояния здоровья и последующих действий относительно отдельных заключенных могут включать, например, рекомендацию о переводе в другую камеру или консультации у психиатра.

Рекомендации и последующие действия, связанные с ними, должны осуществляться в рамках полномочий группы в целом, то есть наблюдатель за состоянием здоровья не должен лично выполнять последующий контроль в связи с полученными во время визита данными.

Кроме последующего контроля на уровне учреждения, наблюдатель за охраной здоровья должен рассматривать дальнейшую работу в связи с выявленными медицинскими данными на уровне

национальных органов здравоохранения и/или, где это необходимо, на уровне национальных медицинских ассоциаций. Резолюция Всемирной медицинской ассоциации об ответственности врачей за документирование и осуждение применения пыток, жестокого, нечеловеческого и унижающего обращения, открыто рекомендует национальным медицинским ассоциациям

23 APT (2008). *Detention Monitoring Briefings. Briefing No. 1. Making effective recommendations*. Association for the Prevention of Torture, Geneva, 2008. Available at: <https://www.apr.ch/en/resources/publications/making-effective-recommendations-briefing-paper-2008>

«прикладывать усилия, чтобы заключенные и жертвы пыток или жестокого обращения имели возможность немедленно получить независимую медицинскую помощь,<sup>24</sup> чем подчеркнула важную роль национальных медицинских ассоциаций.

---

24 WMA (2003, rev. 2007). *WMA Resolution on the responsibility of physicians in the documentation and denunciation of acts of torture or cruel or inhuman or degrading treatment*. World Medical Association, 2017. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/>

# РАЗДЕЛ 3: МОНИТОРИНГ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ТЮРЕМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

## 3.1. Введение

«Предоставление медико-санитарного обслуживания заключенным является обязанностью государства. Заключенным должны быть обеспечены те же стандарты медико-санитарного обслуживания, которые существуют в обществе, и им должен быть обеспечен бесплатный доступ к необходимым медико-санитарным услугам без какой-либо дискриминации по признаку их правового статуса (Правила Нельсона Манделы. Правило 24)»

В большинстве мест заключения по всему миру предоставляются определенные медицинские услуги, однако характер, качество и доступность этих услуг сильно различаются. В некоторых местах медицинское обслуживание может ограничиваться наличием врача по вызову в ближайшем населенном пункте, которого вызывают в чрезвычайных ситуациях, в то время как в других тюрьмах есть комплексное медицинское обслуживание. В некоторых тюрьмах есть собственная тюремная больница, так что для оказания неотложной помощи и более сложного лечения заключенным не приходится покидать систему уголовного правосудия.

### Международные стандарты и руководства

Как указано в нескольких международных стандартах и конвенциях, все заключенные имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья, позволяющий вести достойную жизнь, что заключенные должны иметь доступ к медицинским службам, товарам и услугам без дискриминации.<sup>25</sup>

В правилах Нельсона Манделы подчеркивается, что все тюрьмы должны иметь медицинскую службу, и формулируются требования к таким службам. Например, правило 25: «В каждом тюремном учреждении должна быть медико-санитарная служба, на которую возложена задача оценивать, поддерживать, охранять и улучшать физическое и психическое здоровье заключенных, с уделением повышенного внимания заключенным с особыми потребностями в медико-санитарной помощи или имеющим проблемы со здоровьем, которые препятствуют их реабилитации.» В правиле 35 подчеркивается: «независимо от обстоятельств, основной целью медицинского персонала тюрьмы должно быть здоровье и достоинство пациентов».

Тюремное медицинское обслуживание должно быть тесно связано с общей системой здравоохранения, как заявляют несколько международных организаций, включая Европейское региональное бюро ВОЗ, в его Московской декларации об охране здоровья в тюрьмах в рамках общей системы здравоохранения.<sup>26</sup> В Декларации указываются некоторые причины, почему необходимо налаживать рабочие отношения между медицинскими службами тюрем и системой общественного здравоохранения, а именно:

- В числе заключенных имеется непропорционально большая доля маргинализованных слоев населения. Это люди с плохим состоянием здоровья и хроническими заболеваниями без лечения, лица, употребляющие наркотики, наиболее уязвимые члены общества, а также люди, ведущие опасный образ жизни, например, потребители инъекционных наркотиков и работники коммерческого секса;
- Перемещение между пенитенциарными учреждениями и гражданским обществом лиц, уже инфицированных или с высоким уровнем риска заболеваемости без проведения эффективного лечения и последующего наблюдения, повышает риск распространения; инфекционных болезней, как в рамках пенитенциарной системы, так и за ее пределами. Соответствующие лечебно-профилактические меры должны быть научно обоснованными и базироваться на

25 См. обзор: Lines R (2008). The right to health of prisoners in international human rights law. *International Journal of Prisoner Health*, March 2008; 4(1): 3-53.

26 WHO/Europe (2003). *Moscow Declaration Prison Health as part of Public Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98971/E94242.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf)

общепринятых принципах общественного здравоохранения, и они должны проводиться с привлечением частного сектора, неправительственных организаций и групп населения, затрагиваемых данной проблемой;

- Большинство тюрем мира характеризуются неудовлетворительными условиями содержания заключенных. Повсеместно наблюдаются такие проблемы, как переполненность камер, насилие, недостаток света, свежего воздуха и чистой воды, плохое питание и деятельность, способствующая передаче инфекций, например, нанесение татуировок. Уровни заболеваемости туберкулезом, ВИЧ и гепатитом среди лиц, лишенных свободы, намного выше, чем среди населения в целом.

Европейский комитет по предупреждению пыток (КПП) изложил семь основных принципов организации охраны здоровья в тюрьмах, которые будут рассмотрены в следующих главах данного раздела, а именно:

- Доступ к врачу (рассматривается в данном разделе, в главах, посвященных доступу к медицинской помощи и первоначальному медицинскому осмотру).
- Эквивалентность ухода (рассматривается в данном разделе, в главе об равном отношении при уходе за пациентом).
- Согласие пациента и конфиденциальность (рассматривается в данном разделе, в главах, посвященных информированному согласию и медицинской конфиденциальности).
- Профилактическое медицинское обслуживание (рассматривается в данном разделе, в главах о роли охраны здоровья в тюрьмах, профессиональной дилеммы двойной лояльности, профилактика заболеваний и пропаганды здорового образа жизни).
- Гуманитарная помощь, которая в первую очередь направлена на маргинализированные и уязвимые группы населения и их особые потребности (рассматривается в Разделе 5, в главах, посвященных особым потребностям и особым потребностям заключенных женщин).
- Профессиональная независимость (рассматривается в данном разделе, в главе о роли тюремного медицинского работника и вопросах двойной лояльности).
- Профессиональная компетентность тюремного медицинского персонала и будет рассматриваться в данном разделе.<sup>27</sup>

Мониторинг охраны здоровья в тюрьмах направлен на разрешение ряда проблем, в том числе вышеупомянутых проблем, сформулированных ВОЗ и ЕКПП, а также следующих:

- Степень ответственности тюремных медицинских служб за обеспечение права на здоровье для всех за счет наличия хорошо функционирующей системы охраны здоровья в тюрьмах. Это должно охватывать наряду с другими вопросами качество диагностики, лечения, профилактики инфекционных заболеваний, неинфекционных заболеваний, психических расстройств, включая риск самоубийства и самоповреждения, зависимость от психоактивных веществ и физическую инвалидность.
- То, насколько адекватно медицинская служба тюремного учреждения способствует достижению заключенными наивысшего достижимого уровня здоровья, позволяющего вести достойную жизнь, путем предоставления доступа к медицинскому обслуживанию, товарам и услугам без какой-либо дискриминации.
- То, как тюремная медицинская служба способствует предотвращению, выявлению и документированию случаев насилия, применения пыток и жестокого обращения в местах заключения.

### **Методология проведения мониторинга**

Мониторинг медицинского обслуживания в тюрьмах включает изучение широкого круга вопросов и получение информации по этим вопросам из различных источников, доступных наблюдателям.

При мониторинге медицинского обслуживания в тюрьмах важно иметь информацию о доступности и качестве медицинских услуг для населения в целом, чтобы оценить, получают ли заключенные медицинскую помощь на том же уровне и как организован непрерывный уход за больными.

---

27 CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

Перед мониторинговым визитом наблюдатель должен выделить определенные параметры для оценки охраны здоровья в тюрьме, которые он / она считает особенно важными или которым уделялось недостаточно внимания в ходе предыдущих посещений. Например, обращение с лекарствами тюремным медицинским персоналом (и тюремными охранниками), распространение информации об охране здоровья, наблюдение за больными при поступлении и после выхода из учреждения. Наблюдатель за состоянием здоровья должен подготовиться к посещению, изучив доступную документацию по данным вопросам.

Источники информации, доступные наблюдателю во время фактического посещения, включают:

- Интервью с заключенными для выяснения их личного опыта общения с медицинской службой тюрьмы, включая, например, первичное медицинское обследование, время ожидания и доступа к лекарственным средствам и консультации и лечения у врача специалиста за пределами тюрьмы.
- Интервью с тюремными охранниками об их отношении и участии в оказании медицинских услуг, включая, помимо прочего, их роль в общении с заключенными по вопросам доступа к медицинскому обслуживанию, выдаче лекарств заключенным и в урегулировании чрезвычайных ситуаций.
- Интервью с медицинским персоналом тюрьмы об организации и функционированию охраны здоровья в тюрьме, включая, но не ограничиваясь управлением ресурсами, отчетности, профессиональной независимостью, проблеме двойной лояльности медицинского работника тюрьмы,<sup>28</sup> выявление и лечение травм и других последствий пыток и жестокого обращения, процедуры, связанные со смертью в заключении.
- Интервью с руководством тюрьмы для выявления их политики и подходов, включая, но не ограничиваясь вопросами управления, организации и доступа к медицинскому обслуживанию в тюрьмах, а также независимость медицинской службы тюрьмы либо ее подчинение администрации учреждения.
- Наблюдения являются обязательной частью мониторинга и особенно важны для оценки условий тюремной медицинской части, а также хранения и доступности лекарств. Наблюдения можно производить как во время интервью, так и во время осмотра медчасти и помещений.
- Изучение документации включает, прежде всего, изучение медицинских карт, письменных инструкций и журналов, которые необходимо оценить на предмет их доступности, полноты и качества. Кроме того, в медицинских картах содержится информация о медицинских услугах, предоставляемых отдельным заключенным, и о ходе лечения. В картах содержится информация о первоначальном медицинском обследовании, доступе к специализированному лечению и уходу, а также эквивалентности лечения и ухода за больными. Независимо от того, требуется ли информированное согласие заключенного для просмотра его / ее медицинской карты (в зависимости от полномочий мониторинговой группы), информированное согласие часто требуется для последующих действий по результатам, полученным после изучения медицинской карты.

Профессиональный подход врача, работающего в месте заключения, может зависеть от личной компетентности, наличия диагностических средств и лекарств, а также его / ее готовности использовать имеющиеся ресурсы. Анализ историй болезни / медицинских карт, особенно тех, которые касаются заключенных, которые во время интервью выразили сомнения относительно качества лечения их болезней или травм, может дать полезную информацию, а именно:

- о компетентности тюремного врача: некомпетентный врач не может оказать адекватную медицинскую помощь.
- о наличии и использовании ресурсов: документирование наличия необходимых ресурсов можно осуществлять посредством проверки работы медицинской части тюрьмы, изучения журналов, а также факт отсутствия журналов и медицинских карт или их ненадлежащего ведения (а также связанных с этим последствий для здоровья заключенных) сам по себе является важным источником информации и полезен при триангуляции.
- Двойная лояльность и препятствование в обеспечении (оптимального) лечения.

---

28 Подробнее о проблеме двойной лояльности см. главу о роли тюремного медицинского работника и дилеммах двойной лояльности в этом разделе.



Матрица мониторинга здоровья - полезный инструмент для мониторинга медицинских услуг в тюрьмах. Инструмент представлен на рисунке 4 и включает все параметры охраны здоровья в тюрьмах, описываемые ниже.

#### РИСУНОК 4.

#### МАТРИЦА МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ – МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА ТЮРЬМЫ

Параметры оценки медслужбы тюрьмы	Источники							
	Заключенные	Медперсонал	Охранники	Администрация	Наблюдения	Документы		
						Медицинские карты	Журналы	Письменные инструкции
Первичное медицинское обследование								
Доступ к медицинскому обслуживанию								
Непрерывность оказания медицинской помощи								
Эквивалентность лечения и ухода								
Роль тюремного врача и проблема двойной лояльности								
Медицинская этика								
Медицинская тайна								
Информированное согласие								
Роль медицинского работника тюрьмы в предполагаемых или подозреваемых случаях применения пыток								
Медицинские карты и информационная медицинская система								
Обращение с медикаментами								
Обращение с заключенными во время голодовки								
Укрепление здоровья и профилактика заболеваний								
Паллиативная помощь								

Во время контрольного посещения матрица постепенно заполняется крестиками при положительном ответе, также можно коротко формулировать выводы в специальных графах. Важно правильно подобрать вопросы для разных групп респондентов. Некоторые вопросы следует задавать в различных группах (и при этом изучать документацию), для осуществления триангуляции и получения наиболее полной информации для объективной оценки ситуации (см. вставку 1 в разделе 2).

## **Дополнительные материалы**

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

UN (1982). *Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations General Assembly, 1982. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>

CoE (2014). *Prison health care and medical ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being*. Council of Europe (Lehtmetts A and Pont J), November 2014. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/Publications\\_Health-Care\\_manual\\_Web\\_A5\\_E.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/Publications_Health-Care_manual_Web_A5_E.pdf)

### 3.2. Первичное медицинское обследование

Первичное медицинское обследование – это процесс оценки состояния здоровья заключенного непосредственно после его / ее прибытия в пенитенциарное учреждение.

Основными целями первичного медицинского обследования являются обеспечение непрерывности контроля за уже имеющимися заболеваниями заключенного и продолжение лечения, выявление любых проблем со здоровьем, требующих срочного решения, выявление любого риска самоповреждения или самоубийства, выявление признаков применения пыток и / или жестокого обращения, с целью оценки общего состояния здоровья заключенного и его способности участвовать в повседневной жизни в учреждении, а также проинформировать заключенного о медицинских услугах, доступных в учреждении, и о том, как получить к ним доступ.

Первичное медицинское обследование может включать сбор анамнеза, осмотр, анализы, оценку состояния здоровья, которые проводятся одним или несколькими медицинскими работниками однократно или несколько раз. Таким образом, процесс первичного медицинского обследования включает такие вопросы:

1. Кто проводит обследование?
2. Что включает в себя обследование?
3. Когда проводится обследование?

Проведение медицинского обследования при поступлении заключенного в учреждение является ключевым не только для здоровья самого обследуемого, но и для здоровья других лиц, содержащихся в учреждении, и имеет профилактическое значение. Например, когда человек попадает в тюрьму с открытой формой туберкулеза, важно как можно скорее выявить его, чтобы начать или продолжить лечение и предотвратить распространение болезни в учреждении. Или в случае с заключенными, которые страдают психическими заболеваниями и могут представлять опасность для себя или других, если они будут находиться в обычной камере с другими заключенными, или в случае инфицированных заболеваний, передающихся через кровь, такие как ВИЧ или гепатит В / С, которые могут передаваться другим заключенным в случае небезопасных инъекций или половых связей.

Обычно заключенные не отказываются пройти медицинское обследование при поступлении в учреждение, однако кто-то из заключенных может выразить нежелание проходить обследование. В таком случае возникает дилемма этического характера, поскольку заключенного не следует принуждать к обследованию, но в то же время отказ от него может подвергнуть опасности других заключенных и персонал, и, конечно, самого заключенного. Важно, чтобы медработник, проводящий обследование, объяснил его цель, предоставил информацию о том, какие анализы и тесты будут проводиться (анализ мочи и крови, рентген грудной клетки), и разъяснил конфиденциальность медицинских данных. Необходимо прилагать усилия, чтобы заключенный добровольно проходил такое обследование и давал информированное согласие. Принудительное обследование должно проводиться только в соответствии с законом и письменными инструкциями относительно показаний и процедур (см. также главы об информированном согласии и медицинской этике в этом разделе). Например, закон может позволять принудительное обследование при подозрении на серьезное инфекционное заболевание.<sup>29</sup>

Не так много исследований было проведено с целью изучения практической реализации и эффективности первичного медицинского обследования. Исследование, посвященное данной проблеме, которое было проведено Бирмингемом и его соавторами в Великобритании в 1997 году, показало, что значительное число заболеваний остаются не выявленными во время первичного медицинского обследования из-за неэффективности его проведения.<sup>30</sup>

Ряд факторов предположительно может служить препятствием для эффективного проведения первичного медицинского обследования, а именно:

29 См., например, датский закон об эпидемиях (Kapitel 4): <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210518>

30 Birmingham, Mason & Grubin (1997). Health screening at first reception into prison. *Journal of Forensic Psychiatry*, 8:2, 435-439. Abstract available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09585189708412022>

- Задержанные не дают информированного согласия на обследование или последующее лечение.
- Нехватка врачей-специалистов среди тюремного медперсонала.
- Отсутствие адекватных инструкций для проведения обследования.
- Медицинские работники опасаются репрессивных мер за информирование о применении пыток и жестоком обращении.
- Трудоустройство медперсонала в системе уголовного правосудия, что приводит к их идентификации с системой и нежеланию сообщать о случаях пыток и жестокого обращения.
- Отсутствие переводческих услуг для заключенных, не говорящих на государственном языке.

### **Необходимость проведения превентивного мониторинга**

Первичное медицинское обследование имеет ключевое значение для получения заявлений и выявления признаков пыток и / или жестокого обращения, которые применялись к заключенному во время процедуры задержания и передачи в тюремное учреждение, а также в учреждении, из которого он был переведен. Это основной метод борьбы с безнаказанностью и предотвращения пыток и жестокого обращения. Игнорирование заявлений, симптомов и признаков жестокого обращения или пыток может в худших случаях приравниваться к соучастию медработников в таких злоупотреблениях.

При наличии безопасной и эффективной процедуры отчетности о предполагаемых случаях применения пыток и жестокого обращения медицинской службы тюрьмы в компетентные органы, обследование может обеспечить, что жертва пыток и жестокого обращения получит возмещение, преступники будут наказаны и будут приняты меры предотвращения таких случаев в будущем. Во многих случаях жертвы пыток и жестокого обращения не решаются самостоятельно открыто подавать жалобы из опасения репрессивных мер, отсутствия доверия к системе правосудия или в связи тем, что игнорируют симптомы в связи с симптоматикой ПТСР (чтобы не возникало воспоминаний, которые приводят к переживанию пыток).

Первичное медицинское обследование также должно выявить потребности заключенного в медицинской помощи, включая любые инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания и принимаемые лекарства. Если серьезное заболевание не выявлено и / или не проводится его лечение, это может приравниваться к жестокому обращению. Например, если заключенный не получает необходимого лечения и это приводит к страданиям и ухудшению состояния здоровья, как в случае с заключенными, которые страдают абстиненцией при зависимости от психоактивных веществ и/или алкоголя. Подробнее об этих проблемах в главе, посвященной расстройствам, связанными с употреблением психоактивных веществ, см. в разделе 5.

Кроме того, игнорирование тяжелых и смертельных заболеваний в тюрьме (например, ВИЧ, гепатит или туберкулез) может приравниваться к жестокому обращению, поэтому проведение тщательного медицинского обследования при поступлении в учреждение является важным для состояния здоровья не только обследуемого, но и для здоровья других заключенных данного учреждения.<sup>31</sup>

31 Direktoratet for Kriminalforsorgen (2015). *Screening af indsatte for somatiske sygdomme – en undersøgelse af Kriminalforsorgens sundhedsbetjening og de indsatte helbredstilstand*. Direktoratet for Kriminalforsorgen, Copenhagen, 2015. Available at: <https://viden.sl.dk/media/7012/screeningafindsatteforsomatiskesygdomme.pdf>

### **ВСТАВКА 3:**

#### **ПРИМЕР**

Группа Национального превентивного механизма Дании посетила следственный изолятор, где задержанный был госпитализирован через три-четыре дня после прибытия с симптомами алкогольного делирия, а именно резкое наступление замешательства, связанное с прекращением приема алкоголя.

В записях о данном задержанном в журналах следственного изолятора ничего не было сказано об употреблении алкоголя, абстинентных симптомах и их лечении в первые дни госпитализации. Процедурой предусмотрено, что работники учреждения должны опросить вновь прибывших об употреблении алкоголя и наркотиков, но не существует инструкций по информированию медсестер или врачей об этом.

Во время контрольного посещения и последующих рекомендаций на основании проведенной триангуляции была получена информация из документации о первичном опросе, проведенном работниками тюрьмы, мониторинговая группа обнаружила, что задержанные сообщили по прибытии о том, что регулярно употребляет 11-12 порций алкоголя в день. Кроме того, выяснилось, что по прибытии он просил о консультации врача.

### **ВСТАВКА 4:**

#### **ПРИМЕР**

Группа НПМ Дании посетила следственный изолятор, где не было найдено записей о насилии, примененном работниками полиции при задержании.

Во время ряда проведенных интервью мониторинговая группа выяснила, что гражданин Польши, которые не говорил по-датски, оказался маргинализированным и не получил информацию о своих правах из-за языкового барьера.

Во время интервью задержанный гражданин Польши сообщил группе, что он просил о консультации врача при первом допросе после прибытия в следственный изолятор. Ему не предоставили переводчика при первом допросе, и, как он сообщил мониторинговой группе, он не имел возможности коммуницировать с охранником, поэтому он воспользовался формой заявления, которую обнаружил в учреждении, чтобы сделать запрос о медицинском обследовании.

Проведя сопоставление этой информации с данным базы данных учреждений, группа выяснила, что задержанный не прошел медицинское обследование при первом допросе, проведенном охранником.

Во время интервью мониторинговой группе задержанный сказал, что врач осматривал его в течение трех недель пребывания в изоляторе. Ему снова не предоставили переводчика, и он не мог объяснить врачу свои жалобы из-за языкового барьера. При проверке этой информации в медицинской карте задержанного, группа выяснила, что письменная информация о языковых проблемах или применении насилия полицией при задержании полностью отсутствует.

Задержанный сообщил группе, что после прибытия в учреждение у него были синяки на шее и боль в области шеи, что он хотел снять побои. К тому времени, когда он попал к врачу, следы побоев уже исчезли.

### **Международные стандарты и руководства**

Медицинское обследование вновь прибывших задержанных в учреждениях системы уголовного правосудия считается в международном сообществе методом защиты основных прав человека. Процедура проведения обследования изложена в нескольких международных стандартах, в том числе в Правилах Нельсона Манделы (Правило 30), Европейских тюремных правилах (Правило 42), Своде принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме ООН (Принцип 24) и стандартах ЕКПП (Стандарт 33).

В правилах Нельсона Манделы, принятых ООН, сказано «*Врач или другие квалифицированные медицинские специалисты, независимо от того, подотчетны ли они этому врачу или нет, должны принять каждого заключенного, побеседовать с ним и подвергнуть его медицинскому осмотру как можно скорее после поступления, а затем по мере необходимости.*» (Правило 30).

Другие международные стандарты и руководства, такие как стандарты ЕКПП, Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме ООН, Руководящие принципы для тюрем, следственных изоляторов и других учреждений содержания под стражей, разработанные врачами по правам человека,<sup>32</sup> подчеркивают необходимость немедленного проведения первичного медицинского осмотра заключенных представителями медицинской части по прибытии в учреждение. Стандарты ЕКПП также указывают, что первичное обследование может проводить квалифицированная медицинская сестра, которая отчитывается врачу, тогда осуществляется принцип оптимального использования имеющихся ресурсов.

В международных стандартах и специализированной литературе немедленное проведение первичного медицинского обследования задержанных по прибытии в учреждение определяется по-разному, включая, но не ограничиваясь следующими терминами: «первичный медицинский осмотр», «первичная медицинская оценка», «осмотр при приеме», «первичный медицинский осмотр при поступлении», «первичная проверка состояния здоровья». Независимо от используемой терминологии процедура может включать несколько компонентов, которые проводятся или не проводятся на различных этапах после прибытия задержанного в учреждение.

Как уже указывалось во вступлении, при первичном медицинском обследовании необходимо соблюдать требования международных стандартов в отношении нижеизложенного:

### 1. Кто проводит обследование?

Первичное медицинское обследование могут проводить:

- Тюремные охранники;
- Социальные работники;
- Младший медперсонал, не имеющий квалификации врача;
- Врач;
- Вышеупомянутые лица совместно в любой комбинации.

Согласно Правилам ООН Нельсона Манделы, первичное медицинское обследование должен проводить *врач или квалифицированный специалист-медик*. Хотя это должно быть золотым правилом, во многих странах мира обследования (частично) проводится людьми без медицинской квалификации, часто это тюремные охранники или социальные работники. Например, частично осмотр при риске совершения самоубийства или самоповреждения проводит социальный работник с опытом работы в этой сфере («специалист по предупреждению суицида»).

Работник без медицинской квалификации, проводящий (частично) первичное медицинское обследование может проводить его эффективно, но при этом это может привести к неадекватным с точки зрения медицины выводам и отсутствием надлежащих действий в дальнейшем. Также существуют проблемы с неразглашением медицинской тайны, например, в части того, кто имеет доступ к медицинской информации и как она передается медперсоналу (см. главу о ведении медицинских записей и системе хранения медицинской информации в этом разделе). Важно, чтобы медицинские работники давали четкие инструкции работникам тюрьмы без медицинской квалификации о методах проведения первичного обследования, о том, как соблюдать медицинскую тайну, когда направить человека к медработнику для дальнейшего медицинского обследования.

### 2. Что включает обследование?

В правиле 30 Правил ООН Нельсона Манделы сказано:

*«Врач или другие квалифицированные медицинские специалисты, независимо от того, подотчетны ли они этому врачу или нет, должны принять каждого заключенного, побеседовать с ним и подвергнуть его медицинскому осмотру как можно скорее после поступления, а затем по мере необходимости. Особое внимание следует уделять:*

---

32 PHR (2012). *Dual Loyalty and Human Rights. Guidelines for Prison, Detention and Other Custodial Settings*. Physicians for Human Rights, Boston, USA. Available at: <http://www.webcitation.org/getfile?fileid=cef65358623519e1a0cec3a010408caf62b99469>

- a) выявлению потребностей в медико-санитарном обслуживании и принятию всех необходимых мер для лечения;
- b) выявлению любых случаев грубого обращения, которому прибывшие заключенные могли подвергаться до приема в тюрьму;
- c) выявлению любых признаков психологического или иного стресса, вызванного фактом лишения свободы, включая, помимо прочего, риск самоубийства или членовредительства, а также симптомов абстиненции, вызванных употреблением наркотиков, медицинских препаратов или алкоголя; и принятию всех надлежащих индивидуальных мер или проведению соответствующего лечения;
- d) в тех случаях, когда есть подозрения в наличии у заключенных инфекционных заболеваний, обеспечению клинической изоляции и надлежащего лечения таких заключенных в течение срока действия карантина;
- e) определению при необходимости физической пригодности заключенных к работе.

Принимая во внимание различные области, указанные в Правилах Манделы, надлежащее первоначальное медицинское обследование должно включать следующее:

Быстрый опрос (например, с помощью краткого контрольного списка)

- Детальное интервью;
- Медицинский осмотр;
- Оценка состояния психического здоровья;
- Осмотр на выявление признаков употребления алкоголя и / или наркотиков;
- Осмотр на выявление риска совершения самоубийства или самоповреждения;
- Осмотр на выявление признаков применения пыток или жестокого обращения до поступления в учреждение;
- Измерение артериального давления;
- Измерение роста и веса;
- Анализ мочи;
- Рентген грудной клетки;
- Электрокардиограмма (ЭКГ);
- Анализ крови на С-реактивный белок;
- Анализ крови на ВИЧ / СПИД;
- Анализ крови на гепатит В / С;
- При необходимости направление к врачам-специалистам;
- Определение пригодности заключенного к участию в ежедневной жизни в учреждении;
- Реакция на результаты обследования и, при необходимости, обеспечение лечения.

Обследование должно проводиться в формате, обеспечивающим получение всей необходимой информации для удовлетворения всех потребностей человека.

В ходе первоначального медицинского обследования заключенный может заявить о применении пыток и жестокого обращения или медработник может заметить признаки, что заключенный был жертвой пыток. Ниже изложены способы поведения врача при подозрении на применение пыток.

### **3. Когда проводится обследование?**

Согласно международным стандартам, первичное медицинское обследование должно проводиться непосредственно после прибытия заключенного в учреждение. Европейский комитет по предупреждению пыток (ЕКПП) заявил, что его следует проводить в течение 24 часов после прибытия. Эти временные рамки важны в интересах здоровья задержанного и здоровья заключенных и персонала, но также и для выявления возможных признаков пыток или жестокого обращения, признаков стресса и риска самоубийства или самоповреждения.

Поскольку обследование может включать несколько компонентов, как указано выше, поэтому оно проводится поэтапно различными специалистами.

Первичный осмотр может проводить работник учреждения без специальной квалификации, например, охранник или соцработник, следуя инструкциям и заполняя стандартные формы. Задержанные потом поступает к врачу для последующего обследования, если в этом есть необходимость. В данном случае первичное обследование может проводиться непосредственно после поступления заключенного в учреждение, а осмотр врачом-профессионалом – через определенный период времени, если в этом есть необходимость. Таким образом, первичное медицинское обследование может проводиться продолжительный период времени, но в течение первых дней/недель после прибытия в учреждение.

Всегда следует добиваться добровольного сотрудничества и информированного согласия заключенного на первичное медицинское обследование, а также на последующие действия по его результатам.<sup>33</sup>

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель должен оценить практику и процедуры проведения первичного медицинского обследования в учреждении. Чтобы дать верные рекомендации необходимо выявить недостатки в процедуре обследования, его направленности и последующих действиях. Эти недостатки могут, например, включать нехватку квалифицированного медицинского персонала для проведения обследования, недоступность диагностических инструментов и проблемы с доступом к специализированным медицинским услугам.

Монитор должен использовать все доступные источники информации, чтобы оценить практику и процедуру проведения обследования с точки зрения его соответствия международным стандартам и рекомендациям.

Наблюдатель должен выяснить у руководства тюрьмы общую политику учреждения по вопросам первичного медицинского обследования и практики его проведения. Среди вопросов, которые необходимо задать, такие: есть ли в учреждении инструкции для тюремного (медицинского) персонала о том, как проводить первичный медицинский осмотр, какое наказание применяется для виновных в применении пыток или жестоком обращении.

При опросе заключенных наблюдатель может узнать, как проводилось первичное медицинское обследование при их поступлении в учреждение. Среди вопросов, которые необходимо задать, такие: кто проводил обследование, было ли оно добровольным, какие процедуры включало и задавались ли вопросы о пережитых пытках или жестоком обращении.

Интервью с тюремным медицинским персоналом дадут более глубокое представление о методах и процедурах первичного медицинского обследования, а также о его направленности и последующих действиях. Среди вопросов, которые необходимо задать, такие: проводится ли обследование медицинским работником и / или работником без медицинской квалификации, проводится ли оно в соответствии со стандартной формой, что происходит в случае, если заключенный не соглашается на обследование, как документируются результаты и какие действия применяются в соответствии с результатами.

Тюремные охранники могут предоставить информацию о процедуре первичного медицинского обследования, если они участвуют в его проведении, например, какие формы используются и как соблюдается или гарантируется сохранение медицинской тайны. В случае, если обследование проводится профессиональными медиками, тюремные охранники могут рассказать наблюдателю,

---

33 UN (2004). *The Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment*. Office of the UN High Commissioner for Human Rights. Available at: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

PRI & UoE (2017). *Essex paper 3: Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, Chapter 4 Health Care*. Penal Reform International and University of Essex, United Kingdom, 2017. Available at: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2016/10/Essex-3-paper.pdf>



сообщают ли им о его результатах и как это делается в случае, если например, заключенный имеет определенное заболевание или психическое расстройство. Им также можно задать вопрос о том, как обеспечивается конфиденциальность медицинских данных.

Наблюдения во время посещения мониторинговой группы дают представление о таких вопросах, как место проведения первичного осмотра, является ли это место изолированным, вне поля зрения и слышимости других заключенных и сотрудников.

Последний источник информации, который наблюдатель должен использовать во время своего посещения, — это доступные документы, а именно письменные инструкции, журналы регистрации и медицинские карты заключенных. Сюда могут входить любые письменные инструкции и стандартные формы, которые используются при первоначальном медицинском осмотре, и другие медицинские записи, что позволяет увидеть, как результаты были задокументированы и были ли приняты последующие меры.

В процессе формирования выводов и рекомендаций по улучшению проведения обследования наблюдатель всегда должен пользоваться несколькими источниками информации и проводить их триангуляцию.

### **Дополнительные материалы**

CoE (2006). *European Prison Rules*. Council of Europe, Strasbourg, 2006. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules\\_978-92-871-5982-3.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules_978-92-871-5982-3.pdf)

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

Lines R (2008). The right to health of prisoners in international human rights law. *International Journal of Prisoner Health*, March 2008; 4(1): 3-53.

UN (1988). *Body of Principles for the Protection of All Persons under any form of detention or imprisonment*. United Nations General Assembly, A/RES/43/173. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/bodyprinciples.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

### 3.3 Доступ к медицинскому обслуживанию

Доступ к медицинскому обслуживанию означает, что заключенные имеют доступ к бесплатной медицинской помощи без дискриминации по их правовому статусу. Доступ включает как доступ к медицинским услугам, имеющимся в учреждении, так и доступ к специализированным услугам и неотложной медицинской помощи вне учреждения, когда это необходимо, включает в себя доступ к полному спектру медицинских услуг и специалистов в области здравоохранения, в том числе первичной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, стоматологической помощи, которую оказывают врачи общей практики, врачи-специалисты, психологи, стоматологи и другие (такие как психиатры, гинекологи, онкологи и др.).

Доступ к медицинскому обслуживанию в местах лишения свободы отличается в разных странах и в разных тюрьмах внутри одной страны. В некоторых странах медицинские услуги в местах заключения по-прежнему отсутствуют, в то время как в других странах предоставляются услуги надлежащего качества, доступные для всех заключенных.

Эта глава посвящена исключительно медицинскому обслуживанию, которое получает заключенный имеющий физический доступ к широкому спектру медицинских услуг, в то время как другие главы в этом разделе касаются других вопросов, таких как эквивалентность и непрерывность оказания медицинской помощи и соблюдение медицинской этики.

#### Значение превентивного мониторинга

Умышленное или непреднамеренное не предоставление доступа к медицинским услугам в месте заключения может приравниваться к жестокому обращению. Отказ в лечении заболеваний может привести к ухудшению здоровья человека и усугубить страдания. Это относится к любому заболеванию, по которому предоставляется лечение вне тюремного учреждения.

В Европейский суд по правам человека поступает множество дел, связанных с отсутствием доступа к медицинским услугам для заключенных, и большинство из них были признаны нарушением статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам, негуманному или унижающему достоинство обращению или наказанию»). Ниже приводится пример дела, признанного ЕСПЧ нарушающим статью 3:

*Гумматов против Азербайджана 29 Ноября 2007. Заявитель, который имел ряд серьезных заболеваний, включая туберкулез, утверждает, в частности, что азербайджанские власти сознательно способствовали серьезному ухудшению его здоровья, отказав ему в адекватном медицинском обслуживании в тюрьме.*

*Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 (запрещение нечеловеческого или унижающего обращения) Конвенции, выяснив, что медицинское обслуживание, предоставляемое заявителю в тюрьме в период после 15 апреля 2002 года, было неадекватным, что привело к серьезным психологическим страданиям, унижающим его человеческое достоинство и равносильные унижающему обращению.<sup>34</sup>*

В недавнем докладе Специального докладчика по вопросу пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих видах обращения и наказания указывается на взаимосвязь применения пыток и коррупции. Доступ к медицинскому обслуживанию упоминается в отчете как одна из областей, на которую может повлиять коррупция, например, в тюрьмах с недостаточным штатом сотрудников тюремные охранники могут частично делегировать контроль за дисциплиной в учреждении заключенным, которые доминируют над другими заключенными, и устанавливают порочные схемы обмена, в которых деньги или услуги обмениваются на «привилегии», такие как доступ к медицинской помощи.

34 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

## Международные стандарты и руководства

Несколько международных стандартов подчеркивают право заключенных на доступ к медицинским услугам.

Основные принципы обращения с заключенными ООН гласят, что «заключенные должны иметь доступ к медицинским услугам, доступным в стране, без дискриминации по признаку их правового положения».<sup>35</sup>

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, который является независимым экспертным органом в соответствии с Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.), заявил в 2000 г. в своем замечании общего порядка № 14 что «право на здоровье во всех его формах и на всех уровнях содержит следующие взаимосвязанные и существенные элементы, точное применение которых будет зависеть от условий, преобладающих в конкретном государстве-члене ООН:

- Доступ
- Доступность, которая включает следующие связанные аспекты:
  - отсутствие дискриминации;
  - физическая доступность;
  - финансовая доступность;
  - информационная доступность
- Приемлемость
- Качество.<sup>36</sup>

В правилах Нельсона Манделы (правило 24) указывается, что «предоставление медицинской помощи для заключенных является ответственностью государства. Заключенные должны пользоваться теми же стандартами медицинского обслуживания, что и общество в целом, и должны иметь доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию без дискриминации по признаку их правового статуса».

В Правилах также уточняется, что должны включать медицинские услуги. Они гласят, что «в каждой тюрьме должна быть создана служба здравоохранения, задача которой – оценивать, поддерживать, защищать и улучшать физическое и психическое здоровье заключенных, уделяя особое внимание заключенным с особыми медицинскими потребностями или проблемами со здоровьем, которые затрудняют процесс их реабилитации. Медицинская служба тюрьмы должна включать квалифицированных медицинский персонал, пользующийся полной профессиональной независимостью, и имеющий достаточный опыт в области психологии и психиатрии. Каждому заключенному должны быть доступны услуги квалифицированного стоматолога» (Правило 25). Правило 27 гласит, что «все тюрьмы должны обеспечивать оперативный доступ к неотложной медицинской помощи в экстренных случаях. Заключенные, которым требуется специализированное лечение или хирургическое вмешательство, должны переводиться в специализированные учреждения или в общественные больницы. Если пенитенциарная служба имеет собственные больничные помещения, там должны работать квалифицированные специалисты и они должны быть укомплектованы оборудованием для предоставления заключенным надлежащего лечения и ухода».

Стандарты ЕКПП касаются содержания под стражей в полиции. В Стандартах подчеркивается, что каждый человек, содержащийся под стражей в полиции должен иметь официально признанное право доступа к врачу. Другими словами, всегда следует незамедлительно вызывать врача, если человек требует медицинской помощи. Офицеры полиции не должны иметь права выбора принимать или отклонять такие запросы. Кроме того, право доступа к врачу должно включать право лица, находящегося под стражей до суда, на дополнительный медицинский осмотр в дополнение к медицинскому осмотру, проведенному при поступлении). Об этом также говорится в Правилах Нельсона Манделы

35 UN (1991). *Basic Principles for the Treatment of Prisoners*. United Nations resolution, adopted by the General Assembly, 28 March 1991. (Principle 9, A/RES/45/111). Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>

36 UN (2000). *Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment no. 14. The Right to the Highest Attainable Standard of Health (art. 12)*. August 2000. Available at: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

(Правило 118): «Подследственный заключенный должен иметь право на посещение и лечение его или ее собственным врачом или стоматологом, если есть разумные основания для подачи соответствующего ходатайства и он или она может оплатить расходы на лечение».

По прибытии в место содержания под стражей задержанный должен быть проинформирован о порядке запроса медицинских услуг и доступа к ним. Это включает в себя доступ к врачам общей практики, а также доступ к психиатрической помощи, стоматологическим медицинским услугам, услугам специалиста по репродуктивной медицине и других специалистов. На практике в разных местах содержания под стражей существуют разные процедуры для заключенных, запрашивающих доступ к медицинским услугам, доступным в учреждении. В некоторых тюрьмах установлены почтовые ящики, через которые заключенные могут передавать запросы, в то время как другие полагаются на тюремный персонал, который передает запрос заключенного медработникам. Запросы заключенных на доступ к медицинским услугам никогда не должны отбираться тюремным персоналом. В случае если тюремный персонал отвечает за передачу запросов заключенных медработникам тюрьмы, всегда существует опасность того, что конфиденциальная информация может быть передана другим сотрудникам или заключенным, что требует тщательного изучения при мониторинге.

Заключенные, которым необходим доступ к специализированным медицинским услугам, которые отсутствуют в учреждении, должны иметь возможность доступа к этим услугам за пределами учреждения. Для получения такой помощи заключенными, недостаточно усилий медперсонала. Для этого необходимо участие администрации тюрьмы и тюремного персонала, так как это связано с административными процедурами и мерами безопасности.

Языковой барьер может привести к ограничению доступа к медицинским услугам для заключенных, которые не говорят на государственном языке и, следовательно, не могут выразить свои потребности. Необходимо предоставлять услуги переводчика заключенным-иностранцам и другим заключенным, которые не говорят на государственном языке, чтобы они имели такой же доступ к медицинскому обслуживанию, как и другие.

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель должен оценить практику и процедуру предоставления заключенным доступа к широкому спектру медицинских услуг и внутри учреждения, и за его пределами.

Наблюдатель должен расспросить администрацию тюрьмы об общих процедурах и практиках предоставления доступа к медобслуживанию в учреждении. Следует задать следующие вопросы: какова общая процедура запросов на предоставление медицинской помощи, какова роль тюремного персонала в предоставлении этого доступа.

Интервью с заключенными дадут наблюдателю более подробную информацию о том, как они получают доступ к медобслуживанию на практике, знают ли они о процедуре получения такого доступа, принятой в учреждении. Заключенные могут привести примеры, когда им было отказано в медицинской помощи или когда такая помощь не была адекватной.

Интервью с медперсоналом тюрьмы дадут наблюдателю возможность получить больше информации о доступе к медицинскому обслуживанию. Следует задать следующие вопросы: каков средний период ожидания консультации у врача для заключенных учреждения, как обеспечивается специализированная медицинская помощь, испытывают ли они трудности, если возникает необходимость организовать лечение заключенного вне учреждения (в связи с вопросами безопасности).

Охранники тюрьмы могут предоставить информацию о процедуре предоставления доступа к медицинскому обслуживанию в учреждении. Следует задать вопросы о том, какова роль охраны в предоставлении заключенным доступа к медицинскому обслуживанию, как при этом обеспечивается сохранение медицинской тайны (если обеспечивается вообще).

Наблюдения необходимо сфокусировать на вопросах физического доступа для заключенных к тюремной медчасти, особенно для заключенных с физической инвалидностью.

Из документов можно узнать, например, существуют ли письменные инструкции для заключенных о том, как получить доступ к медицинскому обслуживанию, и для медперсонала, как при необходимости организовать предоставление специализированной медицинской помощи.

В процессе формирования выводов и рекомендаций по улучшению доступа к медобслуживанию для заключенных наблюдатель всегда должен использовать несколько источников информации и проводить триангуляцию.

### **Дополнительные материалы**

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

UN (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CE-SCR.aspx>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

### 3.4 Непрерывность оказания медицинской помощи

Непрерывность оказания медицинской помощи обозначает непрерывное медицинское обслуживание, в том числе предоставление медикаментов и регулярного проведения осмотра заключенных с хроническими заболеваниями (физическими и психическими), которые поступают в учреждение системы уголовного правосудия, которых переводят из других тюремных учреждений, временно освобождают или освобождают полностью с их возвращением к жизни в обществе.

Непрерывность оказания медицинской помощи является крайне важной для заключенных. Особенно это касается заключенных с хроническими и инфекционными заболеваниями, которые нуждаются в ежедневном приеме медикаментов и медицинском наблюдении, например, заключенных, страдающих инфекционными заболеваниями, психическими расстройствами, диабетом, гипертонией и кардиологическими заболеваниями, а также для тех, кто проходит заместительную терапию опиоидами.

Однако из-за отсутствия координации между медчастями различных мест содержания под стражей, между тюрьмами и местными службами здравоохранения часто вызывает такие проблемы, как прекращение лечения и/или приема медикаментов. Причины, препятствующие обеспечению непрерывности наблюдения за больными были зафиксированы в нескольких странах<sup>37</sup> и включают следующее:

- Ограниченные контакты и взаимодействие между медицинскими частями разных тюрем, а также между тюрьмами и общественными службами здравоохранения (часто из-за того, что медобслуживание заключенных в тюрьмах не является частью общественного здравоохранения и подчиняется другому министерству, а не министерству здравоохранения страны);
- слабая система охраны здоровья в тюрьме или ее отсутствие, и/или вообще в государстве;
- заключенные, направленные к специалистам вне тюремного учреждения, не принимаются из-за различных систем отчетности;
- отсутствие контактных данных бывших заключенных после освобождения, что затрудняет последующее наблюдение за больным;
- отсутствие процедуры передачи информации о состоянии здоровья заключенного при переводе из одного учреждения в другое.

#### Актуальность превентивного мониторинга

Неспособность обеспечить продолжение лечения может иметь серьезные последствия для человека и может быть приравнено к жестокому обращению. Прекращение лечения и ухода вполне может привести к развитию заболевания (например, сердечная недостаточность, астма, диабет, туберкулез, ВИЧ), вызвать страдания, которые можно было предотвратить, и в худшем случае может представлять угрозу жизни человека. Кроме того, в случае инфекционного заболевания, это увеличивает риск развития резистентности к антибиотикам и может подвергнуть других заключенных, сотрудников и посетителей риску трансмиссии. Когда заключенный покидает место заключения с недостаточно пролеченным инфекционным заболеванием, таким как туберкулез или ВИЧ, это создает угрозу для здоровья населения в целом.

В Европейский суд по правам человека поступает множество дел об отсутствии непрерывного оказания медицинской помощи заключенным, и в некоторых из них было признано нарушение статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам, негуманному или унижающему достоинство обращению или наказаниям»). Следующий пример — это дело, признанное ЕСПЧ нарушением статьи 3:

37 Abbott et al (2017). Supporting continuity of care between prison and the community for women in prison: a medical record review. *Aust Health Rev.* 2017 Jul;41(3):268-276. Doi: <https://doi.org/10.1071/AH16007>  
Gulland (2010). Continuity of health care for prisoners on release in England is worsening. *BMJ* 2010;340:c2949. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c2949>  
Kouyoumdjian et al (2015). Optimizing continuity of care throughout incarceration. Case and opportunities. *Can Fam Physician.* 2015 Feb; 61(2): 107–109. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4325853/> \*Hatwiinda et al (2018). Poor continuity of care for TB diagnosis and treatment in Zambian Prisons: a situation analysis. *Trop Med Int Health.* 2018 Feb;23(2):243-250. Doi: <https://doi.org/10.1111/tmi.13024>

**Колесникович против России 22 марта 2016 года.** Заявитель, страдающий язвенной болезнью, а также имеющий травмы головного и спинного мозга, утверждал, что его здоровье ухудшилось в период заключения, в частности, из-за не предоставления прописанных медикаментов для лечения его заболеваний. Он также утверждал, что тюремные врачи оказывали симптоматическое лечение и не применяли долгосрочной терапевтической стратегии. Наконец, он утверждал, что у него не было реальной возможности подать жалобу на неадекватность предоставляемого медицинского обслуживания во время заключения.

Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 Конвенции о правах человека. В частности, было указано, что, несмотря на то, что власти оперативно узнали о проблемах со здоровьем заявителя, он оставался без какого-либо медицинского наблюдения в течение первых двух лет заключения, пока его здоровье не ухудшилось до такой степени, что он больше не мог принимать участие в судебных заседаниях. Задержка с его госпитализацией в тюремной медчасти, а также отказ предоставить ему некоторые из необходимых лекарств, чтобы, по крайней мере, облегчить сильную боль в желудке, также были серьезным недочетом. Кроме того, Суд не был убежден, что власти должным образом оценили степень ухудшения состояния здоровья заявителя. Оказываемое лечение не имело стратегии, направленной на снижение частоты рецидивов язвенной болезни, и поэтому было явно неэффективным. Основным недостатком в этом отношении было невозможность провести анализ на хеликобактер пилори. Кроме того, власти не оценили совместимость лечения болей в спине заявителя нестероидными противовоспалительными препаратами с его язвенной болезнью, при том, что данные препараты вызывают желудочно-кишечное кровотечение и ухудшение состояния здоровья больного. Суд считает, что данные недочеты в совокупности привели к негуманному и унижающему обращению.<sup>38</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Правило 24 Правил ООН Нельсона Манделы гласит: «медико-санитарное обслуживание следует организовывать в тесном контакте с системой государственных органов здравоохранения и таким образом, чтобы обеспечить непрерывность лечения и ухода, в том числе в связи с ВИЧ, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями, а также наркозависимостью.»

Управление Организации объединенных наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) в Аналитической записке о профилактике ВИЧ, лечению и уходу за больными в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа указывает: «чтобы гарантировать, что необходимое лечение (например, антиретровирусная терапия, лечение туберкулеза, лечение вирусного гепатита или заместительная опиоидная терапия), начатое до или во время заключения, не прерывалось, а также для предотвращения развития резистентности к лекарствам необходимо принимать меры, позволяющие людям продолжать непрерывное лечение на всех этапах содержания под стражей: пока человек находится в полиции и в следственном изоляторе, в тюрьме, во время перевода в учреждения и после освобождения.»<sup>39</sup>

На государственном уровне некоторые страны выпустили руководящие принципы, конкретно касающиеся непрерывности лечения. Например, Национальный институт здравоохранения и повышения квалификации в Соединенном Королевстве в ноябре 2016 г. опубликовал руководящие принципы и рекомендации по физическому здоровью заключенных, которые включают раздел о непрерывности оказания медицинской помощи.<sup>40</sup>

Ответственность за обеспечение непрерывности оказания медицинской помощи лежит как на медицинских службах в тюрьмах, так и на органах здравоохранения государства. Ее необходимо рассматривать как часть реинтеграции бывших заключенных в общество. Министерство юстиции, министерство внутренних дел и/или министерство здравоохранения (в некоторых странах за это отвечает сразу несколько министерств, что требует сотрудничества между ними) должны

38 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

39 UNODC (2013). *Policy Brief on HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*. United Nations Office on Drugs and Crime, 2013. Available at: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV\\_comprehensive\\_package\\_prison\\_2013\\_eBook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf)

40 NICE (2017). *Physical health of people in prisons*. National Institute for Health and Care Excellence, 2017. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs156/resources/physical-health-of-people-in-prisons-pdf-75545543334085>

гарантировать, что заключенный получает непрерывное лечение, на которое он/она имеет право, независимо от того, в каком учреждении содержится.

Электронные медицинские записи, которые могут быть доступны специалистам в области здравоохранения внутри системы криминального правосудия и вне ее, способствуют непрерывности медицинского обслуживания, так как обеспечивается быстрый обмен информацией. Однако во многих странах дело обстоит иначе, и медицинские записи в местах заключения часто ведутся не в электронной, а в письменной форме. Кроме того, в некоторых случаях информация о судимости лица может быть раскрыта через такие медицинские записи, что может помешать их использованию.

Когда заключенный должен регулярно принимать препараты, он или она должна после освобождения из учреждения иметь запас препаратов для обеспечения непрерывности лечения до того, как общественная система охраны здоровья примет больного под наблюдение. Заключенным необходимо предоставить полные копии их медицинских карт, включая результаты анализов и тестов, проведенных в период лишения свободы, чтобы достоверная информация о здоровье бывшего заключенного попала к врачу, который будет проводить его лечение вне учреждения. Когда заключенного переводят из одной тюрьмы в другую, а электронных файлов не существует, медицинские работники должны следить за тем, чтобы бумажная копия медицинской карты была среди сопроводительных документов заключенного.

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель должен изучить практику и процедуру обеспечения непрерывности медицинского обслуживания в учреждении при поступлении заключенного в систему уголовного правосудия, при передаче его из одного тюремного учреждения в другое, при временном и постоянном освобождении.

При интервью с охранниками можно задать такие вопросы: имеются ли в учреждении инструкции министерства здравоохранения или другого ответственного министерства в отношении непрерывности оказания медицинской помощи.

Интервью с заключенными дадут полезную информацию из опыта заключенных о непрерывности оказания медицинской помощи. Следует задать следующие вопросы: была ли возможность у заключенного продолжить лечение и прием препаратов, которые он/она принимали до заключения, передавалась ли медицинская карта при переводе из одного учреждения в другое.

Медицинский персонал тюрьмы сможет предоставить информацию о практике, инструкциях, указаниях, которые существуют в учреждении и обеспечивают непрерывность оказания медицинской помощи заключенным. Наблюдатель может спросить тюремных медицинских работников об их взаимодействии и сотрудничестве со службами здравоохранения вне учреждения, а также о том, получает ли заключенный, который ежедневно принимает лекарства, запас лекарств при временном освобождении.

Тюремные охранники не смогут предоставить подробную информацию по данному вопросу, только, возможно, примеры плохо организованной непрерывности оказания медицинской помощи. Например, если состояние здоровья заключенного ухудшалось в процессе отбывания срока заключения, что было вызвано перерывом в его/ее медикаментозном лечении.

Доступная документация может содержать информацию о том, как учреждение обеспечивает непрерывность лечения. Сюда могут входить, например, медицинские карты заключенных, журнал выдачи лекарств (если таковой имеется), а также формы и инструкции, относящиеся к первичному медицинскому обследованию (можно оценить, насколько оно было полным и как это повлияло на обеспечение непрерывности лечения).

В процессе формирования выводов и рекомендаций по улучшению непрерывности оказания медицинской помощи наблюдатель всегда должен использовать несколько источников информации и проводить триангуляцию.



### **Дополнительные материалы**

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

### 3.5. Эквивалентность медицинской помощи

«Работники здравоохранения, в особенности врачи, призванные оказывать медицинскую помощь заключенным и задержанным, обязаны обеспечить защиту их физического и психического здоровья и лечение такого же качества и по тем же стандартам, что и лицам, не являющимся заключенными или задержанным.»<sup>41</sup>

Эквивалентность медицинской помощи – это оказание медицинского обслуживания в местах лишения свободы на том же уровне, что и вне этих учреждений с обеспечением для заключенных доступа к необходимым медицинским услугам бесплатно и без дискриминации по их правовому статусу.

Эквивалентность медицинской помощи включает широкий спектр вопросов, а именно:

- доступность медицинской помощи в целом, а также специализированной медицинской помощи;
- доступность всех видов медицинской помощи (см. также главу о доступе к медицинской помощи);
- доступ к медицинскому обслуживанию;
- качество медицинского обслуживания, включая информацию о возможных способах лечения.

В этой главе эквивалентность медицинской помощи означает эквивалентность всех этих аспектов, то есть наличие, доступность и качество медицинских услуг, приводящих к таким же результатам лечения, которые были бы получены при оказании медицинской помощи вне учреждения.

Многие заключенные – из малообеспеченных и маргинальных групп общества, которые часто не получали медицинской помощи до заключения и недостаточно осведомлены о существующих возможностях получения медицинского обслуживания, а также об их правах на использование медицинских услуг. Тюремные учреждения имеют уникальную возможность предоставить труднодоступным группам общества медицинское обслуживание и улучшить состояние их здоровья, что в последствии будет способствовать их реинтеграции в общество после отбывания наказания, что также принесет пользу системе охраны здоровья в целом. Например, заключенный, поступивший в учреждение с наркозависимостью, может начать опиоидную заместительную терапию в учреждении, что дает ему шанс стабилизировать состояние и после освобождения у него будет больше возможностей интегрироваться в общество, чем до заключения (конечно, если гарантируется непрерывность лечения). Другим примером может быть заключенный, поступивший в учреждение с туберкулезом. При наличии надлежащего лечения и ухода он / она сможет вылечиться от болезни и реинтегрироваться в сообщество, не передавая болезнь другим, что также принесет пользу системе охраны здоровья в целом.

#### Актуальность превентивного мониторинга

Отсутствие эквивалентной медицинской помощи заключенному может привести к серьезным последствиям для здоровья человека и в некоторых случаях может рассматриваться как жестокое обращение. Отсутствие такого лечения и ухода, какие предоставляются в обществе в целом, вполне может привести к прогрессированию заболевания (например, сердечной недостаточности, астмы, диабета, туберкулеза, ВИЧ, абстинентного синдрома), вызывая страдания, которые можно было бы предотвратить, и, в худшем случае, представляет угрозу для жизни человека.

В Европейский суд по правам человека поступает множество заявлений об отсутствии эквивалентности медицинской помощи заключенными, и некоторые из них были признаны нарушением статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам, нечеловеческому или унижающему обращению или наказанию»). Следующий пример – это дело, признанное ЕСПЧ нарушением статьи 3:

41 UN (1982). *Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations General Assembly, 1982. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>

Голомев против Республики Молдова, 7 ноября 2006 г. Заявитель утверждал, что был заключен в нечеловеческих и унижающих условиях, что ему не была оказана надлежащая медицинская помощь. Согласно представленных им медицинским справкам, он страдал от целого ряда серьезных заболеваний, включая хронический гепатит, вторую степень гидронефроза, хронический двусторонний пиелонефрит с ущемлением правой почки, гидронефроз правой почки с функциональными нарушениями и хронической почечной недостаточности.

Суд, в частности, отметил, что стороны разошлись во мнениях относительно доступности медицинской помощи в тюрьме. Однако он посчитал, что основной проблемой было не отсутствие медицинской помощи в целом, а, скорее, отсутствие адекватного лечения хронических заболеваний заявителя. В данном деле Суд отметил, что, страдая серьезными заболеваниями почек, сопряженными с риском для здоровья, заявитель содержался в заключении почти четыре года без надлежащей медицинской помощи. Таким образом, Суд установил, что заявитель был подвергнут страданиям, равноценным нечеловеческому и унижающему обращению.<sup>42</sup>

Во вставке 5 - пример отсутствия эквивалентной медицинской помощи, выявленной группой НПМ Дании.

**ВСТАВКА 5:  
ПРИМЕР ОТСУТСТВИЯ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВЫЯВЛЕННЫЙ  
В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОСЕЩЕНИЯ СЛЕДСТВЕННОГО ИЗОЛЯТОРА МОНИТОРИНГОВОЙ  
ГРУППОЙ НПМ ДАНИИ**

Во время посещения следственного изолятора группа опросила задержанного, который страдал от нарушения свертываемости крови (гемофилия). Задержанный почувствовал, что при содержании в следственном изоляторе состояние его здоровья ухудшилось, поскольку он не имел доступа к приборам, которые рекомендовал его врач-специалист.

Его врач-специалист и врач в следственном изоляторе рекомендовали, кроме стандартного лечения, использовать тренажеры (мягкие гантели, эспандер), а также специальный стул, матрас и подушку – то, что больной мог получить, находясь вне учреждения. На момент посещения группы руководство учреждения не выполнило ни одной из рекомендаций врачей. Они утверждали, что мягкие гантели могут поставить под угрозу безопасность в учреждении.

После посещения мониторинговая группа указала на это руководству учреждения, в результате чего задержанному было предложено перейти в другой следственный изолятор, где условия позволяли удовлетворить его потребности.

### **Международные стандарты и руководства**

Принцип эквивалентности медицинской помощи описан в нескольких международных стандартах, где подчеркивается, что заключенные должны иметь такой же доступ к медицинской помощи, что и общество в целом.

Основные принципы обращения с заключенными в пункте 9 содержат следующее: «Заключенные должны иметь доступ к такому же медицинскому обслуживанию, что и общество в целом, без дискриминации в связи с их статусом».

Европейский комитет по предупреждению пыток, нечеловеческого или унижающего обращения или наказания (ЕКПП) заявляет в своих стандартах (38), что «тюремная служба здравоохранения должна иметь возможность обеспечивать медицинское обслуживание и уход, а также соответствующее питание и физиотерапию, реабилитацию или любое другое необходимое специальное медицинское обслуживание на том же уровне, что и для пациентов в обществе в целом.»

42 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

Продолжая вышесказанное, правило 24.1 Правил Нельсона Манделы гласит:

«Предоставление медико-санитарного обслуживания заключенным является обязанностью государства. Заключенным должны быть обеспечены те же стандарты медико-санитарного обслуживания, которые существуют в обществе, и им должен быть обеспечен бесплатный доступ к необходимым медико-санитарным услугам без какой-либо дискриминации по признаку их правового статуса.»

Несмотря на четкие требования об оказании эквивалентной медицинской помощи, их реализация является сложной задачей. Например, в настоящее время в Великобритании и других странах внимание уделяется эквивалентности в процессе оказания медицинской помощи, что недостаточно, поскольку это не решает ключевых проблем. Эти проблемы включают, прежде всего:

- Характеристики заключенных (более высокая распространенность многих болезней, чем в обществе в целом, например, туберкулез, ВИЧ, токсикомания и психические расстройства)
- Тюремные условия (например, распространение болезней в сочетании с тюремными факторами, угрожающими здоровью заключенных).<sup>43</sup>

Заключенные больше страдают от своих заболеваний, чем люди в обществе, так как их потребности часто игнорируются, они получают ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию, которое, в основном, низкого качества. Поэтому можно утверждать, что для достижения эквивалентности медицинской помощи возможно, только если учитывать, что заключенные имеют более высокую потребность в медицинском обслуживании, чем люди в обществе<sup>44</sup>, на что существуют следующие причины:

1. У многих заключенных существует повышенная потребность в медицинском обслуживании. Их медицинские нужды часто более интенсивные и сложные, чем в среднем у людей вне тюремного учреждения, они требуют более интенсивного и сложного лечения. Медицинские части тюрем должны работать по-другому, нежели медицинские учреждения вне мест лишения свободы.<sup>45</sup>
2. Заключенные имеют право получить лечение от болезней, которые они не получали до их заключения, и тюремная служба здравоохранения должна восполнить недостатки лечения и ухода.
3. Тюремные факторы, плохо влияющие на здоровье (например, пассивное курение и плохое питание) делают задачу тюремной системы охраны здоровья еще более сложной.

Эквивалентность медицинской помощи может быть использована в качестве аргумента в дискуссии с администрацией тюрьмы, если или когда обнаруживаются недостатки медицинского обслуживания. В этом процессе необходимо решить вопрос о препятствиях для доступа заключенных к медицинскому обслуживанию, для получения медицинской помощи на уровне, эквивалентном тому, что существует в обществе. Среди препятствий могут быть проблемы с логистикой, обеспечением безопасности, противоречащих отлаженной системе здравоохранения, а также нехватки сотрудников, оборудования, лекарств и факторов.

Основная проблема в обеспечении эквивалентности медицинской помощи – низкие стандарты охраны здоровья в обществе. В этом случае не имеет смысла говорить об эквивалентности, а лучше апеллировать к праву заключенных на охрану здоровья в контексте прав человека.

### **Методология проведения мониторинга**

При оценке эквивалентности медицинской помощи наблюдатели сталкиваются с рядом проблем. Для проведения оценки необходимо получить подробную информацию о системе здравоохранения

43 Charles and Draper (2011). 'Equivalence of care' in prison medicine: is equivalence of process the right measure of equity? *J Med Ethics* 2012;38:215-218. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2011-100083>

44 Lines (2006). From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health*, December 2006; 2(4): 269-280. Available at: [http://www.iprt.ie/files/equivalence\\_paper\\_final\\_ijph.pdf](http://www.iprt.ie/files/equivalence_paper_final_ijph.pdf)

45 Niveau (2007). Relevance and limits of the principle of "equivalence of care" in prison medicine. *J Med Ethics*. 2007 Oct; 33(10): 610-613. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652802/>

в обществе в целом, а также провести подробную оценку тюремной системы охраны здоровья. Очень немногие заключенные имеют опыт, позволяющий оценить эквивалентность медицинской помощи, а позиция медперсонала не будет объективной, поэтому при мониторинге эквивалентности медицинской помощи наблюдателю необходимо сосредоточиться, проводя интервью со всеми лицами, имеющими отношение к тюремной системе охраны здоровья, изучая документацию и проводя наблюдения, на всех аспектах эквивалентности, т.е. наличие, доступность, адекватность и качество оказания медицинских услуг в месте лишения свободы.

Наблюдатель должен расспросить администрацию тюрьмы об общей ситуации и о том, как учреждение стремится достичь эквивалентности медицинской помощи. Например, у руководства можно спросить об их взгляде на наличие, доступность и качество медицинских услуг в учреждении.

Интервью с заключенными должны быть направлены на их мнение о наличии, доступности и качестве медицинских услуг в учреждении, а также на то, как это соотносится с лечением, которое они могли получить, находясь вне учреждения.

Медицинский персонал исправительных учреждений является очень полезным источником информации при мониторинге эквивалентности медицинской помощи, поскольку они, вероятно, лучше всех смогут ее оценить. У некоторых из них есть опыт работы в медицинских учреждениях до того, как они начали работать в тюремной медчасти, некоторые из них продолжают там работать. Необходимо задать следующие вопросы: какие виды медицинских услуг доступны для заключенных, существуют ли препятствия и проблемы, связанные с предоставлением помощи, эквивалентной той, что существует в обществе, попросить их подробно остановиться на них.

Тюремные охранники смогут предоставить наблюдателю дополнительную информацию о наличии медицинских услуг в учреждении и доступе к ним. Можно задать следующие вопросы: как заключенные получают доступ к медицинским услугам и видят ли они какие-либо проблемы или препятствия в этом процессе.

При изучении документов можно получить информацию о том, какие медико-санитарные услуги предоставляются в учреждении и проверить, какое среднее время ожидания заключенными доступа к медицинским услугам.

## **Дополнительные материалы**

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

UN (1991). *Basic Principles for the Treatment of Prisoners*. United Nations resolution, adopted by the General Assembly, 28 March 1991. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>

UN (2015). UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

### 3.6. Роль медицинского работника и дилемма двойной лояльности

В большинстве пенитенциарных систем во всем мире медицинские работники имеют связь с местом заключения. Они работают в учреждении на регулярной основе и являются частью тюремного персонала, либо приходят по вызову в случае необходимости. Тюремный медицинский работник играет ключевую роль в предоставлении медицинской помощи и лечения заключенным, эквивалентным услугам, которые предоставляет медработник в обычной больнице, но, кроме этого, у них есть ряд других обязательств.

Как описывают в своем исследовании Понт и соавторы, в соответствии с международными стандартами и руководящими принципами в задачи тюремного медицинского работника входит следующее:

- предоставлять персональный уход заключенным;
- консультировать начальника тюрьмы по вопросам здоровья в тюрьме;
- отвечать за здоровье и гигиену в учреждении, проверяя качество продуктов питания, санитарно-гигиенических условий, отопления, освещения, вентиляции, одежды, постельного белья и физической подготовки.<sup>46</sup>

В дополнение к вышеперечисленному, важной задачей тюремного медицинского работника является забота о заключенных, которые содержатся в изоляции.

Таким образом, роль тюремного медицинского работника намного шире, чем просто предоставление заключенным индивидуального лечения и ухода.

Специалисты в области здравоохранения, работающие в местах лишения свободы, могут иметь конфликт интересов и обязанностей, что связано с их подчинением администрации тюрьмы. Проблема двойной лояльности в местах лишения свободы – это конфликт между профессиональными обязанностями перед пациентом и лояльностью по отношению к интересам работодателя, то есть тюремной администрации / органа государственной власти.

#### Актуальность превентивного мониторинга

Независимо от условий трудоустройства медицинских работников в местах лишения свободы, их основной долг – всегда действовать в интересах пациента, т. е. заключенного (см. также следующую главу в этом разделе, посвященную медицинской этике). Проблема двойной лояльности может иметь серьезные последствия для заключенного. Например, от специалиста в области здравоохранения могут потребовать подтвердить пригодность заключенного к (дисциплинарной) изоляции, что не должно иметь места. Такая изоляция может нанести вред здоровью заключенного. При определенных условиях, изоляция может классифицироваться как жестокое обращение или применение пыток, например, если человек с психическим расстройством помещен в одиночную камеру на длительный период времени, что может ухудшить его / ее состояние (см. также главу об применении одиночного заключения в Разделе 4). Другой пример касается обращения с заключенными, объявившими голодовку, когда тюремная администрация может потребовать от медицинского работника принудительного кормления заключенного против его / ее воли, чтобы предотвратить смерть в заключении. Такая практика нарушает международные стандарты медицинской этики, и к ней никогда не следует прибегать (см. главу об обращении с заключенными, объявившими голодовку в этом разделе).

#### Международные стандарты и руководства

В нескольких международных правилах, резолюциях, декларациях и рекомендациях, например, Организации Объединенных Наций, Всемирной медицинской ассоциации и Международного совета медицинских сестер<sup>47</sup> утверждается, что единственной задачей работников здравоохранения в тюрьме является забота о физическом и психическом здоровье заключенных. Правила Манделы включают несколько правил, которые касаются вопроса двойной лояльности. Правило 27

46 Pont et al. (2012). Dual loyalty in Prison Health Care. *American Journal of Public Health*, March 2012, Vol 102, No. 3. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487660/>

47 См. сайт Международного совета медсестер: <https://www.icn.ch/>

Манделы гласит: «клинические решения могут приниматься только ответственными медицинскими специалистами и не могут отменяться или игнорироваться немедицинским тюремным персоналом».

Правила 30-34 признают, что роль медицинских работников в тюрьме должна быть четко отделена от роли тюремной администрации. К медицинскому персоналу, работающему в местах лишения свободы, применяются те же этические и профессиональные стандарты, что и к медицинским работникам, работающим в обществе. Роль медицинских работников в местах заключения полагает в оценке, укреплении и лечении физического и психического здоровья своих пациентов, при этом медицинские работники не должны участвовать в вопросах управления тюрьмами, таких как дисциплинарные меры. Более того, тюремные медицинские работники обязаны документировать и сообщать о любых признаках пыток или другого жестокого, унижающего или нечеловеческого обращения (с информированного согласия пациента). Должны соблюдаться надлежащие процессуальные гарантии (например, конфиденциальность и информированное согласие), чтобы не подвергать заключенного или других лиц репрессиям. Кроме того, врач должен сообщать начальнику тюрьмы, когда физическое или психическое здоровье заключенного может быть под угрозой при продолжении тюремного заключения или при любых условиях заключения.

В стандартах КПП подчеркивается необходимость независимости медицинских специалистов, работающих в тюрьмах (стандарт 72): «Вне зависимости от официальной должности тюремного врача, при принятии клинических решений он должен руководствоваться только медицинскими критериями. Качество и эффективность медицинской работы должны оцениваться квалифицированным медицинским органом. Доступными ресурсами также должен управлять медицинский орган, а не органы, ответственные за безопасность или управление тюремным учреждением».

В большинстве стран министерство юстиции или внутренних дел, которые отвечают за управление местами содержания под стражей, также несут ответственность за оказание медицинской помощи в этих местах. Это означает, что специалисты в области здравоохранения, работающие в местах лишения свободы, часто являются наемными работниками в подчинении этих министерств, а не министерства здравоохранения. Они подчиняются руководству тюрьмы и, таким образом, рискуют потерять (частично) свою профессиональную независимость.

Тюремная администрация и органы здравоохранения, хотя и подчиняются одному правительству, часто имеют совершенно разные и противоречивые интересы. Задача тюремной администрации – безопасность, обеспечение соблюдения законов и, при необходимости, дисциплина. Задача органа здравоохранения – забота о здоровье и благополучии людей. Противоречия в интересах влияют на работу медицинского работника в месте заключения.

Когда специалисты в области здравоохранения трудоустроены тюремной администрацией, они особенно уязвимы и могут подвергаться давлению, от них могут требовать действий, которые противоречат их основной задаче заботиться о здоровье заключенных. Это, например, возникает, когда врач, для которого приоритетом должно быть здоровье и благополучие пациента, должен выполнять задачи, связанные с другой функцией, а именно, проводить судебно-медицинскую экспертизу. При этом врач должен раскрыть медицинскую информацию о пациенте, которая в противном случае была бы конфиденциальной. Другим примером нарушения является поведение при голодной забастовке, когда от врача требуют насильственно кормить заключенного против его / ее воли. Это не приемлемо и ясно указывает на давление, которое может испытывать врач, который вынужден действовать в интересах тюремной администрации вместо того, чтобы придерживаться принципов медицинской этики.

Важно, чтобы медицинский работник в месте заключения имел механизмы, позволяющие противостоять возможному давлению со стороны администрации тюрьмы, когда эти действия противоречат интересам пациента. Одним из инструментов является поддержка медицинской ассоциации, если она действует в соответствующей стране, а также информирование профессионального медицинского органа в случае опасений по поводу здоровья заключенного, когда не выполняются врачебные рекомендации.<sup>48</sup> Работники здравоохранения, чьи обязанности заключаются в защите здоровья заключенных, сталкиваются с этической проблемой, когда

48 FFLM (2019). *Quality Standards for healthcare professionals working with victims of torture in detention*. Faculty of Forensic & Legal Medicine, 2019. Summary of the full report available at: [https://www.freedomfromtorture.org/sites/default/files/2019-07/HWVT\\_summary\\_May19.pdf](https://www.freedomfromtorture.org/sites/default/files/2019-07/HWVT_summary_May19.pdf)

материальные и / или психологические условия жизни заключенных (из-за отсутствия ресурсов или преднамеренного пренебрежения со стороны тюремных властей) ставят под угрозу их здоровье. В таких случаях медицинские работники могут защищать интересы своих пациентов, сообщая о санитарных условиях и условиях жизни как тюремным властям, так и заинтересованным министерствам. Их долг – не молчать, когда услуги, обращение и условия содержания в учреждении противоречат этическим нормам, унижают достоинство заключенного, вредят здоровью заключенного. Тюремный врач всегда может обратиться за консультацией в медицинскую ассоциацию, если в его стране есть действующая профессиональная организация.<sup>49</sup>

В последние годы международные организации, включая Всемирную организацию здравоохранения, делали заявления о том, что профессионалы в области здравоохранения в тюрьмах в любом случае могут лучше выполнять свои обязанности, если они не зависят от администрации тюрьмы и (хотя их физическое присутствие в тюремном учреждении усложняет задачу) и находится в ведении министерства здравоохранения.<sup>50</sup>

В этой ситуации медицинский персонал пенитенциарных учреждений подчиняется министерству здравоохранения и направляет свои адвокационные усилия (например, в целях увеличения финансирования) также через министерство здравоохранения. В этой модели, «пациент», который должен получать уход от тюремного медперсонала, воспринимается не просто как «заключенный», а человек, который требует лечения.

В течение последнего десятилетия ряд стран и регионов по всему миру передали ответственность за охрану здоровья в тюрьмах от министерства юстиции или внутренних дел министерству здравоохранения (включая, помимо прочего, Англию и Уэльс, Норвегию, Францию, Женеву, Швейцарию, Италию (в большинстве регионов), Испанию (2 автономных региона), Новый Южный Уэльс (Австралия), Косово. С помощью этой модели медицинская служба тюрем лучше включена в национальную медицинскую систему, и легче обеспечить эквивалентность и непрерывность оказания медицинской помощи, например путем включения медицинских записей о заключенных в национальную систему электронных медицинских записей и налаживания обмена данными.

Появится больше возможностей для заключенных проходить лечение вне тюремного учреждения. В своей публикации «*Надлежащее управление охраны здоровья в тюрьмах в XXI веке: аналитическая записка по охране здоровья в тюрьмах*» Региональное бюро ВОЗ в Европе подчеркивает, что «*министерства здравоохранения должны обеспечивать и нести ответственность за медицинские услуги в тюрьмах и создание здоровых условий содержания заключенных*», а также, что если за управление охраной здоровья в тюрьмах страны будет отвечать министерство здравоохранения, то это поможет:

- повысить качество медицинского обслуживания в тюрьме;
- подключать тюрьмы к общенациональным инициативам в области здравоохранения;
- обеспечить непрерывность оказания медицинской помощи при поступлении, переводе и освобождении заключенных;
- выполнять эпидемиологический надзор;
- улучшить отбор и повысить квалификацию медперсонала, уменьшить изоляцию медработников тюрем.<sup>51</sup>

---

49 Некоторые медицинские ассоциации занимаются этой темой больше, чем другие. Например, Норвежская медицинская ассоциация разработала онлайн-курс по правам человека и этическим дилеммам для врачей, работающих в тюрьмах. (NMA, 2004).

50 WHO Europe/ UNODC (2013). *Good governance for prison health in the 21<sup>st</sup> century. A policy brief on the organization of prison health*. World Health Organization Regional Office Europe & United Office on Drugs and Crime, Copenhagen, 2013. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1)

51 WHO Europe/ UNODC (2013). *Good governance for prison health in the 21<sup>st</sup> century. A policy brief on the organization of prison health*. World Health Organization Regional Office Europe & United Office on Drugs and Crime, Copenhagen, 2013. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1)



Наиболее важным является то, чтобы службы охраны здоровья в исправительных учреждениях были эквивалентны таким службам в обществе (с точки зрения наличия, доступности, качества и эффективности), имели тесные связи со службами общественного здравоохранения, и чтобы специалисты здравоохранения в исправительных учреждениях были независимы с профессиональной точки зрения, какому бы министерству они не подчинялись. В конце концов, руководство и координация работы тюремной службы здравоохранения всеми соответствующими и связанными с местами лишения свободы структурами, а также наличие ресурсов, необходимых для поддержания здоровья и благосостояния лиц, содержащихся в там, должно быть в зоне общей ответственности правительства.

#### **ВСТАВКА 6:**

#### **РЕКОМЕНДАЦИИ «ВРАЧЕЙ ЗА СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА»**

Организация «Врачи за права человека» выпустила документ «Двойная лояльность и права человека», в который вошли «Рекомендации для тюрем и других исправительных учреждений». На данные рекомендации можно ссылаться при проведении мониторинга двойной лояльности среди медицинских работников тюрем, а именно:<sup>52</sup>

- Медицинский работник всегда должен действовать в интересах своего пациента.
- Медицинский работник несет ответственность за обеспечение физического и психического здоровья (профилактика и наблюдение), а также за лечение, в том числе за оказание специализированной медицинской помощи в случае необходимости, за обеспечение непрерывного ухода, как внутри исправительного учреждения, так и за его пределами заключенных и задержанных, ожидающих суда, и задержанных лиц, которые содержатся до предъявления обвинения/суда.
- Медицинский работник должен иметь беспрепятственный доступ ко всем заключенным, и он должен настаивать на этом.
- Медицинский работник должен регулярно проверять и сообщать о санитарных, бытовых и общих условиях содержания в заключении руководству учреждения и независимому медицинскому органу, он должен, при необходимости, выступать за улучшение условий содержания путем обращения к исправительному учреждению и/или к независимому медицинскому органу.
- Медицинский работник должен сообщать руководству учреждения и, при необходимости, независимому медицинскому органу, если ему или ей становится известно о фактах или доказательствах того, что заключенные подвергаются пыткам или жестокому, негуманному или унижающему достоинство обращению. Однако медицинский работник должен действовать, учитывая возможность применения репрессий или дальнейшего наказания заключенного, вызванные его или ее действиями. В соответствующих случаях медицинский работник должен получить согласие заключенного перед тем, как информировать соответствующие органы.
- Медицинский работник должен сообщать только о тех фактах, которые он или она проверили лично; не должны фальсифицировать доказательства и должны обеспечивать ведение полных и точных медицинских записей для всех пациентов. Медицинский работник не должен активно или пассивно принимать участие в любых формах применения пыток.
- Медицинский работник не должен предоставлять средства применения пыток или применять свои знания для пыток или жестокого, нечеловеческого или унижающего обращения или наказания; он не должен давать разрешение, высказывать одобрение или участвовать в применении наказаний какой-либо форме и ни при каких обстоятельствах, исключая, в том числе, и его присутствие при их применении или при угрозах их применения.
- Медицинский работник не должен участвовать в применении смертной казни ни при каких обстоятельствах на любом этапе. Это включает в себя обследование непосредственно перед смертной казнью или сразу после ее исполнения.

(Продолжение на след странице)

52 Quoted from <https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf>

- Медицинский работник должен соблюдать конфиденциальность медицинской информации, должен настаивать на конфиденциальности обстановки, в которой проводится медицинское обслуживание заключенных во время консультаций, без присутствия персонала учреждения в пределах слышимости, должен раскрывать информацию строго по принципу служебной необходимости, когда это необходимо для защиты здоровья других людей.
- Медицинский работник должен иметь неоспоримое право высказывать независимые клинические и этические суждения без нежелательного внешнего вмешательства.
- Медицинский работник не должен выполнять какие-либо медицинские обязанности с пациентами в наручниках или с завязанными глазами, как внутри, так и за пределами места лишения свободы за исключением тех случаев, когда медицинский работник считает, что ограничение свободы действий необходимо для безопасности самого пациента, медперсонала и других, а также когда лечение нельзя отложить до момента, когда заключенный не будет представлять опасности для окружающих и для себя. При таких обстоятельствах медработник может позволить минимальное ограничение свободы действий для обеспечения безопасности.
- Медицинский работник не должен применять медицинские средства или медицинские вмешательства в целях безопасности.
- Медицинский работник не должен участвовать в полицейских действиях, таких как обыск или наложение физических ограничений, если для этого нет конкретных медицинских показаний или, в случае личного досмотра, если заключенный специально не просит об участии медицинского работника. В таких случаях, медработник должен удостовериться, что информированное согласие было дано добровольно и быть уверенным, что заключенный понимает, что медицинский работник в таком случае выполняет роль судебно-медицинского эксперта, а не лечащего врача.<sup>53</sup>

### Методология проведения мониторинга

При мониторинге роли тюремного врача и проблем двойной лояльности в учреждении наблюдатель должен изучать все доступные источники информации, чтобы оценить, насколько врачебная практика и медицинские процедуры соответствуют международным стандартам и правилам. Во время мониторингового посещения информацию можно получить из таких источников, как интервью с заключенными, медицинским персоналом тюрьмы, тюремными охранниками и администрацией тюремного учреждения, непосредственные наблюдения и доступная документация. В качестве справочной литературы можно использовать «Рекомендации для тюрем и других исправительных учреждений», составленные организацией «Врачи за права человека», как указано во вставке б.

Наблюдатель должен расспросить руководство учреждения об общей политике и практике организации и управления охраной здоровья в тюрьме, о взаимодействии руководства с медицинскими работниками в их исправительном учреждении. Их, например, можно спросить, были ли случаи, когда они влияли на решение тюремного врача. Их также можно спросить, регулярно ли тюремные медицинские работники консультируют их по вопросам здоровья в учреждении, таким как питание, гигиена, санитария, отопление, освещение, вентиляция, одежда, постельные принадлежности и физические упражнения.

Интервью с заключенными могут дать наблюдателю информацию об их мнении о независимости врача от тюремной администрации. Например, заключенных можно спросить, могут ли они привести несколько примеров вмешательства руководства в выполнение решений или рекомендаций врача, если им что-то об этом известно из своего опыта или из других источников.

Опрашивая тюремный медицинский персонал, наблюдатель может спросить о различных обязанностях тюремных медицинских специалистов в учреждении. Они также могут спросить прямо о наличии проблемы двойной лояльности, например, кому они подотчетны в своей работе,

53 PHR (2012). *Dual Loyalty and Human Rights. Guidelines for Prison, Detention and Other Custodial Settings*. Physicians for Human Rights, Boston, USA. Available at: <https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf>

сталкиваются ли они со сложностями, вызванными двойной лояльностью (с просьбой привести примеры, скажем, когда они были вынуждены подтвердить пригодность заключенного к изоляции).

Тюремных охранников можно спросить, знают ли они о случаях, когда руководство вмешивалось в решение тюремного врача или когда медицинский работник принимал участие в таких вопросах, как изоляция заключенного, ограничение свободы физических действий заключенного, принудительное кормление во время голодовки и т. д.

Наблюдение наиболее актуально в том случае, когда есть возможность присутствовать при взаимодействии между администрацией тюрьмы и тюремными медицинскими работниками, тогда можно оценить характер их общения и его последствия.

Наблюдатель должен изучить все доступные документы, которые могут содержать дополнительную информацию. Например, медицинские карты, которые могут помочь выявить случаи вмешательства руководства в решение тюремного врача. Наблюдатель также должен стараться получить доступ к документам, отражающим результаты проверки, проводимой медчастью тюрьмы, включая питание, гигиену, санитарию, отопление, освещение, вентиляцию, одежду, постельные принадлежности и физические упражнения, а также реакцию администрации тюрьмы на эти результаты.

В процессе формирования выводов и рекомендаций наблюдатель всегда должен использовать несколько источников информации и проводить триангуляцию.

## **Дополнительные материалы**

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

NMA (2004). *Doctors working in prison: human rights and ethical dilemmas*. Online Course. Norwegian Medical Association, 2004. Available at: <https://course.wcea.education/app/course-worldmedicalassociation/elearning/medical-professional/doctors-in-prisons/196456#/>

PHR (2011). *Dual Loyalties: The Challenges of Providing Professional Health Care to Immigration Detainees*. Physicians for Human Rights, Boston, USA. Available at: [https://s3.amazonaws.com/PHR\\_Reports/2011\\_DualLoyalties\\_Final\\_3\\_24\\_2011\\_opt.pdf](https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/2011_DualLoyalties_Final_3_24_2011_opt.pdf)

PHR (2012). *Dual Loyalty and Human Rights. Guidelines for Prison, Detention and Other Custodial Settings*. Physicians for Human Rights, Boston, USA. Available at: <https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf>

Pont J et al. (2012). Dual loyalty in Prison Health Care. *American Journal of Public Health*. March 2012, Vol 102, No. 3. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487660/>

CoE (2019). *Organisation and management of health care in prison*. Council of Europe (Jörg Pont & Timothy Wilfrid Harding), 2019. Available at: <https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prisons/168093ae69>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WHO Europe/UNODC (2013). *Good governance for prison health in the 21<sup>st</sup> century. A policy brief on the organization of prison health*. World Health Organization Regional Office Europe & United Nations Office on Drugs and Crime, Copenhagen, 2013. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1)

### 3.7. Медицинская этика

Медицинская этика может быть определена как система моральных принципов, которые применяются в практике клинической медицины. В отношении мест заключения, она включает кодекс поведения, который считается этически корректным для медицинских работников исправительных учреждений.

Согласно международным стандартам, единственная задача медицинского работника в местах лишения свободы – это забота о физическом и психическом здоровье и благополучии заключенных.<sup>54</sup> При выполнении работы необходимо соблюдать лояльность исключительно к заключенным. Мероприятия, от которых должны воздерживаться тюремные медицинские работники, включают, например, раскрытие медицинских данных пациента другим лицам без согласия пациента, помощь в личном досмотре и применении мер безопасности или дисциплинарных мер, принудительное кормление и пытки.

В отличие от внешнего мира, заключенные обычно не оказываются в ситуации, когда они могут выбирать, кто будет им оказывать медицинские услуги, и поэтому они полностью зависят от медицинских услуг, доступных им в месте заключения. Несмотря на международные и национальные документы, регламентирующие медицинскую этику в местах лишения свободы, соблюдение этих принципов находится под большим риском. Некоторые из нарушений, которые недавно стали известны общественности и широко обсуждались, включают принудительное кормление голодающих медицинскими работниками в тюрьме Гуантанамо<sup>55</sup> (см. также главу о обращении с заключенными, объявившими голодовку, в этом разделе), участие медицинских работников в исполнении смертной казни в США<sup>56</sup>, и соучастия медицинских работников в пытках в тюрьме Гуантанамо.<sup>57</sup>

Помимо этих ярких примеров, ежедневно возникает множество сложных ситуаций, в результате которых тюремные медицинские работники нарушают этические стандарты своей профессии. Примеры таких ситуаций – выдача справок по требованию тюремных властей о том, что заключенные пригодны для заключения и изоляции, раскрытие конфиденциальной медицинской информации по требованию тюремной администрации без информированного согласия заключенного, отказ заключенному в предоставлении лечения на основании результатов обследования, эквивалентного медицинскому обслуживанию вне тюремного учреждения, по финансовым или материально-техническим причинам. Кроме того, вовлечение тюремных врачей к применению дисциплинарных мер, оказание ими медицинских услуг как заключенным, так и тюремному персоналу – этические вопросы, которые могут поставить под угрозу независимость врача по отношению к персоналу (см. также предыдущую главу в этом разделе о роли тюремного врача и проблеме дилеммы двойной лояльности).

Медицинская этика не должна касаться не только вопроса независимости тюремной службы охраны здоровья и проблемы двойной лояльности (см. главу о роли медицинских работников в тюрьме и проблеме двойной лояльности в этом разделе). Вопросы медицинской этики также включают коррупцию (например, тюремные врачи лечат только заключенных, которые им платят) и использование заключенных в качестве объектов исследования в медицинских экспериментах или как доноров органов.<sup>58</sup>

В некоторых развивающихся странах человеческие ресурсы, задействованные в работе тюремной медчасти настолько ограничены, что вовлечение заключенных в работу клиники следует

54 PHR (2012). *Dual Loyalty and Human Rights. Guidelines for Prison, Detention and Other Custodial Settings*. Physicians for Human Rights, Boston, USA. Available at: <https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf>

55 Annas (2006). Hunger strikes at Guantanamo – medical ethics and human rights in a 'legal black hole'. *N Engl J Med*. 2006;355(13):1377-1382. DOI: 10.1056/NEJMHle062316

56 Gawande (2006). When law and ethics collide – why physicians participate in executions. *N Engl J Med*. 2006;354(12):1221-1229. Available at: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068042#t=article>

57 Iacopino and Xenakis (2011). Neglect of medical evidence of torture in Guantanamo Bay: a case series. *PLoS Med*. 2011;8(4):e10011027. Available at: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.10011027>

58 Bagatell et al (2010). Organ donation by a prisoner: legal and ethical considerations. *The Journal of the Louisiana State Medical Society: official organ of the Louisiana State Medical Society* 162(1):44-6, January 2010. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/42587088\\_Organ\\_donation\\_by\\_a\\_prisoner\\_legal\\_and\\_ethical\\_considerations](https://www.researchgate.net/publication/42587088_Organ_donation_by_a_prisoner_legal_and_ethical_considerations)

рассматривать как пользу для пациентов. Тем не менее, это требует особых мер предосторожности со стороны медицинских работников и администрации тюрьмы для обеспечения конфиденциальности и соблюдения медицинской этики. Как заявил Совет Европы, «нехватка медицинского персонала не является оправданием для привлечения заключенных к выполнению медицинских задач, требующих специальной подготовки, даже если они имеют медицинскую квалификацию, или работают санитарями или продают лекарства».<sup>59</sup> В любом случае при вовлечении заключенных в работу медчасти необходимо следить, чтобы заключенный, работающий в тюремной медчасти, не получил такие полномочия, которыми можно злоупотреблять в отношениях с другими заключенными.

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Если тюремные медицинские работники не соблюдают медицинскую этику, в некоторых случаях это может быть равносильно жестокому обращению или даже пыткам. Например, если тюремный медицинский работник использует свои медицинские знания и навыки против воли заключенного и/или без информированного согласия, как в случае, когда от врача требуют подтвердить пригодность заключенного к любому виду наказания или вмешаться при голодовке заключенных. Другой пример – когда медицинский работник раскрывает медицинскую тайну сотрудникам тюремной охраны.

Также использование заключенных в качестве объектов исследования или доноров органов может быть равносильно жестокому обращению или пыткам. Яркий пример – насильственное извлечение органов у узников совести в Китае.<sup>60</sup> Прямое или косвенное соучастие тюремного медицинского работника в пытках всегда противоречит медицинской этике.

### **Международные стандарты и руководства**

Медицинское обслуживание в местах содержания под стражей регулируется теми же медицинскими этическими принципами, что и в обществе в целом.

Четыре общепринятых принципа медицинской этики включают:

- Принцип уважения автономии
- Принцип непричинения вреда (не навреди)
- Принцип милосердия (творить добро)
- Принцип справедливости.<sup>61</sup>

В правилах Нельсона Манделы говорится (Правило 32): «отношения между врачом или другими медицинскими специалистами и заключенными должны регулироваться такими же этическими и профессиональными стандартами, что и те, которые применяются к пациентам в обществе», включая «абсолютный запрет активно или пассивно участвовать в действиях, которые могут представлять собой пытки или другие жестокие, бесчеловечные или унижающие виды обращения или наказания, включая медицинские или научные опыты, которые могут причинить вред здоровью заключенного, как, например, изъятие клеток, тканей организма и органов заключенного» (Правило 32, 1(d), а также «без ущерба для положений пункта 1 d) настоящего правила заключенным может быть разрешено – при условии наличия свободного и осознанного согласия и в соответствии с действующим законодательством – принимать участие в клинических испытаниях и в других медицинских научных исследованиях, доступных в обществе, если предполагается, что такое участие принесет непосредственную и существенную пользу их здоровью, а также служить донорами клеток, тканей организма и органов для родственников» (Правило 32, 2).

59 CoE (2019). *Organisation and management of health care in prison. Guidelines*. Council of Europe (Pont & Harding), 2019. Available at: <https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prisons/168093ae69>

60 Смотрите заявления и отчеты на сайте Китайского трибунала: <https://chinatribunal.com/>

61 Beauchamp and Childress (2008). *Principles of Biomedical Ethics* (Seventh edition published in 2013). Oxford University Press, 2013.

Более давний документ, требующий от всех врачей придерживаться определенных этических норм, - это Клятва Гиппократова.<sup>62</sup> В качестве обновленной клятвы Гиппократова в 1948 году Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) приняла Женевскую декларацию (последняя редакция 2006 года), где декларируется приверженность врача гуманитарным целям медицины.<sup>63</sup>

В 1975 году ВМА приняла Токийскую декларацию, которая включает международные руководящие принципы для врачей, касающиеся пыток и других форм жестоких, негуманного или унижающего достоинство видов обращения и наказания в связи с задержанием и тюремным заключением, которые были пересмотрены в последний раз в 2016 году.<sup>64</sup> (см. также главу о рассмотрении дел о предполагаемых или возможных пытках тюремным врачом).

В 1979 году Международный совет тюремной медицинской службы утвердил Афинскую клятву, заявив: «мы, медицинские работники тюрем, которые собрались в Афинах 10 сентября 1979 года, настоящим обязуемся соблюдать Клятву Гиппократова, прикладывать все усилия, чтобы обеспечить наилучшую возможную медицинскую помощь для тех, кто находится в заключении в тюрьмах по любым причинам, без предубеждений и соблюдая правила профессиональной этики».<sup>65</sup>

В 1982 году Генеральная Ассамблея ООН приняла Принципы медицинской этики, касающиеся роли медицинского персонала, особенно врачей, в защите заключенных и задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих видов обращения и наказания<sup>66</sup>, что подробнее изложено во вставке 7.

#### **ВСТАВКА 7:**

### **ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К РОЛИ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕЙ, В ЗАЩИТЕ ЗАКЛЮЧЕННЫХ ИЛИ ЗАДЕРЖАННЫХ ЛИЦ ОТ ПЫТОК И ДРУГИХ ЖЕСТОКИХ, БЕСЧЕЛОВЕЧНЫХ ИЛИ УНИЖАЮЩИХ ДОСТОИНСТВО ВИДОВ ОБРАЩЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ**

#### **РУКОВОДСТВО 1**

*Работники здравоохранения, в особенности врачи, обеспечивающие медицинское обслуживание заключенных или задержанных лиц, обязаны охранять их физическое и психическое здоровье и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключенными или задержанными.*

#### **ПРИНЦИП 2**

*Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление, в соответствии с действующими международными документами, если они занимаются активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих человеческое достоинство видах обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки совершить их.*

(Продолжение на след странице)

62 Клятва Гиппократова см. по ссылке: [https://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/greek\\_oath.html](https://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/greek_oath.html)

63 WMA (1948, rev. 2006). *Declaration of Geneva*. World Medical Association, Geneva, 1948. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>

64 WMA (1975, rev. 2016). *Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment*. World Medical Association, 2006. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/>

65 International Council of Prison Medical Services (1979). *Oath of Athens*. International Council of Prison Medical Services, London, 1979. Available at: [http://www.medekspert.az/ru/chapter1/resources/The\\_Oath\\_of\\_Athens.pdf](http://www.medekspert.az/ru/chapter1/resources/The_Oath_of_Athens.pdf)  
Gawande (2006). When law and ethics collide – why physicians participate in executions. *N Engl J Med*. 2006;354(12):1221-1229. Available at: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068042#t=article>

66 UN (1982). *Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations General Assembly, 1982. Available at: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/medicalethics.aspx>

### ПРИНЦИП 3

Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они вовлечены в любые другие профессиональные отношения с заключенными или задержанными лицами, целью которых не является исключительно обследование, охрана или улучшение их физического или психического здоровья.

### ПРИНЦИП 4

Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они:

- (a) применяют свои знания и опыт для содействия проведению допроса заключенных и задержанных лиц таким образом, что это может отрицательно повлиять на физическое или психическое здоровье или состояние таких заключенных или задержанных лиц и не согласуется с соответствующими международными документами;
- (b) удостоверяют или участвуют в удостоверении того, что состояние здоровья заключенных или задержанных лиц позволяет подвергать их любой форме обращения или наказания, которое может оказать отрицательное воздействие на их физическое или психическое здоровье и которое не согласуется с соответствующими международными документами, или в любой другой форме участвуют в применении любого такого обращения или наказания, которое не согласуется с соответствующими международными документами.

### ПРИНЦИП 5

Участие работников здравоохранения, в особенности врачей, в любой процедуре смиренного характера в отношении заключенного или задержанного лица является нарушением медицинской этики, если только оно не продиктовано сугубо медицинскими критериями как необходимое для охраны физического или психического здоровья или безопасности самого заключенного или задержанного лица, других заключенных или задержанных лиц или персонала охраны и не создает угрозы его физическому или психическому здоровью.

### ПРИНЦИП 6

Не может быть никаких отклонений от вышеизложенных принципов ни на каких основаниях, включая чрезвычайное положение.<sup>67</sup>

Помимо этих международных стандартов, ряд организаций выпустили руководящие принципы, правила и рекомендации касающиеся вопросов медицинской этики медицинских работников, работающих в местах лишения свободы, такие как Совет Европы с его публикациями по вопросам охраны здоровья в тюрьмах и медицинской этики<sup>68</sup>, а также по вопросам организации и управления здравоохранения в тюрьмах.<sup>69</sup> Примером отношения религии и медицинской этики является Исламский кодекс медицинской этики (Кувейт), одобренный на первой Международной конференции по исламской медицине состоявшейся в Кувейте в январе 1981 года.<sup>70</sup> Этот Кодекс включает несколько ссылок на Коран и изречения Пророка. Также подчеркивается необходимость, чтобы «врач был среди тех, кто верит в Бога» и что «роль врача - это роль катализатора, через которого Бог, Творец, работает, чтобы сохранить жизнь и здоровье. Он просто инструмент Бога в облегчении болезней людей. Для получения такого назначения врач должен быть благодарен и всегда искать помощь Бога. Он должен быть скромным, свободным от высокомерия и гордости и никогда не падать в хвостовство или намек на самовосхваление посредством речи, письма или прямой или скрытой рекламы».

67 UN (1982). *Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations General Assembly, 1982. Available at: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/medicalethics.aspx>

68 CoE (2014). *Prison health care and medical ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being*. Council of Europe, (Lehtmetts and Pont), Strasbourg, 2014. Available at: <https://rm.coe.int/prisons-health-care-and-medical-ethics-eng-2014/16806ab9b5>

69 CoE (2019). *Organisation and management of health care in prison*. Guidelines. Council of Europe (Pont & Harding), 2019. Available at: <https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prisons/168093ae69>

70 IOMS (1981). *Islamic Code of Medical Ethics* (Kuwait Document). Islamic Organization for Medical Sciences, 1981. Available at: <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/islamic-code-medical-ethics-kuwait-document>

Помимо международных и региональных этических кодексов, в большинстве стран действуют национальные этические кодексы.

### **Методология мониторинга**

Наблюдатель должен знать о рисках, с которыми сталкиваются медицинские работники в местах лишения свободы, когда это касается соблюдения принципов медицинской этики. Мониторинг медицинской этики тюремной службы здравоохранения и отдельных тюремных медицинских работников должен рассматриваться как тесно связанный с мониторингом тем, описанных в других главах этого раздела, поскольку медицинская этика лежит в основе всего, что делает тюремный медицинский работник. Помимо методологии мониторинга, описанной в этих главах, можно возникнуть вопросы о (принудительном) донорстве органов и заключенных как объектах исследований, когда эти вопросы имеют место в конкретной стране / учреждении.

### **Дополнительные материалы**

International Council of Prison Medical Services (1979). *Oath of Athens*. Prison Health Care Practitioners, London, 1979. Available at: [http://www.medekspert.az/ru/chapter1/resources/The\\_Oath\\_of\\_Athens.pdf](http://www.medekspert.az/ru/chapter1/resources/The_Oath_of_Athens.pdf)

CoE (2014). *Prison health care and medical ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being*. Council of Europe (Lehtmetts A, Pont, J), November 2014. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/Publications\\_Health-Care\\_manual\\_Web\\_A5\\_E.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/Publications_Health-Care_manual_Web_A5_E.pdf)

UN (1982). *Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations General Assembly, 1982. Available at: <https://www.ohchr.org/en/professional-interest/pages/medicalethics.aspx>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WMA (1948, rev. 2006). *Declaration of Geneva*. World Medical Association, Geneva, 2006. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>

WMA (1975, rev. 2006). *Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment*. World Medical Association, 2006. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/>



### 3.8. Врачебная тайна

Соблюдение конфиденциальности медицинской информации является одной из основных обязанностей медицинского персонала, поэтому необходимо, чтобы у медицинских работников была возможность проводить осмотр в отдельном помещении, сохранять конфиденциальность информации о состоянии здоровья пациента, кроме случаев получения информированного согласия заключенного на раскрытие этой информации (см. также следующую главу об информированном согласии). Конфиденциальность является крайне важным фактором в сохранении доверительных отношений между любым медицинским работником и пациентом.

Нарушение врачебной тайны происходит, когда медицинский осмотр проводится в присутствии других людей, не имеющих отношения к медицине, а также когда частная информация о здоровье пациента раскрывается третьему лицу без информированного согласия заключенного. Законные основания для раскрытия врачебной тайны возникают, например, когда это требуется по закону (например, когда национальная безопасность находится под угрозой), или когда существует угроза общественному здоровью).

Хотя медицинские работники в тюрьмах несут такие же обязательства в плане сохранения врачебной тайны, как и другие медики, они часто сталкиваются с проблемой двойной лояльности, отвечая перед администрацией тюрьмы, что приводит к сложностям в соблюдении баланса между конфиденциальностью информации и уважением права пациента на неразглашение и защитой здоровья других заключенных и персонала тюрьмы.<sup>71</sup>

#### Актуальность превентивного мониторинга

Если тюремные медицинские работники не соблюдают врачебную тайну, в некоторых случаях это может быть приравнено к жестокому обращению. Например, если информация о пытках и жестоком обращении становится известна сотрудникам тюрьмы, это может привести к применению репрессий против заключенного. Другой пример: тюремный врач сообщает сотруднику тюрьмы, что заключенный инфицирован ВИЧ/СПИДом, что ведет к социально-психологической дискриминации, социальной маргинализации и/или преследованиям.

В 2009 году в Европейский суд по правам человека поступила жалоба о нарушении медицинской конфиденциальности – в данном случае, конфиденциальности медицинской переписки. Дело было признано нарушением статьи 8 Европейской конвенции о правах человека («Право на уважение корреспонденции»):

*Жулук против Соединенного Королевства, 2 июня 2009 г. У заявителя произошло кровоизлияние в мозг, когда его выпустили из-под стражи под залог. Ему сделали две операции, прежде чем его выписали из больницы, и он был отправлен в тюрьму для отбывания наказания. Там он должен был проходить осмотр врачом-специалистом в больнице каждые шесть месяцев. Заявитель обнаружил, что его переписка со специалистом по нейрорадиологии, наблюдающим за его лечением в больнице, читалась тюремным медицинским работником. Его жалоба в национальные суды была отклонена. Ссылаясь на статью 8 (право на уважение частной и семейной жизни и переписке) Конвенции, он заявил, что тюремные власти перехватывали и контролировали его медицинскую корреспонденцию.*

*Суд постановил, что имело место нарушение статьи 8 (право на уважение корреспонденции) Конвенции по правам человека. Отметив, что однозначно и бесспорно «вмешательство со стороны государственного органа» в осуществление права заявителя на уважение его корреспонденции было закреплено законодательством и направлено на предотвращение преступлений и защиту прав и свобод других лиц, Суд, однако, установил, что в обстоятельствах данного дела проверка его медицинской корреспонденции не отвечала его праву на уважение корреспонденции.<sup>72</sup>*

71 Elger B.S., Shaw D.M. (2017). *Confidentiality in Prison Health Care – A Practical Guide*. In: Elger B., Ritter C., Stöver H. (eds) *Emerging Issues in Prison Health*. Springer, Dordrecht, 2017.

72 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

## Международные стандарты и руководства

Международные стандарты четко определяют право заключенных на соблюдение медицинской конфиденциальности, такое же, как право лиц, живущих в обществе в целом. Однако нарушение права на соблюдение врачебной тайны в местах заключения, как правило, имеет более серьезные последствия для пациента, содержащегося под стражей.

В Правилах Нельсона Манделы (правило 31) сказано, что «все медицинские осмотры должны проводиться в условиях полной конфиденциальности.» А в правиле 32 подчеркивается, что «отношения между врачом или другими медицинскими специалистами и заключенными должны регулироваться такими же этическими и профессиональными стандартами, что и те, которые применяются к пациентам в обществе», и в частности, должна соблюдаться «конфиденциальность медицинской информации, если только это не создает реальной и непосредственной угрозы пациенту или другим лицам»;

В семи основных принципах практики тюремного здравоохранения, установленных Европейским комитетом по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания (ЕКПП), «согласие пациента и конфиденциальность» прямо упоминаются как ключевой аспект охраны здоровья в тюремных учреждениях.<sup>73</sup> Конфиденциальность в отношении здоровья заключенных должна быть гарантирована и соблюдаться так же, как и для людей, живущих в обществе в целом.

Стандарты ЕКПП гласят, что заключенных следует обследовать индивидуально, а не в группах. Никто кроме заключенного и медицинских работников не должен присутствовать во время осмотра. Сотрудник тюремной охраны не должен находиться в том же помещении и должен оставаться вне зоны слышимости и вне поля зрения во время медицинского осмотра, если медицинский работник не потребует иного по соображениям безопасности.<sup>74</sup>

«Врачи за права человека» в документе «Рекомендации для тюрем и других исправительных учреждений» указывают, что: «медицинский работник должен соблюдать конфиденциальность медицинской информации, должен настаивать на том, чтобы иметь возможность выполнять медицинские обязанности в конфиденциальной обстановке во время консультаций без присутствия персонала исправительного учреждения в пределах слышимости, информация может быть раскрыта только по принципу служебной необходимости для защиты здоровья других людей».<sup>75</sup>

Интересы государства иногда перевешивают интересы заключенных без уважительной причины, что приводит к нарушению прав человека, включая право на соблюдение врачебной тайны. Это неприемлемо и наблюдатель должен обращать на это внимание при посещении места заключения.<sup>76</sup> Однако могут возникнуть веские причины для ограничения права заключенного на конфиденциальность медицинской информации. Например, это касается информации о таком диагнозе заключенного, как туберкулез, поскольку необходимо определить, с кем он вступал в контакт и остановить распространение заболевания, а также в случае, когда у заключенного наблюдается расстройство личности в тяжелой форме, и в таком состоянии он может представлять физическую опасность для других заключенных.

Всемирная медицинская ассоциация выпустила рекомендации относительно тех случаев, когда врач может раскрыть конфиденциальную медицинскую информацию. К ним, в частности, относятся случаи, когда сохранение врачебной тайны влечет за собой нанесение серьезного, неотвратимого вреда, который превосходит по степени вред, нанесенный раскрытием врачебной тайны без

73 Семь принципов: 1. Бесплатный доступ к врачу для каждого заключенного, 2. Равноценность ухода, 3. Право пациента и конфиденциальность, 4. Профилактическое медицинское обслуживание, 5. Гуманитарная помощь, 6. Профессиональная независимость, 7. Профессиональная компетентность. Доступ по ссылке: [https://www.unodc.org/documents/balticstates/EventsPresentations/FinalConf\\_24-25Mar11/Pont\\_25\\_March.pdf](https://www.unodc.org/documents/balticstates/EventsPresentations/FinalConf_24-25Mar11/Pont_25_March.pdf)

74 CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

75 PHR (2002). *Dual Loyalty and Human Rights. Guidelines for Prison, Detention and Other Custodial Settings*. Physicians for Human Rights, Boston, USA. Available at: <https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf>

76 CoE (2014). *Prison health care and medical ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being*. Council of Europe (Lehtmetts A and Pont J), November 2014. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/Publications\\_HealthCare\\_manual\\_Web\\_A5\\_E.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/Publications_HealthCare_manual_Web_A5_E.pdf)

согласия заключенного. При этом раскрывается только та информация, которая необходима для предотвращения вреда, и только тем субъектам, от которых зависит его предотвращение. Также врач должен сообщить пациенту о разглашении информации и объяснить причины, которые вызвали такое решение. Всегда следует стремиться к сотрудничеству с пациентом. В случае сомнений врач должен обратиться за консультацией к специалистам.<sup>77</sup>

Врач должен сделать все возможное, чтобы пациент был в безопасности и его состояние не ухудшилось из-за раскрытия информации, а в случае предполагаемого применения пыток, врач должен удостовериться, что заключенный не будет снова подвергнут пыткам. Обстоятельства, при которых врач может нарушить конфиденциальность пациента, крайне ограничены.

Что касается доступа заключенных к медицинскому обслуживанию, они должны иметь возможность обратиться в медчасть, не сообщая тюремному персоналу о причине такого обращения. Кроме того, заключенного не должны спрашивать и принуждать рассказывать о результатах осмотра.

В большинстве мест заключения на тюремных охранников возложена задача раздачи медикаментов заключенным. Тюремный персонал не должен выполнять эту задачу, поскольку это дает им дополнительную власть над заключенными. В тех случаях, когда тюремным охранникам все же поручено раздачу лекарств, важно, чтобы медицинский персонал предварительно упаковал лекарство, при этом на упаковке должна быть информация только о времени и способе приема лекарств без указания названия и дозировки, что обеспечит сохранение врачебной тайны.

К медицинским картам и журналам должны иметь доступ только медицинские работники тюрьмы, которые оказывают услуги охраны здоровья заключенным. К ним не должны иметь доступа представители администрации тюрьмы, тюремные охранники и заключенные. В случае перевода заключенного в другое учреждение медицинская карта должна быть отправлена в конфиденциальном порядке тюремному врачу нового исправительного учреждения или выдана по прибытию заключенного.

В некоторых странах из-за нехватки тюремного медицинского персонала некоторые заключенные, прошедшие или не прошедшие медицинскую подготовку, работают помощниками в медчасти. Такой практический подход может оказаться полезным для удовлетворения определенных потребностей, но при этом возникает проблема обеспечения конфиденциальности медицинской информации. Заключенные, работающие в тюремной поликлинике, никогда не должны иметь власти над другими заключенными, включая доступ к конфиденциальной медицинской информации (см. также главу о медицинской этике в этом разделе).

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель должен изучить все источники информации при соблюдении медицинской конфиденциальности в учреждении.

При общении с администрацией тюрьмы наблюдатель должен выяснить общий подход к вопросу медицинской конфиденциальности в тюрьме, например, распределение лекарственных средств и медицинской документации, и должен узнать о случаях нарушения врачебной тайны.

Во время интервью с заключенными наблюдатель может получить информацию, например, о том, как они получают доступ к медицинскому обслуживанию в тюрьме, должны ли они при этом раскрывать медицинскую информацию тюремным охранникам. Также можно задать вопрос о том, как происходит распределение лекарств.

Медицинский персонал может объяснить, в частности, в каких условиях проходит медицинский осмотр заключенных (в зоне ли слышимости и видимости для других), а также, каким образом происходит распределение лекарств, и кто имеет доступ к медицинской документации.

Интервью с тюремными охранниками, в первую очередь, проводятся для выяснения их роли в обращении с лекарствами и их выдачи. Проводя наблюдения, специалисты должны сосредоточить

---

77 WMA (2015). *Medical Ethics Manual. 3rd edition 2015*. World Medical Association. Available at: [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics\\_manual\\_3rd\\_Nov2015\\_en\\_1x1.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en_1x1.pdf)

внимание на том, как медикаменты выдаются заключенным, на физическом состоянии медицинских кабинетов и на том, как и где хранится медицинская документация.

Наблюдатель должен проверить наличие письменных инструкций относительно соблюдения медицинской конфиденциальности. Кроме того, можно ознакомиться с медицинскими картами заключенных, чтобы узнать, содержат ли они какую-либо информацию о нарушениях конфиденциальности и передать информацию, например, руководству тюрьмы о заявлениях о пытках без информированного согласия заключенного, а также объяснения врача в отношении таких нарушений.

В процессе формирования выводов и рекомендаций по улучшению соблюдения врачебной тайны наблюдатель всегда должен пользоваться несколькими источниками информации и проводить их триангуляцию.

### **Дополнительные материалы**

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

### 3.9. Информированное согласие

Информированное согласие можно определить как согласие пациента или другого получателя услуг, основанное на принципе автономии. Такое согласие стало одним из основных моральных требований при принятии врачебного решения относительно лечения, исследований и контроля за оказанием медицинской помощи. В принципе, пациенты всегда должны давать информированное согласие на любое медицинское вмешательство и обследование. Истинное согласие требует предоставления информации, принимая во внимание возможную неграмотность, трудности в понимании и языковой барьер, которые часто встречаются среди заключенных.

В работе тюремной службы охраны здоровья информированное согласие обозначает, что медицинский работник сообщает заключенному соответствующую информацию, чтобы получить его добровольное согласие или отказ от лечения или разрешение раскрыть конфиденциальную медицинскую информацию, включая данные о применении пыток и жестокого обращения.

Термин «соответствующая информация» означает диагноз, поставленный врачом, необходимость проведения дополнительного обследования, чтобы поставить диагноз, протекание болезни или состояние хронического заболевания, характер проведения анализов, варианты лечения, риски и побочные эффекты обследования и лечения, риск отказа от лечения и преимущества его проведения.<sup>78</sup> Если врач считает, что необходимо сообщить властям о пытках, пациент должен быть проинформирован о возможных репрессивных мерах, которые за этим последуют.

Врач обязан вести учет медицинских осмотров и лечения, а также обеспечивать конфиденциальность (см. также главу о врачебной тайне в этом разделе). Однако, если по каким-либо причинам медицинские карты не могут храниться конфиденциально, врач фактически должен учитывать, что информация в медицинских картах будет доступна другим лицам и таким образом будет передана личная информация о заключенном (в том числе, о жестоком обращении и пытках). Это создает этическую дилемму, когда при ведении медицинской карты необходимо информированное согласие заключенного, поскольку данные карты могут быть источником неблагоприятных последствий для заключенного. В любом случае, врач обязан ставить благополучие своего пациента выше формального ведения записей.

Согласие подразумевает осознанный выбор и понимание. «Согласие», данное под давлением, не является согласием. «Согласие», данное без осознанного понимания вариантов лечения, целей обработки информации, а также видов и целей возможных ограничений, также не является согласием. Медицинские работники должны отталкиваться от того, что каждый взрослый человек имеет возможность принимать решение о согласии на определенные действия, если не доказано, что он не способен четко понять представленную информацию.

#### **Актуальность превентивного мониторинга**

Каждого заключенного необходимо попросить дать его / ее информированное согласие на несколько действий, а также на разглашение информации. Получение информированного согласия и ведение надлежащего учета – это способ гарантировать, что к пациенту относятся как к человеку, способному принимать решения относительно своей собственной жизни, даже если это связано с определенными рисками. Сообщение о пытках и жестоком обращении может привести к репрессиям, включая дальнейшие пытки и жестокое обращение, и заключенный должен быть проинформирован об этом заранее и дать свое осознанное согласие на передачу этой информации.

То есть, неприемлемо и неэтично раскрывать информацию о пытках и жестоком обращении без информированного согласия заключенного, поскольку раскрытие информации может нанести вред заключенному и привести к репрессиям, пыткам и жестокому обращению.

Во время посещения исправительных учреждений Германии и Чешской Республики Европейский комитет по предотвращению пыток поднял вопрос о применении хирургической кастрации к лицам, совершившим сексуальные преступления и резко выступили против этой меры наказания. Одним из аргументов было то, что свое согласие заключенный дает при этом осознанно. В таком

78 CoE (Lehtmetts A and Pont J) (2014). *Prison health care and medical ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being*. Council of Europe, November 2014. Available at: <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>

случае заключенный, скорее, дает согласие под давлением, так как верит, что это единственный способ избежать пожизненного заключения.<sup>79</sup> Подобную обеспокоенность высказали и по поводу химической кастрации лиц, совершивших сексуальные преступления, которую применяют в Дании.<sup>80</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

В Правилах Нельсона Манделы (правило 32) подчеркивается, что «отношения между врачом или другими медицинскими специалистами и заключенными должны регулироваться такими же этическими и профессиональными стандартами, что и те, которые применяются к пациентам в обществе», при этом соблюдается «принцип самостоятельного подхода заключенных к своему собственному здоровью и осознанного согласия в отношениях между врачом и пациентом»

Европейский комитет по предупреждению пыток заявляет в Стандартах ЕКПП (стандарт 41), что: «Принципиально важно, чтобы пациенты имели право на выражение свободного и информированного согласия в отношении назначаемого им лечения. Принудительное помещение лица в психиатрическое учреждение не должно истолковываться как разрешение на проведение лечения без его согласия. Из этого следует, что любому вменяемому пациенту, добровольному или недобровольному, должна быть предоставлена возможность отказаться от лечения или какого-либо другого медицинского вмешательства. Любое отступление от этого фундаментального принципа должно иметь законные основания и применяться только в ясно и четко определённых исключительных обстоятельствах.»

В стандартах 45-47 ЕКПП подчеркивается: «Свободно выраженное согласие и соблюдение конфиденциальности являются основными правами личности. Они также важны для атмосферы доверия, которая является необходимой частью отношений между врачом и пациентом, особенно в местах лишения свободы, где лицо, содержащееся в заключении, не может свободно выбирать своего собственного врача. Пациентам должна быть предоставлена вся существенная информация (при необходимости, в форме медицинского отчета) относительно состояния их здоровья, курса лечения и предписанных лекарств. Желательно, чтобы у пациентов было право ознакомиться с содержанием своих медицинских карточек по месту содержания в заключении, за исключением тех случаев, когда это не рекомендуется с терапевтической точки зрения. Они должны иметь возможность обращаться с просьбой о передаче этой информации своим семьям и адвокатам или врачу вне учреждения. Каждый пациент в здравом уме и сознании свободен отказаться от лечения или какого-либо иного медицинского вмешательства. Любое отступление от этого основополагающего принципа должно быть, как и в отношении населения в целом, основано на законе и допустимо лишь в ясно и строго определенных случаях, применимых к населению в целом.»

В Принципах эффективного расследования и документирования пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих видов обращения и наказания (Стамбульский протокол) утверждается, что «медицинские эксперты, участвующие в расследовании пыток или жестокого обращения, во всех случаях должны действовать в соответствии с самыми высокими этическими нормами и, в частности, должны получать данное на основе представленной информации согласие до проведения любой экспертизы. Экспертиза должна соответствовать установленным стандартам медицинской практики».<sup>81</sup>

Заключенные сохраняют за собой право на получение медицинской информации и возможность согласиться или отказаться от обследования и лечения. Важно, чтобы медицинские работники представлялись пациентам, объясняли цель обследования или лечения и убеждались, что заключенные знают, что у них есть выбор: согласиться или отказаться.

Существуют некоторые исключительные обстоятельства, которые допускают вмешательство без согласия заключенного – это фактически относится как к заключенным, так и к лицам, не находящимся в местах заключения. Например, когда пациенты считаются психически больными,

79 CPT report of visit to Germany in 2010: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-deu-20101125-en-42>  
CPT report of visit to Czech Republic in 2008: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-cze-20080325-en-16>

80 CPT report of visit to Denmark in 2008: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-dnk-20080211-en-28>

81 UNOHCHR (2000). *The Principles on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations Office of the High Commissioner on Human Rights, General Assembly resolution 55/89 of 4 December 2000. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/EffectiveInvestigationAndDocumentationOfTorture.aspx>

неспособными принимать решения и представляющими опасность для себя или других людей. Если заключенные признаны психически больными, не в состоянии осознать опасность, которую они представляют для них самих или других людей, с ними следует обращаться так же, как и с другими психически больными пациентами из внешнего сообщества, и в соответствии с законом. Здесь применяется перевод пациента в закрытое психиатрическое отделение и лечение без его согласия в соответствии с действующим законодательством. Однако перед принятием такого решения необходимо приложить все усилия, чтобы попытаться добиться от пациента осознания ситуации и последствий отказа от необходимого лечения. Подробнее о психически больных заключенных рассказывается в главе, посвященной проблемам психического здоровья, в разделе 5.

Заключенный может обратиться в тюремную медицинскую службу в связи с полученной травмой с целью пройти лечение и/или зафиксировать повреждения. Врач должен сообщать таким пациентам, что они должны заявить об этом (конфиденциально) и при их информированном согласии: а) спросить об источнике полученного повреждения; б) провести осмотр; в) если предполагаемым источником повреждений являются пытки или насилие между заключенными, получить второе информированное согласие на сообщение об этом факте другим лицам. Информация, которую необходимо при этом предоставить заключенному, включает сообщение о возможных последствиях (как положительных, так и отрицательных), которые могут возникнуть при этом, в том числе о риске репрессий со стороны членов персонала и других заключенных, которые могли быть соучастниками пыток или применяли насилие к пациенту. Требование получения информированного согласия означает, что пациент на всех трех этапах имеет право полностью или частично отказаться от сотрудничества.

Как подчеркивается в главе, посвященной проведению интервью в рамках мониторинга, в разделе 2, наблюдатели также должны прилагать усилия для получения информированного согласия, прямо задавая вопрос интервьюируемому, желает ли он/она отвечать на вопросы (первое информированное согласие). После интервью наблюдатель должен получить второе информированное согласие на использование полученной информации. Нельзя публиковать или передавать другим лицам, которые не входят в мониторинговую группу, личные данные и информацию, которая бы указывала на личность интервьюируемого, без выраженного согласия. Кроме информированного согласия, мониторинговая группа должна приложить усилия, чтобы публикация или передача другим лицам информации не стала причиной репрессивных мер, даже если информированное согласие было получено. В связи с этим, полученную информацию нельзя будет раскрыть из соображений безопасности.

### **Методология проведения мониторинга**

Проводя мониторинг того, придерживаются ли медицинские работники тюрьмы получения информированного согласия пациента, наблюдатель получит максимальное количество информации из интервью с заключенными, медперсоналом тюрьмы и изучив письменные инструкции и медицинские карты заключенных.

Например, интервью с заключенными могут дать информацию о том, просили ли их дать информированное согласие, когда раскрывалась информация о состоянии их здоровья. Их также можно спросить, знают ли они, что имеют право согласиться на медицинское обследование или лечение или отказаться от него.

Медицинский персонал тюрем необходимо спросить, как они применяют принцип информированного согласия при проведении осмотра, делая записи в медицинских картах и раскрывая конфиденциальную информацию о состоянии здоровья пациентов. Например, может возникнуть вопрос, сообщали ли заключенные о применении пыток или жестоком обращении и если сообщали, то как действовали медицинские работники, просили ли они заключенного дать информированное согласие на документирование этих фактов.

Следует ознакомиться с документами во время контрольного визита. Например, наблюдатель должен проверить, существуют ли письменные инструкции для медицинского персонала тюрьмы по вопросу информированного согласия. Медицинские карты могут дать наблюдателю представление о том, запрашивали ли у заключенных их информированное согласие до медицинского обследования/лечения и до раскрытия конфиденциальной информации о состоянии его здоровья.

В процессе формирования выводов и рекомендаций наблюдатель должен изучать информацию, полученную из нескольких источников и проводить триангуляцию.

### **Дополнительные материалы**

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. Standards 45-47. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

UNOHCHR (2000). *The Principles on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations Office of the High Commissioner on Human Rights, General Assembly resolution 55/89 of 4 December 2000. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/EffectiveInvestigationAndDocumentationOfTorture.aspx>



### 3.10. Роль тюремного медицинского работника в случае предположения и подозрения на применение пыток

Профессиональная деятельность медицинских работников ставит их в особое положение при выявлении применения пыток и/или жестокого обращения в месте заключения. Те, кто работает в исправительных учреждениях, играют важную роль в этом, так как именно они чаще всего видят тех людей, которые, предположительно, подвергаются пыткам и жестокому обращению, или же лиц, которых они могут подозревать в применении пыток.

Большинство мест заключения имеют медицинскую часть, или, по крайней мере, врач или другие медработники прибывают на место по вызову в случае необходимости. В главе о роли тюремного медицинского работника и проблеме двойной лояльности говорится о том, что тюремные медицинские работники, работающие в местах содержания под стражей, могут иметь противоречивые обязательства и проявлять двойную лояльность в связи с обстоятельствами их работы, особенно когда они подчиняются тюремной администрации. Однако, как и указано в главе о медицинской этике, независимо от того, кому подчиняется медицинский работник, служащий в местах содержания под стражей, его / ее основная обязанность – действовать в интересах его/ее пациента, то есть заключенного.

Заключенные могут сообщить тюремному медицинскому работнику о пытках и/или жестоком обращении, или у медицинского работника может возникнуть подозрение, что заключенный подвергался пыткам и/или жестокому обращению, на основании его/ее симптомов и/или физических травм. Чаще всего это происходит во время первоначального медицинского осмотра, но может также происходить позже во время содержания под стражей. Заключенные могут обратиться к медицинскому работнику вскоре после пыток/жестокого обращения или спустя месяцы/годы, когда исчезнут следы физических повреждений. В некоторых случаях у медработника тюрьмы могут возникнуть подозрения о применении пыток/жестокого обращения после смерти заключенного (см. также главу о смерти в заключении в разделе 5).

Оценка предполагаемого или подозреваемого случая применения пыток/жестокого обращения основывается на профессиональном опыте медработника, и может повлечь как положительные, так и отрицательные последствия для заключенного.

#### Актуальность превентивного мониторинга

Пытки и жестокое обращение – это преступления, совершаемые государственными должностными лицами, лицами, имеющими официальную власть, или с их согласия. Могут быть предприняты попытки скрыть эти преступления путем угроз жертвам дополнительными пытками или жестокого обращения, если они раскроют какую-либо информацию об этом факте другим лицам, включая медицинских работников.

В случае, если жертва решает сообщить медицинскому работнику об этих фактах, он/она имеет право выбора, будет ли эта информация задокументирована. Медицинский работник, который не документирует и не сообщает о предполагаемом или подозреваемом случае пыток/жестокого обращения, действует вопреки своим обязанностям (как указано в нескольких международных стандартах, приведенных ниже). Это может сделать его/ее пассивным соучастником пыток/жестокого обращения, поскольку он/она скрывает факт произошедшего.<sup>82</sup>

Примером может служить пренебрежение медицинскими доказательствами пыток в тюрьме Гуантанамо. Расследование показало, что медицинские документы были в порядке в случае документирования обычных проблем со здоровьем, но информацию и документацию о физических и психических симптомах, свидетельствующих о применении пыток и жестокого обращения, найти было невозможно (при расследовании 9 случаев). *«Врачи и специалисты по психиатрии, которые лечили задержанных в тюрьме Гуантанамо, не получили и не смогли задокументировать причины физических травм и психических расстройств, которые они наблюдали. Психологические симптомы обычно относили к «расстройствам личности» и «рутинным факторам стресса, связанным с*

82 См. пример: <https://www.bbc.com/news/uk-england-20809692>

ограничением свободы». Временные психотические симптомы и галлюцинации не были рассмотрены как результат жестокого обращения». <sup>83</sup>

Хотя игнорирование возможных признаков пыток/жестокого обращения со стороны медицинского работника является этически неприемлемым, в некоторых случаях также проблематично документировать и сообщать о случаях пыток/жестокого обращения. Это может привести к репрессиям и дополнительным пыткам/жестокому обращению с заключенным, что не отвечало бы его интересам и нарушало бы этический принцип «не навреди». Поэтому медицинский работник может принять решение не документировать данные факты и не сообщать о них. Это ясно показывает, что тюремный медицинский работник сталкивается со сложной дилеммой, поскольку в обоих случаях действия медработника могут иметь негативные последствия для заключенного.

### **Международные стандарты и руководства**

Существует ряд международных стандартов, отчетов и руководящих документов, которые имеют прямое отношение к роли тюремного медицинского работника в предполагаемых и подозреваемых случаях применения пыток и/или жестокого обращения. Они включают:

- Принципы медицинской этики ООН, касающиеся роли медицинского персонала, в частности врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (1982 г.).
- Резолюция ВМА об ответственности врачей при документировании и раскрытии фактов применения пыток или жестоких, бесчеловечного или унижающих достоинство видов обращения (2007).
- Правила ООН Нельсона Манделы (2015 г.)
- 23-й Общий отчет Европейского комитета по предупреждению пыток (2013 г.).
- Стамбульский протокол ООН (2004 г.)  
(См. ссылки на эти документы ниже)

В стандартах четко указывается, что медицинские работники несут моральный долг защищать физическое и психическое здоровье заключенных.

Принципы ООН по медицинской этике (принцип 2) содержат следующее: *«Для медицинского персонала, особенно врачей, является грубым нарушением медицинской этики, а также правонарушением в соответствии с применимыми международными документами активное или пассивное участие в действиях, которые представляют собой участие, соучастие, подстрекательство или попытки применять пытки или другие виды жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания».*

«Соучастие» может включать в себя сокрытие факта пыток/жестокого обращения (предполагаемого или подозреваемого), о котором стало известно медицинскому работнику.

В Резолюции ВМА подчеркивается обязанность врачей документировать и осуждать акты пыток и жестокого обращения и настоятельно утверждается, что невыполнение этого требования является соучастием в таком акте. Также национальным медицинским ассоциациям рекомендуется *«попытаться обеспечить включение врачами оценки и документирования симптомов пыток или жестокого обращения в медицинские записи, соблюдая необходимые процессуальные действия для предотвращения опасности для лиц, содержащихся под стражей».*

В Правилах Нельсона Манделы (правило 30) подчеркивается, что *«врачи или другие квалифицированные медицинские специалисты, независимо от того, подотчетны ли они этому врачу или нет, должны принять каждого заключенного, побеседовать с ним и подвергнуть его медицинскому осмотру как можно скорее после поступления, а затем по мере необходимости»*, и особое внимание нужно уделять *«выявлению при приеме заключенного в исправительное учреждение любых признаков жестокого обращения, которому он подвергался до прибытия.»*

---

83 Iacopino & Xenakis (2011). Neglect of Medical Evidence of Torture in Guantánamo Bay: A Case Series. *PLOS Medicine*, April 2011. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001027>

В правиле 34 указывается, что «если в ходе осмотра заключенного при поступлении или оказании заключенному медицинской помощи впоследствии медицинским специалистам становится известно о каких-либо признаках пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания, они должны документировать такие случаи и сообщать о них компетентным медицинским, административным или судебным органам. Следует соблюдать надлежащие процессуальные гарантии, для того чтобы не подвергнуть заключенного или связанных с ним лиц предполагаемому риску причинения вреда.»

Кроме того, Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (ЕКПП) требует от медицинских специалистов, работающих в местах содержания под стражей документировать и докладывать о наличии клинических доказательств применения пыток и жестокого обращения, как это указано в 23-м Общем докладе ЕКПП.

Однако существует этическая дилемма, с которой сталкивается медицинский работник, обнаружив у заключенного явные или подозреваемые признаки пыток или жестокого обращения. В Стамбульском протоколе подчеркивается (параграф 68), что «В некоторых случаях медицинский работник сталкивается с внутренним конфликтом, поскольку с этической точки зрения существует определенная дилемма. Международные кодексы и этические принципы требуют от него сообщать в соответствующие органы о фактах применения пыток или жестоком обращении. В некоторых юрисдикциях это требование включено в законодательство. Однако в некоторых случаях пациенты могут отказаться давать согласие на обследование в этих целях или на передачу информации, полученной в результате обследования, другим лицам. Они могут опасаться репрессивных мер против них или их семей. В таких ситуациях медицинские работники несут двойную ответственность: перед пациентом и перед обществом в целом, которое заинтересовано в том, чтобы восторжествовала справедливость, и виновные в жестоком обращении были привлечены к ответственности. основополагающий принцип недопущения вреда должен играть важную роль при разрешении этой моральной дилеммы. Медицинские работники должны искать способы решения, которые бы привели к установлению справедливости, не нарушая права человека на конфиденциальность. Следует обращаться за консультациями к организациям, которым можно доверять решение такого вопроса. В некоторых случаях это может быть национальная медицинская ассоциация или неправительственные организации. Также можно постараться убедить пациентов согласиться на раскрытие информации в определенных рамках, даже если изначально они проявляют упорное нежелание давать согласие.»

Другие медицинские работники тюрьмы, например, медсестры имеют такие же моральные обязательства по выявлению, документированию и информированию о пытках/жестокое обращение. Об этом, например, говорится в Заявлении о роли медсестер в уходе за задержанными и заключенными, опубликованном Международным советом медсестер в 2011 году: «Медсестры, которым известно о жестоком обращении, должны принимать соответствующие меры для защиты прав задержанных и заключенных.»<sup>84</sup>

Существует разница между случаями, когда человек утверждает, что он подвергался пыткам или жестокому обращению, и случаями, когда у медицинского работника есть только подозрения. Разница заключается в том, как при этом медицинский работник должен общаться с пациентом. Имея только подозрения, медицинский работник всегда должен подходить к теме медленно и осторожно, чтобы человек не испытал лишней раз тяжелые переживания и не отказался рассказывать о произошедшем. В случаях явных признаков применения пыток медицинский работник может перейти к прямым вопросам пациенту.

Как указывается в Стамбульском протоколе (см. выше), обязанность медицинского работника документировать и информировать об актах пыток и жестокого обращения может вступать в конфликт с этическими правилами, требующими уважать независимость и неприкосновенность частной жизни пациента и не причинять вреда. В общем, можно констатировать, что интересы пациента всегда преобладают над обязанностью медицинского работника документировать и информировать. Однако это не означает, что интересы пациента должны служить оправданием для бездействия. Медицинский работник всегда должен рассматривать все варианты и рассматривать бездействие только в крайнем случае.

84 ICN (2011). *Nurses' role in the care of detainees and prisoners, position statement*. International Council of Nurses, 2011. Available at: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A13\\_Nurses\\_Role\\_Detainees\\_Prisoners.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A13_Nurses_Role_Detainees_Prisoners.pdf)

В начале клинического обследования лиц при подозрении и предположении, что к ним применялись пытки и жестокое обращение, необходимо попросить информированное согласия лица на документирование результатов обследования и информирование о них других лиц (см. также главу об информированном согласии в этом разделе). Информированное согласие требует, чтобы заключенный понимал смысл полученной информации и дал добровольное согласие. Следует всегда уважать самостоятельность принятия решений заключенными, которые отказываются дать информированное согласие на обследование, и никого нельзя принуждать к этому.

Медицинский работник может быть освобожден от обязанности сохранять конфиденциальность медицинской информации только с информированного согласия заключенного (за исключением случаев, когда раскрытие информации важно с точки зрения охраны здоровья других лиц, например, в случае некоторых инфекционных заболеваний). Однако существует ряд исключительных обстоятельств, при которых для медицинского работника было бы оправдано нарушение конфиденциальности без согласия пациента. Например, если существует угроза жизни самого пациента и других лиц, если не принять меры и не раскрыть врачебную тайну.

Тюремные медицинские работники при обнаружении признаков применения пыток/жестокое обращение могут сообщить информацию без указания личности заключенного, чтобы предотвратить потенциальный вред для других лиц (сбор данных о формах пыток). Тем не менее, крайне важно обеспечить конфиденциальность таких данных.

### **Методология проведения мониторинга**

При мониторинге роли тюремного медицинского работника при подозрениях на применение пыток или жестокое обращение наблюдатель должен прежде всего сосредоточиться на интервью с тюремным медицинским персоналом и заключенными, изучить любую доступную документацию. Руководство тюрьмы может предоставить некоторую информацию, однако тюремные охранники не смогут предоставить наблюдателю достаточно полезной информации по этому вопросу.

При интервью с руководством тюрьмы наблюдатель мог бы, например, спросить, информировал ли их медицинский работник об актах пыток/жестокое обращение, и если да, то как эта информация обрабатывалась.

Интервью с заключенными наиболее полезны, если наблюдатель может поговорить с заключенными, которые утверждают, что подвергались пыткам и/или жестокому обращению в данном учреждении или в предыдущем. Затем наблюдатель может задать вопрос, говорил ли заключенный об этом медицинскому работнику в данном учреждении и что за этим последовало.

Опрашивая тюремный медицинский персонал, наблюдатель должен выяснить, сталкивались ли они когда-либо с заключенными, которые предположительно подвергались пыткам или жестокому обращению, и/или были ли у них подозрения, что заключенный мог действительно через это пройти. Наблюдатель мог узнать, какая процедура была применена, был ли случай задокументирован и зарегистрирован, а также запрашивалось ли у заключенного информированное согласие на нескольких этапах этой процедуры.

Наконец, наблюдатель может изучить имеющуюся документацию, например рекомендации и медицинские карты заключенных, которые заявили наблюдателю, что подвергались пыткам и жестокому обращению.

В процессе формирования заключения и рекомендаций наблюдатель всегда должен изучать различные источники информации и проводить триангуляцию.

## Дополнительные материалы

CPT (2013). *23rd General Report of the CPT*. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 2013. Available at: <https://rm.coe.int/1680696a9b>

UN (1982). *Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. Adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982. Available at: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>

UN (2004). *The Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment*. Office of the UN High Commissioner for Human Rights, 2004. Available at: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WMA (2007). *Resolution on the Responsibility of Physicians in the Documentation and Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment*. World Medical Association, 2007. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/>

### 3.11. Медицинская документация и информационная система охраны здоровья

К тюремной системе охраны здоровья предъявляется требование об эквивалентности медицинского обслуживания, что указывает на то, что медицинские услуги, предоставляемые в тюремном учреждении, должны соответствовать услугам за ее пределами. Принцип эквивалентности медицинской помощи рассматривался в соответствующей главе этого раздела. Эквивалентность распространяется не только на квалификацию медицинского персонала и доступ к лекарствам и лечебным процедурам в тюрьме, но и на процедуру ведения медицинской документации и информационные системы.

Ведение документации включает следующее:

- Какая информация записывается о пациентах, консультациях, рецептах и анализах.
- Кто может записывать информацию в медицинские карты.
- Можно ли впоследствии изменить записанную информацию.
- Как хранятся записи (относится как к бумажным, так и к цифровым документам).
- Кто может получить доступ к медицинской документации и каковы процедуры получения такого доступа.
- Совпадает или отличается система записей медицинской информации в разных исправительных учреждениях.
- Передаются ли медицинские карты для лечения заключенных после их освобождения.
- Если карту не выдают заключенному после освобождения, хранятся ли они таким образом, чтобы впоследствии их можно было получить по запросу от других медицинских работников с согласия пациента.

Дополнительное преимущество правильного ведения медицинской документации, особенно на цифровых носителях – это возможность создания информационной системы охраны здоровья для одного учреждения или для всей системы охраны здоровья в тюрьмах. Такая система позволяет сохранять информацию о заключенных в целом (статистику): о состоянии и развитии показателей здоровья, об оказании медицинской помощи заключенным. Информационная система охраны здоровья может, среди прочего, использоваться для мониторинга распространения заболеваний в тюремном учреждении, для профилактических мер с целью предотвращения эпидемии или для изменения или улучшения методов диагностики при первичном медицинском обследовании (см. также главу об использовании количественных данных при мониторинге состояния здоровья в местах лишения свободы в Разделе 2).

#### **Актуальность превентивного мониторинга**

Нестандартное ведение медицинских записей может иметь несколько последствий. В некоторых тюрьмах в медицинской части ведется один журнал, где на каждую консультацию отводится одна строка (дата, имя, предписание). Такой способ ведения учета не дает возможности увидеть состояние здоровья и лечение заключенного, таким образом подвергая здоровье заключенного риску, то есть ставят под угрозу качество и доступность медицинского обслуживания в тюрьме.

Кроме того, неправильное управление доступом к медицинским записям может приводить к нарушению конфиденциальности медицинских данных, например, в случае, если тюремные охранники имеют доступ к записям.

Есть много примеров неправильного ведения записей в различных странах мира. Один пример приводится в докладе Европейского комитета по предупреждению пыток (ЕКПП) после посещения исправительных учреждений в Ирландии в 2010 году:

*«Параграф 67: Делегация ЕКПП отметила, что качество медицинских карт во многих случаях оставалось неудовлетворительным. В целом записи врачей были краткими, а записи медсестер были более подробными. В тюрьме Корк записи велись бессистемно, и консультации врачей с заключенными там, а также в тюрьмах Мидлендс и Маунтджой часто проводились без ведения записей в медицинских картах, где должны находиться копии медицинских заключений и писем. Кроме того, в этих тюрьмах отсутствовали журналы регистрации заболеваний, не велось краткое изложение историй болезни,*

записи не содержали необходимой информации. Более того, в примечаниях не были зафиксированы результаты всех консультаций с врачом».<sup>85</sup>

В 2003 году Анараки и др. провели исследование тюремной информационной системы охраны здоровья в четырех тюрьмах Великобритании и обнаружили, что «медицинские записи заключенных хранятся в виде бумажных медицинских карт. Ни в одной из тюрем, которые мы посетили, не было компьютеризированных информационных систем первичной медико-санитарной помощи. Медицинская карта состоит из рукописных заметок, которые иногда трудно прочесть. В некоторых случаях, например у пациентов с множественной патологией или хроническими заболеваниями, эти бумажные карты могут состоять из нескольких больших томов. В них содержится вся клиническая информация, включая записи терапевта, психолога и других специалистов, результаты анализов, предписания и схемы приема лекарств. Получение актуальной и точной информации об отдельных заключенных во время консультаций может занимать значительный период времени и, в некоторых случаях, даже бывает невозможным».<sup>86</sup>

Хотя нарушение стандартов ведения медицинской документации само по себе не означает пыток или жестокого обращения, способ ведения записей может, тем не менее, отражать соучастие медицинских работников в пытках или жестоком обращении (путем сокрытия случаев пыток или жестокого обращения), нарушение конфиденциальности медицинской информации или нарушение принципа эквивалентности медицинской помощи.

Возможность изменения записей в медицинских картах имеет первостепенное значение, когда эти записи используются при нарушении прав человека, например при пытках или жестоком обращении. Если возможно внести изменения без их регистрации, то врач (или, возможно, даже другое лицо) может (возможно, под давлением) удалить или изменить доказательства применения насилия, пыток или жестокого обращения. Удаление или изменение информации может означать, что у жертвы не будет возможности доказать факт применения пыток или жестокого обращения и добиться справедливости.

#### **ВСТАВКА 8: ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ НПМ ДАНИИ**

Во время посещения мониторинговой группы в Дании врач из группы встретил заключенного-иностранца, который подал жалобу о жестоком обращении полиции непосредственно перед его прибытием в следственный изолятор несколькими месяцами ранее. Жестокие действия полиции включали ущемление шеи и угрозы. Были оставлены явные синяки. По словам заключенного, он попросил о медицинском осмотре через несколько дней после его прибытия в следственный изолятор, но был осмотрен врачом только через три недели после прибытия.

Группа запросила в медицинской части (практикующий врач общей практики, посещающий также следственный изолятор) предоставить медицинские записи для проведения триангуляции информации, полученной от заключенного. Однако система регистрации состояла из файлов в MS Word, к которой имел доступ только врач. Таким образом, какие бы записи не содержались в медицинской карте, ее можно было легко изменить перед передачей мониторинговой группе.

В исправительных учреждениях редко налажена система ведения электронной медицинской документации и автоматизированные информационные системы охраны здоровья. Технологии часто отстают от общей системы здравоохранения. Отсутствие электронных систем медицинской информации является серьезным препятствием для предоставления заключенным надлежащей медицинской помощи.<sup>87</sup>

85 CPT (2011). *Report to the Government of Ireland on the visit to Ireland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. CPT, Strasbourg, 2011. Available at: <https://rm.coe.int/1680696c98>

86 Anaraki et al. (2003). 'Delivering Primary Care in Prison: The Need to Improve Health Information'. *Journal of Innovation in Health Informatics* 11(4):191–94. Available at: <https://hijournal.bcs.org/index.php/jhi/article/view/566/578>

87 Anaraki et al. (2003). 'Delivering Primary Care in Prison: The Need to Improve Health Information'. *Journal of Innovation in Health Informatics* 11(4):191–94. Available at: <https://hijournal.bcs.org/index.php/jhi/article/view/566/578>

В случае отсутствия информационной системы охраны здоровья трудно определить, вызвано ли явное увеличение заболеваемости (например, туберкулезом) прибытием новых заключенных с заболеванием или распространением его внутри учреждения. Как упоминалось ранее, заражение серьезным заболеванием во время пребывания в месте содержания под стражей может приравниваться к жестокому обращению и должно быть предотвращено (см. также главу об инфекционных заболеваниях в Разделе 5).

### **Международные стандарты**

В Правилах Нельсона Манделы (правило 26) подчеркивается необходимость вести точные медицинские записи отдельно по каждому заключенному. Кроме того, каждый заключенный должен иметь доступ к своей медицинской карте, в т.ч. через третьих лиц (адвоката или родственников). Если налажена система передачи медицинских карт при переводе и освобождении заключенных, то тем самым обеспечивается непрерывность медицинского обслуживания. В правиле 7 говорится, что при приеме заключенного в исправительное учреждение, информацию о состоянии его здоровья необходимо включать в общую информацию о заключенном, включая *«любые явные признаки травм и жалобы на жестокое обращение в том учреждении, откуда он направлен.»*

В Европейских пенитенциарных правилах требования к систематизации медицинской информации сформулированы менее четко, но в правиле 43 подчеркивается, что медицинские записи должны раскрываться другим лицам только с письменного разрешения заключенного.

В дополнении к этим международным стандартам, основанным на правах человека, проводятся исследования на международном уровне с целью изучения системы хранения медицинских данных в тюрьмах и в обществе целом. Хотя результаты таких исследований не имеют статуса международных стандартов, тем не менее они формируют образцовую практику, которую можно использовать в качестве руководства при проведении превентивного мониторинга и для рекомендаций в суде. Кроме того, в некоторых странах действуют особые законы, определяющие обязанности медицинских работников в местах содержания под стражей в отношении ведения документации. Часто тюремная система охраны здоровья является автономной, и никак не связана с общей системой здравоохранения, подчиняясь только министерствам, которые отвечают за управление пенитенциарной системой. Такое разделение может означать, что организация работы, правила и процедуры, применяемые к общей системе здравоохранения, не всегда применяются к системе охраны здоровья в тюрьмах. Например, ведение электронного журнала пациента (электронная медицинская карта) и информационные системы, позволяющие отслеживать направление на консультацию к врачу-специалисту и лабораторные анализы, а также их результаты.

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель с медицинской квалификацией играет большую роль в проверке ведения медицинских записей и информационной системе медицинских данных в учреждении. Необходимо подчеркнуть, что в задачи наблюдателя не входит проверка качества медицинского обслуживания по записям. Исключения могут составлять случаи, когда наблюдается систематически плохое медицинское обслуживание, что представляет опасность для здоровья заключенных.

Проводя мониторинг медицинских записей и информационной системы медицинских данных, наблюдатель должен больше внимания уделять интервью с медицинским персоналом тюрьмы и проверке информационных данных, имеющихся в учреждении.

Проводя интервью с медицинскими работниками, наблюдатель может спросить о том, какая информация о пациентах, консультациях, предписаниях и анализах записывается регулярно, кто ведет медицинскую документацию, кто имеет к ней доступ и может вносить в нее изменения. Кроме того, можно спросить о статистических данных по уровню заболеваемости заключенных, таких как количество заключенных принимающих психотропные препараты, сколько случаев гепатита С, туберкулеза зафиксировано в прошлом году.

Заключенные могут ответить на вопросы о том, ведется ли медицинская карта, знают ли они о ее существовании.

У тюремных охранников можно спросить, имеют ли они доступ к медицинским картам заключенных, и если да, то при каких обстоятельствах, а руководство тюрьмы могло бы подробнее рассказать о



полномочиях охранников в управлении информационной системой медицинских данных (если она имеется) в учреждении.

При изучении имеющейся документации, в первую очередь, следует обращать внимание на способ ведения медицинских записей, журналов, карт, письменных инструкций. Документы для проверки отбираются методом случайной выборки, и проводится проверка следующих параметров:

- Формат (бумажный, цифровой)
- Структура (сплошная, по разделам)
- Доступ (кто из сотрудников могут изучать и вносить изменения)
- Хранение, включая безопасность/конфиденциальность данных
- Обмен данными с другими медицинскими службами
- Качество/точность
- Актуальность

Кроме того, отдельные медицинские записи могут быть выбраны и проанализированы с целью триангуляции, оценки данных о здоровье заключенного, полученных из других источников. Факты, которые нужно сопоставить с данными в медицинской документации, включают информацию о контактах заключенных с медицинскими работниками, а также факты, указывающие на совершение насилия, с которыми сталкивались члены персонала или администрации, дисциплинарные меры и применение силы.

Общий обзор медицинской документации дает также информацию о следующем:

- Первичное медицинское обследование: как скоро после прибытия она проводилась? Кем? На что направлена и какие были сделаны записи?
- Травмы и их лечение: указываются ли причины травм?

Наблюдатель может также оценить, ведет ли тюремная служба здравоохранения журналы по конкретным заболеваниям, каким образом, существуют ли какие-либо письменные инструкции по ведению записей.

В процессе разработки заключения и рекомендаций наблюдатель должен сопоставлять данные, полученные из различных источников.

## **Дополнительные материалы**

CoE (2006). *European Prison Rules*. Council of Europe, Strasbourg, 2006. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules\\_978-92-871-5982-3.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules_978-92-871-5982-3.pdf)

Mathioudakis et al. (2016). How to Keep Good Clinical Records. *Breathe* 12(4):369–73. Available at: <https://breathe.ersjournals.com/content/12/4/369>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

CoE (Lehtmetts A and Pont J) (2014). *Prison health care and medical ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being*. Council of Europe, November 2014. Available at: <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>

### 3.12. Обращение с медикаментами

Учитывая, что среди заключенных в среднем более высокая распространенность как физических, так и психических заболеваний и повышенная потребность в лечении и уходе по сравнению с населением в целом, обеспечение доступа к соответствующим лекарствам, а также безопасное и осторожное обращение с ними является важной задачей любой тюремной службы охраны здоровья.

Любая тюремная служба охраны здоровья должна ежедневно иметь дело со значительным количеством различных видов лекарств. В некоторых местах заключения есть свои аптеки, где заключенным выдаются лекарства. В этом случае может потребоваться наблюдение внешнего фармацевта для обеспечения надлежащего хранения и утилизации устаревших лекарств. В других местах лекарства отпускаются для каждого конкретного пациента по предписаниям врача из аптеки вне тюремного учреждения. Часто в местах заключения также есть «склады», где хранятся часто прописываемые лекарства.

#### Актуальность превентивного мониторинга

Ошибки при приеме лекарств наблюдаются часто и представляют собой серьезную проблему для здоровья.<sup>88</sup> Вопрос обращения с лекарствами в местах содержания под стражей также является проблемным, при этом данная проблема мало изучена, и учреждения часто не обязаны сообщать о случаях нарушения.<sup>89</sup>

Неспособность обеспечить надлежащее обращение с лекарствами в тюрьме может иметь серьезные последствия для человека и может быть равносильно жестокому обращению. Например, ошибки в приеме лекарств (неправильная дозировка, неверное лекарство), прекращение лечения из-за отсутствия медикаментов или распределение неэффективных лекарств вполне могут привести к прогрессированию болезни, вызывая страдания и в худшем случае представляют угрозу жизни человека.

Тюремная охрана, а иногда даже заключенные могут участвовать в распределении лекарств внутри тюрьмы. Это вызывает серьезные проблемы с конфиденциальностью медицинской информации, а в худшем случае может подвергнуть заключенного опасности, например, если заболевание носит хронический характер и подвергается стигматизации в тюрьме, например, ВИЧ, а также в случаях, когда лечение половыми гормонами дает информацию о том, что он/она трансгендер. Кроме того, при неправильных условиях хранения лекарств или при доступе к ним заключенных, лекарства могут превратиться в товар, из-за чего возникают конфликты между заключенными и даже между охранниками и заключенным.<sup>90</sup> Это может привести к применению насилия.

Принудительное введение заключенному лекарств может представлять собой нарушение статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания»), как показано в следующем примере:

*Джаллох против Германии, 2006 год. Заявителю насильственно ввели рвотное средство, чтобы извлечь из организма пакет наркотических веществ, которые он проглотил перед арестом.*

*Европейский суд по правам человека отметил, что Конвенция, в принципе, не запрещает принудительное медицинское вмешательство, которое может помочь в расследовании преступления. Однако любое нарушение физической неприкосновенности человека с целью получения доказательств совершения преступления должно подлежать тщательной проверке. В случае данного заявителя насильственное введение рвотного средства не было обязательным, а способ проведения процедуры был жестоким.*

88 См. веб-сайт Европейского агентства по лекарственным средствам: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/medication-errors>

89 См. Например, Данию: <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=134522>

90 Douglas Del Paggio (2012). Psychotropic medication abuse by inmates in correctional facilities. *Mental Health Clinician: February 2012, Vol. 1, No. 8, pp. 187-188*. Available at: <https://doi.org/10.9740/mhc.n95631>

Такое обращение было признано бесчеловечным и унижающим достоинство человека, что нарушает статью 3 Конвенции.<sup>91</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Обращение с лекарствами в местах лишения свободы недостаточно освещено в международных стандартах, однако во всех стандартах указывается, что к процессу распределения лекарств нельзя привлекать заключенных.

Правило 67 (4) Правил Нельсона Манделы гласит: *«Если заключенный имеет при себе лекарства или медикаменты, решение о том, как с ними поступать, принимается врачом или другим квалифицированным медицинским работником.»*

Как указано в руководстве Совета Европы по охране здоровья в тюрьмах и медицинской этике:

*«Привлечение заключенных к медицинскому обслуживанию в тюрьме должно рассматриваться как крайняя мера, даже если они имеют медицинское образование. Заключенные не должны участвовать в выполнении медицинских функций по уходу за больными, которые требуют специальной подготовки, и ни при каких обстоятельствах они должны выполнять распределение лекарственных средств.»<sup>92</sup>*

Американская ассоциация юристов опубликовала третье издание стандартов для уголовного правосудия – «Обращение с заключенными», 2011 г., где в стандарте 23-б.3 говорится о контроле за прописанными лекарствами и их распределением:

*«В исправительном учреждении все рецептурные лекарства должны храниться с соблюдением правил безопасности, они должны находиться под контролем и наблюдением врача, отвечающего за медицинское обслуживание в учреждении. Лекарства, отпускаемые по рецепту, должны распространяться своевременно и конфиденциально. Обычно только медицинский персонал должен выдавать рецептурные лекарства, за исключением случаев, когда заключенным разрешается хранить свои ингаляторы для лечения астмы и пользоваться ими, а также можно делать разумные исключения из правил для заключенных, принимающих определенные лекарства. В экстренных случаях или при необходимости в учреждении, где медицинские работники задействованы на неполный рабочий день, персоналу исправительного учреждения, получившему специальную медицинскую подготовку, должно быть разрешено выдавать рецептурные лекарства под руководством квалифицированных медицинских работников. Заключенный ни в коем случае не должен выдавать рецептурные лекарства другому заключенному.»<sup>93</sup>*

Обращение с лекарствами в месте содержания под стражей подразумевает, что различные типы лекарств необходимо заказывать, хранить и раздавать пациентам, а также утилизировать наиболее безопасным способом. Также требует внимания вопрос закупки запасов лекарственных препаратов и обеспечения безопасности, чтобы исключить их несанкционированное использование и кражу. Чтобы формировать запас лекарственных средств, необходимо, чтобы сотрудники тюрьмы вели учет имеющихся препаратов и знали, когда заканчивается срок действия лекарств, когда запасы необходимо пополнить. В связи с этим необходимо вести учет поступления и использования лекарственных средств. Также важно соблюдать правила хранения лекарств. Например, некоторые лекарства необходимо хранить при низких температурах, и они могут потерять действие при неправильном хранении.

Раздача лекарств заключенным подразумевает предоставление нужных лекарств в правильной дозе определенным пациентам в точно указанное время. Для этого необходимо вести записи, начиная с получения предписания врача на лечение определенными лекарствами и заканчивая учетом выдачи лекарств заключенному. Кроме того, важно регистрировать любые отклонения от

91 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

92 CoE (Lehtmetts A and Pont J) (2014). *Prison health care and medical ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being*. Council of Europe, November 2014. Available at: <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>

93 ABA (2011). *ABA Standards for Criminal Justice. Treatment of Prisoners. Third edition*. American Bar Association, Washington, 2011. Available at: [http://www.americanbar.org/content/dam/aba/publications/criminal\\_justice\\_standards/Treatment\\_of\\_Prisoners.authcheckdam.pdf](http://www.americanbar.org/content/dam/aba/publications/criminal_justice_standards/Treatment_of_Prisoners.authcheckdam.pdf)

предписания врача, фиксировать причину отклонения и любые побочные эффекты от применения лекарства.

В некоторых местах содержания под стражей заключенным разрешается хранить свои лекарства в камере, но чаще они выдаются заключенным, чтобы предотвратить злоупотребление лекарствами, торговлю или кражу. Особенно строгие правила нужно применять к таким веществам, как метадон, которые требуют особого контроля. Также особые и менее строгие правила могут применяться к лекарствам, отпускаемым без рецепта, натуральным лекарствам, витаминным и минеральным продуктам.

В учреждениях, где многие заключенные принимают лекарства, распространение лекарств может отнимать много времени у медицинских работников. В некоторых случаях, например, если медицинский персонал не присутствует в учреждении круглосуточно, тюремная охрана может участвовать в выдаче лекарств. Это эффективно, однако вызывает ряд проблем, поскольку тюремные охранники не имеют специальной подготовки. Кроме того, будучи непосредственно вовлеченными в медицинское обслуживание заключенного, они могут получить информацию, которая в противном случае была бы конфиденциальной (например, раздача антиретровирусных препаратов показывает, что заключенный инфицирован ВИЧ). То же самое происходит, если заключенные участвуют в выдаче лекарств, и этого не следует допускать.

Выдача лекарств заключенным также подразумевает обеспечение заключенных, временно покидающих тюремное учреждение, или при освобождении, запасом необходимых лекарственных средств на период времени, пока они не закончат курс лечения или не перейдут на лечение к врачам-специалистам за пределами тюрьмы.

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель должен изучить процедуры и практику учреждения в отношении обеспечения наличия в тюрьме необходимых лекарств, безопасного и надлежащего хранения, утилизации и распределения лекарств, а также того, чтобы заключенные получали нужные лекарства в дозировках и в нужном количестве в точное, назначенное врачом.

Наблюдатель должен выяснить у руководства тюрьмы ситуацию в учреждении в отношении обращения с лекарствами и есть ли в учреждении конкретные руководящие принципы/инструкции, касающиеся обращения с лекарствами, включая инструкции, полученные от Министерства здравоохранения страны, Агентства по безопасности пациентов, например, касательно несчастных случаев/ошибок, связанных с применением лекарственных средств, и жалоб заключенных на выдачу лекарств.

Интервью с заключенными дают представление об их опыте получения лекарств в учреждении, например, может ли заключенный продолжать какое-либо лечение/прием лекарств, которые он получал до заключения, получает ли он лекарства в нужной дозировке в правильное время, предписанное врачом, и были ли допущены какие-либо ошибки при приеме лекарств. Заключенного также можно спросить, кто отвечает за выдачу лекарств.

Медицинский персонал тюрьмы сможет проинформировать наблюдателя о повседневной практике и об имеющихся инструкциях, которые гарантируют безопасное и надлежащее обращение с лекарствами. Наблюдатель может, например, спросить тюремный медицинский персонал о том, могут ли они обеспечить достаточные запасы лекарств, о том, кто отвечает за аптеку, и об их роли в выдаче лекарств заключенным.

Охранников тюрем можно спросить об их роли в выдаче лекарств заключенным и прошли ли они курс обучения. Их также можно спросить, что они делают в случае ошибки приема препаратов или в случае, если заключенный остро нуждается в лекарствах, например, когда у них есть рецепт на определенное лекарство, принимаемое только при обострении (например, лечение при приступе мигрени или других подобных заболеваний).

Во время контрольного визита наблюдатель может проверить работу аптеки, в том числе, содержатся ли лекарства в порядке и отдельно от других вещей, выглядит ли помещение опрятно, соблюдаются ли санитарные нормы, и есть ли на полках какие-либо лекарства с истекшим сроком

годности. Можно провести наблюдение за фактической раздачей лекарств заключенным, чтобы убедиться, что оно проводится безопасно и в соответствии с существующими инструкциями.

Наконец, наблюдатель должен ознакомиться с любой доступной ему документацией для получения дополнительной информации о том, как учреждение обращается с лекарствами. Например, с письменными инструкциями, методом учета запасов лекарств и документирования выдачи лекарств заключенному.

В процессе формирования выводов и рекомендаций наблюдатель должен сопоставить информацию, полученную из различных источников.

### **Дополнительные материалы**

ABA (2011). *ABA Standards for Criminal Justice. Treatment of Prisoners. Third edition.* American Bar Association, Washington, 2011. Available at: [https://www.americanbar.org/groups/criminal\\_justice/publications/criminal\\_justice\\_section\\_archive/crimjust\\_standards\\_treatmentprisoners/](https://www.americanbar.org/groups/criminal_justice/publications/criminal_justice_section_archive/crimjust_standards_treatmentprisoners/)

CoE (Lehtmetts A and Pont J) (2014). *Prison health care and medical ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being.* Council of Europe, November 2014. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/Publications\\_HealthCare\\_manual\\_Web\\_A5\\_E.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/Publications_HealthCare_manual_Web_A5_E.pdf)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules).* United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

### 3.13. Обращение с заключенными, объявившими голодовку

Голодовка – метод сопротивления или давления, при котором человек не ест в течение значительного времени с целью достижения определенной цели.<sup>94</sup> Чаще всего голодную забастовку устраивают люди, у которых нет других способов добиться выполнения их требований. Бывает полное или частичное голодание, при частичном голодании протестующие принимают питание в какой-либо форме. Важно помнить, что последствия этих разных форм голодания могут быть одинаковыми. Голодающие, преданные своей идее и полные решимости продолжать голодовку, при любой ее форме могут прийти к фатальному исходу. В некоторых исключительных случаях голодающий не только не ест, но и не пьет, что называют сухой голодовкой.<sup>95</sup>

Тем не менее, есть способы ввести питательные вещества человеку, объявившему голодовку. В основном это делается путем искусственного, принудительного или, реже, ректального кормления.

Искусственное кормление (внутривенно или через желудочный зонд) применяется по просьбе человека или без его согласия (выраженного заранее или в момент кормления). Голодающие могут согласиться на искусственное кормление в той или иной форме, например, внутривенные инфузии солевого раствора или определенных витаминов и минералов.<sup>96</sup>

Принудительное кормление – это форма искусственного кормления, применяемого против воли и желания голодающего, то есть с применением принуждения.<sup>97</sup> Принудительное кормление противоречит этическим принципам и считается, что его нельзя применять во время голодных забастовок.<sup>98</sup>

Ректальное кормление («питательная клизма») означает введение трубки в прямую кишку человека с целью обеспечения питания. Ректальное кормление человека, объявившего голодовку, никогда не является этическим. Голодные забастовки в местах лишения свободы являются довольно распространенным явлением в некоторых странах, в большинстве случаев проходят без серьезных последствий для здоровья участвующих лиц. Существуют различные причины, по которым заключенные решают отказаться от пищи, например, протест против режима в месте содержания под стражей, против таких видов наказания, как дисциплинарная изоляция, а также более высокие моральные, политические или философские причины. Голодные забастовки могут проводиться отдельными заключенными или группами заключенных. Из недавних примеров массовых голодовок – голодовка около 1800 палестинских заключенных в Израиле в 2012 году и голодовка более 29000 заключенных в штате Калифорнии США в 2013 году. В местах, где в отношении заключенных не соблюдаются основные права человека, голодная забастовка часто воспринимается заключенными как последний способ выразить протест и добиться, чтобы их услышали.

---

94 Irmak, N. (2015). Professional ethics in extreme circumstances: responsibilities of attending physicians and healthcare providers in hunger strikes. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36(4), 249–263. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9333-9>

95 Irmak, N. (2015). Professional ethics in extreme circumstances: responsibilities of attending physicians and healthcare providers in hunger strikes. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36(4), 249–263. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9333-9>

96 WMA (1991, rev. 2017). *WMA Declaration on Hunger Strikes (Malta Declaration)*. World Medical Association. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/>  
WHO Europe. (2014). *Prisons and Health*. Copenhagen, Denmark. Available at: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

97 Irmak, N. (2015). Professional ethics in extreme circumstances: responsibilities of attending physicians and healthcare providers in hunger strikes. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36(4), 249–263. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9333-9>

98 WMA (1991, rev. 2017). *WMA Declaration on Hunger Strikes (Malta Declaration)*. World Medical Association. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/>

## Актуальность превентивного мониторинга

Неспособность тюремных властей обращаться с бастующими заключенными во время голодовки в соответствии с международными стандартами может быть приравнена к жестокому обращению или пыткам. Принудительное кормление не допускается ни при каких обстоятельствах, но искусственное кормление голодающих при угрозе для их жизни или когда они находятся в состоянии комы или с психическими нарушениями и не могут принимать адекватные решения, является оправданным до тех пор, пока голодающий не будет в состоянии принимать решения. Мальтийская декларация относительно объявивших голодовку (см. международные стандарты) содержит в пункте 23 следующее: *«Все виды вмешательств с целью энтерального или парентерального питания против воли психически здорового голодающего являются формой «принудительного кормления». Принудительное кормление всегда является этически неприемлемым, даже если оно применяется для пользы голодающего. Кормление, сопровождаемое угрозами, принуждением, силой или применением физических ограничений, является формой бесчеловечного и унижающего достоинство обращения. Столь же неприемлемо принудительное кормление некоторых задержанных, чтобы запугать или заставить других участников голодовки прекратить голодание.»*

В Европейский суд по правам человека поступило множество дел, касающиеся принудительного кормления в тюрьмах во время голодных забастовок, и некоторые из них были признаны нарушениями статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания»). Следующее пример показывает случай, признанный ЕСПЧ нарушающим статью 3 Конвенции:

Сиорап против Республики Молдова, от 19 июня 2007 года. В этом случае заявитель предъявил жалобу, в частности, на условия его содержания под стражей, принудительное кормление после того, как он решил объявить голодную забастовку, а также на отказ рассмотреть его жалобу о принудительном кормлении из-за неуплаты судебных расходов.

Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 (запрещение пыток и жестокого обращения) Европейской конвенции в связи с принудительным кормлением заявителя. Отсутствовало, в частности, медицинское заключение, подтверждающее, что жизнь или здоровье заявителя были в серьезной опасности, и имелись достаточные основания полагать, что его принудительное кормление было на самом деле направлено на его принуждение прекратить протест. Кроме того, основные процессуальные гарантии, предусмотренные внутренним законодательством, такие как указание причины для начала и завершения принудительного кормления и состава и количества пищи, не были соблюдены. Наконец, Суд был поражен манерой принудительного кормления, в том числе постоянное удержание заявителя в наручниках, несмотря на его не сопротивление, причинение сильной боли, вызванной применением металлических инструментов, с целью заставить его открыть рот и вытащить язык. Менее интрузивные альтернативы, такие как внутривенное вливание, даже не рассматривались, несмотря на явную просьбу заявителя. Таким образом, Суд установил, что способ неоднократного принудительного кормления подвергал его излишне сильной физической боли и унижениям и, соответственно, может рассматриваться только как применение пыток.<sup>99</sup>

Другой яркий пример, когда заключенных подвергали принудительному кормлению, равносильному пыткам, касается практики принудительного кормления в тюрьме Гуантанамо. Комиссия ООН по правам человека заявила, что рассматривает принудительное кормление в тюрьме Гуантанамо как форму пыток не только из-за самого факта принудительного кормления, но и из-за формы его применения. «Привязав задержанных к стульям, проталкивая трубку в нос и горло, и перекачивая жидкости в желудке, заключенные описывали этот метод, как исключительно болезненный.<sup>100</sup>

Некоторых заключенных в тюрьме Гуантанамо также подвергали ректальному кормлению<sup>101</sup>, что всегда этически неприемлемо.

99 ECHR (2015). *Hunger strikes in detention*. European Court of Human Rights, 2015. Available at: [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Hunger\\_strikes\\_detention\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Hunger_strikes_detention_ENG.pdf)

100 См. пример: <https://www.rt.com/usa/red-cross-guantanamo-maurer-770/>

101 См. пример: <https://www.humanrightsfirst.org/senate-report-cia-torture/rectal-rehydration>

## Международные стандарты и руководства

Всемирная медицинская ассоциация опубликовала две Декларации, которые имеют отношение к голодным забастовкам и роли врачей в них, а именно Токийскую декларацию, содержащую Руководящие принципы для врачей в отношении пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в связи с задержанием и тюремным заключением в 1975 году<sup>102</sup> и Мальтийскую декларацию о голодных забастовках, опубликованную в 1991 году и пересмотренную в 1992, 2006 и 2017 годах.<sup>103</sup>

### Токийская декларация Всемирной медицинской ассоциации

В статье 6 Токийской декларации говорится, что врачам запрещено принудительно кормить участников голодовки. Они должны понимать независимые пожелания заключенных, и рекомендуется получить дополнительное мнение относительно способности заключенного совершать осознанные действия и давать информированное согласие: *«Если заключенный отказывается от питания и врач считает его способным составить независимое и рациональное суждение о последствиях такого добровольного отказа от питания, его нельзя кормить искусственно. Решение относительно дееспособности заключенного иметь такое суждение должно быть подтверждено по крайней мере еще одним независимым врачом. Последствия отказа питания разъясняются врачом заключенному».*

### Мальтийская декларация Всемирной медицинской ассоциации

Ниже следует краткое изложение Мальтийской декларации, включая ключевые моменты, представляющие интерес при мониторинге голодовок в местах содержания под стражей, а также то, как в учреждении обращаются с заключенными во время голодных забастовок:

- Врачи, подлежащие двойной лояльности, ограничены такими же этическими принципами, как и другие врачи – они должны оставаться клинически независимыми и их первоочередный долг относится к пациенту.
- Врачи должны оценивать психическую способность лиц, желающих начать голодовку. Это включает проверку того, чтобы лица, планирующие голодавать, не имеют никаких психических отклонений, которые могут повлиять на способность делать осознанные решения в вопросах здоровья.
- Врачи должны уважать выбор психически здоровых лиц, даже если это ожидаемо может навредить. Потеря психической способности не значит, что предыдущий осознанный отказ от лечения, включая искусственное кормление следует соблюдать.
- Врачи или другие медицинские сотрудники не должны осуществлять излишнее давление любого рода на объявившего голодовку с тем, чтобы прекратить ее.
- Врачи должны пытаться предупредить принуждение или ненадлежащее обращение с заключенными и должны выразить несогласие, если это происходит.
- Доверие между врачами и лицами, объявившими голодовку, часто является ключом для достижения решения, которое уважает права голодующих и минимизирует причиненный им вред.
- Врачи должны ежедневно осведомляться, желает ли пациент продолжать свою голодовку и что они желают, чтобы было сделано в случае если они не смогут вменяемо выразиться. Врач должен осведомиться есть ли у лица желани продолжать голодовку до смерти, в случае неудовлетворения его требований.
- Если обсуждение с лицом невозможно или отсутствуют детальные инструкции или другие данные в медицинских записях, врачи должны действовать путем, который они считают в наилучших интересах лица. Это значит, что нужно учитывать ранее выраженные пожелания голодующих, их личные и культурные ценности, а также их физическое здоровье.

102 WMA (1975, rev. 2016). *WMA Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment* ('Tokyo Declaration'). World Medical Association. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-in-human-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/>

103 WMA (1991, rev. 2017). *WMA Declaration on Hunger Strikes* ('Malta Declaration'). World Medical Association. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/>



- Этически правильно позволить решительно голодующему достойно умереть чем подвергнуть человека множественным вмешательствам против его или ее воли.
- Искусственное кормление, когда используется в интересах здоровья пациента, может быть этически допустимым, если психически вмняемый голодующий согласен на него.
- Когда пациент физически способен начать оральное кормление, нужно быть особенно осторожным, чтобы обеспечить соблюдение наиболее современных стандартов начала такого кормления.

Международные стандарты ООН содержат только общие и основные рекомендации о том, как обращаться с заключенными, объявившими голодовку. Они прямо не касаются проблемы принудительного кормления. Однако причинение боли и страданий, а также принуждение к медицинской процедуре без согласия заключенного могут служить аргументом в пользу того, что насильственное кормление является актом пыток или жестоким, унижающим достоинство и бесчеловечным обращением и нарушением международного законодательства по правам, а именно Международного пакта о гражданских и политических правах<sup>104</sup> и Конвенции против пыток и жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видах обращения и наказания.<sup>105</sup> Кроме того, принудительное кормление является явным нарушением статьи 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКО) в своем Замечании общего порядка 14 (8), посвященном статье 12 Пакта, заявил, что информированное согласие является ключевым аспектом соблюдения права на здоровье: «*Право на здоровье не следует понимать как право быть здоровым. Право на здоровье включает в себя как свободы, так и права. Свобода включает право контролировать свое здоровье и организм, включая сексуальную и репродуктивную свободу, и право не подвергаться вмешательству, например право не подвергаться пыткам, лечению без согласия и экспериментам. В противоположность этому, права включают правомочие на медицинское обслуживание, которое обеспечивает равные возможности для всех иметь наивысший достижимый уровень здоровья.*»<sup>106</sup>

Однако важно признать, что на международном уровне существуют разногласия относительно принудительного кормления, даже несмотря на то, что в Декларации ВМА четко говорится о том, что врачи не должны применять принудительное кормление заключенного, объявившего голодовку. В ЕСПЧ не было четко заявлено, что принудительное кормление недопустимо при любых обстоятельствах, а в законодательстве некоторых государств, например, в Германии, Франции и Израиле принудительное кормление разрешено.<sup>107</sup>

В 2017 году был проведен подробный обзор литературы, касающейся этических проблем врачей при проведении голодовок в местах лишения свободы, в том числе 23 научных статей из 12 стран по всему миру. Авторы пришли к выводу, что в основном выводы о ситуации в странах, изученных в статьях, не противоречат Мальтийской декларации ВМА. Уход за заключенными, объявившими голодовку, и процедуры кормления остаются сложными этическими проблемами для медицинских работников. Кроме того, ситуация, когда немедицинский персонал вынужден, например, принудительно кормить заключенного, является этически сложной. Хотя процедура может быть несовместима с медицинской этикой, последствия отсутствия медицинских знаний в этой процедуре могут отрицательно сказаться на самочувствии заключенного, увеличить его страдания. Это важно для врачей, работающих с заключенными, объявившими голодовку, которые обязаны всегда стремиться действовать в интересах заключенных и уважать самостоятельность

104 UNOHRC (1966). *International Covenant on Civil and Political Rights*. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, 1966. Available at: <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

105 UN (1984). *UN Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cat.pdf>

106 UNCESCR (2000). *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)*. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000. Available at: <https://www.refworld.org/type,GENERAL,CE-SCR,4538838d0,0.html>

107 See for example the Harvard International Law Journal: <https://harvardilj.org/2016/12/force-feeding-prisoners-on-a-hunger-strike-israel-as-a-case-study-in-international-law/>

их решений и достоинство, где самостоятельность принятия решения должно превосходить по своей значимости благополучие.<sup>108</sup>

Если умственно дееспособный заключенный (что должно быть подтверждено врачом) четко и настойчиво заявляет, что хочет голодать и не хочет, чтобы его искусственно кормили, то врач должен уважать его решение. Психологическое давление не должно применяться, чтобы принудить заключенного прекратить голодовку. Врач должен проинформировать человека о возможных последствиях голодовки для его здоровья, сообщить о возможных непредвиденных последствиях, например, болезнь и недомогание в ходе забастовки, включая психоз или гипогликемия, узнать об отношении голодающего к возможным действиям врача в ходе и после прекращения голодовки. Врач должен ежедневно вести тщательный учет физического и психологического здоровья лица, объявившего голодовку, включая его / ее готовность продолжать забастовку. Врач должен, несмотря на желание заключенного продолжить забастовку, оказывать необходимую паллиативную помощь и лечение от любого заболевания, эквивалентную помощи любому другому пациенту, и обеспечить выполнение назначенного лечения при получении информированного согласия. Врач должен признать, что голодовка может привести к смерти заключенного, и тем не менее необходимо уважать волю человека, способного ясно мыслить, даже тогда, когда он теряет твердость восприятия.

Может возникнуть несколько сложностей, связанных с выполнением врачом своих обязанностей во время голодовки, а именно:

*a. Психическая вменяемость голодающего*

Из общей медицинской документации должно быть ясно, является ли заключенный интеллектуально/умственно здоровым. Если врач, наблюдающий за голодающим, сомневается в этом, необходимо провести повторное обследование у другого независимого врача, предпочтительно психиатра. Необходимость получения второго мнения независимого врача – это общая рекомендация, которую следует применять при голодовке. Также необходимо вести тщательные медицинские записи во время голодовки.

*b. Решение лица принять участие в голодовке под давлением сокамерников или других лиц*

Врач должен объяснить участнику голодовки последствия для его здоровья (см. вставку 8 ниже) и убедиться, что человек понял полученную информацию. Таким образом можно проверить, является ли решение объявить голодовку личным решением голодающего, которое было принято с осознанием риска, например, необратимого неврологического симптома и возможного летального исхода. Если выяснится, что заключенный находится под групповым давлением, врач должен обсудить это с ним и решить, можно ли перевести заключенного в другое место, где такого давления нет. Тем не менее, если решение объявить голодовку принято психически здоровым лицом, имеющим твердое намерение голодать, нельзя применять принудительное кормление. Также второе мнение и обследование другим врачом могут помочь прояснить ситуацию для этого человека и дать возможность подумать еще раз о последствиях забастовки. Если желание продолжать забастовку сохраняется, его следует уважать. Врач должен также обратиться за консультацией и поддержкой, например, в национальную медицинскую ассоциацию, если она действует в данной стране. Оценить влияние группового давления очень сложно, и использование его в качестве аргумента в пользу принудительного кормления означало бы, что любую групповую голодовку можно было бы остановить посредством принудительного кормления, которое является этически неприемлемым.

*c. Если врач вмешивается на поздней стадии забастовки, когда соответствующая информация о способности принятия решений и волеизъявления не задокументирована, однако это еще возможно сделать на данном этапе*

Если врач по прибытии обнаруживает, что его коллеги не выполнили свои обязанности и не задокументировали состояние объявившего голодовку до того, как он уже не в состоянии выразить свое желание голодать, он должен собрать всю имеющуюся информацию от других сотрудников о личности голодающего, его психическом здоровье и ходе голодной забастовки. Если правила ведения документации нарушены и невозможно получить необходимую информацию, необходимо

108 Gulati et al (2017). Hunger strikes in prison: a narrative systematic review of ethical considerations from a physician's perspective. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35(2):1-8 · July 2017. Abstract available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30115194>

проконсультироваться с национальной медицинской ассоциацией, если она имеется в данной стране. Решение о принудительном кормлении может принимать только врач. Руководство и персонал тюрьмы, другие заключенные и семья бастующего никогда не должны участвовать в принятии такого решения.

## **ВСТАВКА 8: ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ГОЛОДНОЙ ЗАБАСТОВКИ**

Голодовка имеет несколько последствий для физического и психологического здоровья, иногда необратимых или смертельных.

*«Человеческий мозг получает энергию из жировых отложений, что позволяет выживать людям с нормальным весом от 2 до 2,5 месяцев, а людям с ожирением – от нескольких месяцев до 1 года. Серьезные медицинские проблемы начинаются при потере веса примерно 18% от первоначальной массы тела у людей, которые продолжают голодать. Голодание опасно для жизни, когда человек теряет более 30% первоначальной массы тела»<sup>109</sup>*

*«При дефиците энергии организм расходует собственные запасы для поддержания уровня глюкозы в крови. Сначала организм использует запасы жира. Затем тело начнет использовать ткани мышц и органов для выработки энергии. Вреден также недостаток соли и витаминов. Во время голодовки, помимо похудения, часто встречаются многие другие симптомы:*

- Ощущение голода вначале, затем потеря аппетита.
- Апатия и раздражительность.
- Головная боль, головокружение, затрудненное вставание и движения инсульт.
- Беспокойство, состояние грусти, бессонница, нарушение концентрации внимания.
- Боль в животе, пептические язвы, тошнота, запор (иногда диарея).
- Очень болезненный нефролитиаз, почечная недостаточность.
- Снижение артериального давления и частоты дыхания.
- Неврологические расстройства: паралич конечностей, слепота, кома.
- Смерть в результате неврологических, сердечных, легочных или почечных проблем и пр.
- Отказ организма принимать пищу и воду.
- Сонливость, неврологические расстройства.
- Сердечные или легочные заболевания
- Смерть.»<sup>110</sup>

*«У голодающего симптомы возникают в несколько этапов. Иногда после короткого периода эйфории и хорошего самочувствия голодающий начинает испытывать симптомы слабости и головокружения, нарушающие душевное равновесие. Боль в животе – обычное явление. Поскольку механизмы возникновения голода и жажды нарушены, наступает общее истощение.»<sup>111</sup>*

*«Эмоциональная неустойчивость возникает на поздних этапах голодания и приводит к нарушениям психологического характера. Во время этой наиболее неприятной фазы голодания возникают рвота и трудности с проглатыванием воды. Начиная с 40-го дня, появляется прогрессирующая астения, спутанность сознания и сонливость. В конечном итоге наступает потеря слуха, слепота, кровотечение и смерть от сердечно-сосудистой недостаточности и аритмии.»<sup>112</sup>*

109 Cahill (1970). Starvation in man. *N Engl J Med.* 1970;282(12):668-675. Available at: <http://garfield.library.upenn.edu/classics1991/A1991FT75900001.pdf>

110 Getaz et al. (2012). Hunger strike among detainees: guidance for good medical practice. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13675. Available at: <https://smw.ch/article/doi/smw.2012.13675>

111 Kerndt et al (1982). Fasting: the history, pathophysiology and complications. *West J Med.* 1982;137(5):379- 399. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1274154/pdf/westjmed00207-0055.pdf>

112 Crosby et al (2007). Hunger Strikes, Force-feeding, and Physicians' Responsibilities. *The Journal of the American Medical Association.* September 2007. Available for download at: [https://www.researchgate.net/publication/6171973\\_Hunger\\_Strikes\\_Force-feeding\\_and\\_Physicians'\\_Responsibilities](https://www.researchgate.net/publication/6171973_Hunger_Strikes_Force-feeding_and_Physicians'_Responsibilities)

Наконец, следует сказать о возобновлении питания заключенных, объявивших голодовку. Люди, объявившие голодовку, страдают недостатком витаминов и электролитов. Это создает серьезный риск возникновения синдрома возобновления питания, потенциально фатального состояния с метаболическими нарушениями, ведущими к сердечным, легочным и неврологическим симптомам, и поэтому возобновление питания должно проводиться со всей осторожностью.<sup>113</sup> В 2006 году Национальным институтом здравоохранения и клинического мастерства (NICE) в Англии и Уэльсе были опубликованы рекомендации по синдрому возобновления питания. Чтобы обеспечить адекватную профилактику, руководство NICE рекомендует проводить тщательную оценку перед началом возобновления питания. Они рекомендуют начинать возобновление питания с не более 50% потребности в энергии «пациентам, которые мало ели или ничего не ели более 5 дней». Затем показатель может быть увеличен, если при клиническом и биохимическом мониторинге не будет обнаружено проблем с возобновлением питания.»<sup>114</sup>

### **Методология проведения мониторинга**

Перед посещением наблюдатель должен ознакомиться с национальным законодательством и правилами пенитенциарной системы в отношении голодовок, а также запросить существующие инструкции для персонала учреждения. Оценка подхода тюремной (медицинской) службы к голодовкам должна основываться на этих документах, на информации, полученной во время интервью, и на практическом подходе медчасти, который задокументирован в медицинских картах участников голодовки.

Если голодовка в месте содержания под стражей проводится по моральным, политическим или философским соображениям, она обычно выходит за границы ответственности тюрьмы. В таком случае наблюдателям за охраной здоровья редко бывает уместно вмешиваться в причины возникновения конфликта. Однако, если голодовка вызвана проблемами в тюрьме, наблюдатели могут изучить глубинные проблемы также, как они оценивают любые другие проблемы. Наблюдатели должны сохранять нейтралитет и объективность, учитывая политический характер конфликта.

Проводя интервью с заключенными, можно сосредоточиться на истории любой недавней голодовки, которая проводилась в учреждении. Заключенного также можно было спросить о последствиях голодовки и о том, как отреагировали на забастовку в учреждении. Если есть заключенные, объявившие голодовку во время контрольного посещения, или заключенные, которые ранее объявляли голодовку, наблюдатель должен стремиться побеседовать с этими заключенными, если это возможно.

Медицинским работникам можно задать вопрос об их роли при голодной забастовке, а также о том, были ли в прошлом случаи принудительного или искусственного кормления заключенных, и как они оценивают целесообразность принятых мер.

Интервью с тюремными охранниками должны в первую очередь быть сосредоточены на описании хода голодовки, которая имела место в учреждении, ее предыстории и последствиях. Их также можно спросить об их роли, если таковая имеется, при голодной забастовке.

Проводя интервью с представителями администрации, необходимо выяснить общий подход к голодовкам в исправительном учреждении. Руководство пенитенциарного учреждения могло бы подробнее рассказать о своей роли в ситуации голодовки и о том, изменилось ли что-нибудь в учреждении в результате голодовки.

Наблюдения в основном актуальны, когда есть заключенные, объявившие голодовку, во время контрольного посещения. Таким образом, наблюдения могут дать представление об условиях, в которых содержатся заключенные, объявившие голодовку, и об обращении с ними.

Обзор документации должен в первую очередь быть направлен на проверку медицинских карт заключенных, которые объявили или участвовали в голодовке, а также на том, имеются ли какие-либо инструкции для (медицинского) персонала о том, как действовать во время голодовки.

---

113 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. Copenhagen, Denmark. Available at: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

114 NICE (2006). *Guidelines - Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*. National Institute for Health and Care Excellence, UK, 2006. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32>

В процессе разработки заключения и рекомендаций необходимо проводить сопоставление информации, полученной из различных источников.

### **Дополнительные материалы**

ECHR (2015). *Hunger strikes in detention*. European Court of Human Rights. Available at: [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Hunger\\_strikes\\_detention\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Hunger_strikes_detention_ENG.pdf)

NICE (2006). *Guidelines - Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*. National Institute for Health and Care Excellence, UK, 2006. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32>

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. Copenhagen, Denmark. Available at: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

WMA (1991, rev. 2017). *WMA Declaration on Hunger Strikes ('Malta Declaration')*. World Medical Association. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/>

WMA (1975). *WMA Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment ('Tokyo Declaration')*. World Medical Association. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/>

### 3.14. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний

Укрепление здоровья, по определению Всемирной организацией здравоохранения – это «процесс создания возможности усиления контроля общества и индивидуумов над факторами, определяющими здоровье, что должно позволить достичь устойчивых результатов в его улучшении.»<sup>115</sup>

Профилактика заболеваний отличается от укрепления здоровья тем, что в ней особое внимание уделяется усилиям, направленным на снижение частоты развития и тяжести заболеваний. ВОЗ определяет его как «специфические, ориентированные на население и индивидуумов вмешательства для первичной и вторичной (для ранее выявленных заболеваний) профилактики, направленные на минимизацию бремени болезней и связанных с ними факторов риска... Первичная профилактика относится к действиям, направленным на предотвращение проявления болезни... Вторичная профилактика связана с ранним обнаружением симптомов для увеличения шансов на улучшение состояния здоровья.»<sup>116</sup>

#### Актуальность превентивного мониторинга

Отсутствие инициатив по укреплению здоровья и профилактике заболеваний в местах содержания под стражей может в некоторых случаях приравниваться к жестокому обращению, например, когда заключенный заражается инфекционным заболеванием, таким как ВИЧ или гепатит, из-за отсутствия мер, у него развивается заболевание легких или прогрессирует из-за пассивного курения.

В Европейский суд по правам человека поступило множество дел, косвенно связанных с отсутствием мер по укреплению здоровья и профилактике заболеваний в месте содержания под стражей. Некоторые из них были признаны нарушением статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания»), например, следующие:

*Элефтериадис против Румынии, от 25 января 2011 г. Заявитель, страдающий хроническим заболеванием легких, в настоящее время отбывает наказание в виде пожизненного заключения. В период с февраля по ноябрь 2005 г. его поместили в камеру с двумя курящими заключенными. В залах ожидания судов, куда его несколько раз вызывали в период с 2005 по 2007 г., его также держали вместе с заключенными, которые курили. Заявитель также утверждал, что был подвергнут пассивному курению при транспортировке между тюрьмой и судом.*

*Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 (запрещение бесчеловечного или унижающего достоинство обращения) Конвенции, отметив, в частности, что государство обязано принимать меры для защиты заключенного от вредного воздействия пассивного курения, когда, как в случае с заявителем, медицинский осмотр и консультации врачей показали, что это было необходимо по состоянию здоровья. В данном деле имелась*

*возможность держать заявителя отдельно от курящих заключенных, учитывая, что в тюрьме была камера, где содержались только некурящие. Кроме того, после периода, в течение которого заявитель содержался в камере с курящими, в медицинских справках, выданных несколькими врачами, было зафиксировано ухудшение его респираторного состояния и возникновение нового заболевания, а именно хронического обструктивного бронхита. Что касается того факта, что он содержался в залах ожидания суда с заключенными, которые курили, даже если предположить, что это было непродолжительное время, это противоречило рекомендациям врачей избегать курения или воздействия табачного дыма. Тот факт, что заявителя в конечном итоге поместили в камеру с некурящим, по всей видимости, был обусловлен наличием мест в тюрьме, где он содержался в то время, а не требованиями национального законодательства по отдельному содержанию курящих и некурящих. Таким образом, этот факт не указывает на то, что заявитель и далее будет находиться в благоприятных условиях в той тюрьме, где он содержится, если в будущем свободных мест не окажется.<sup>117</sup>*

115 [https://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](https://www.who.int/topics/health_promotion/en/)

116 <http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>

117 ECHR (2019). *Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, 2019. Available at : [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

## Международные стандарты и руководства

Право заключенных на здоровье эквивалентно праву на здоровье людей, живущих в обществе, и это право включает право на укрепление здоровья и профилактику заболеваний. Это изложено в международном праве, например в статье 11 Европейской социальной хартии:

«Статья 11 - Право на охрану здоровья

*В целях обеспечения эффективного осуществления права на охрану здоровья Стороны обязуются, напрямую или в сотрудничестве с государственными или частными организациями, принимать соответствующие меры, направленные, в частности, на:*

1. *устранение, насколько это возможно, причины нарушения здоровья;*
2. *предоставление возможности получать консультации и обучение для укрепления здоровья и поощрение индивидуальной ответственности в вопросах здоровья;*
3. *по мере возможности предотвращать эпидемические, эндемические и другие заболевания, а также несчастные случаи.»<sup>118</sup>*

В нескольких правилах, декларациях, резолюциях и программных документах международных организаций и органов, включая Всемирную организацию здравоохранения и Совет Европы, подчеркивается обязанность администрации тюрем обеспечивать профилактическую медицинскую помощь в местах заключения, особенно в отношении ВИЧ и гепатита С, а также эпидемий.<sup>119</sup>

Как неоднократно упоминалось в данном руководстве, заболеваемость среди заключенных выше, чем в аналогичных по возрасту группах населения в обществе. Более того, тюремная среда в целом менее здоровая, чем за пределами тюрьмы, в том числе потому, что заключенные живут в тесном контакте друг с другом, продолжают употреблять запрещенные наркотики и часто введения наркотиков происходит небезопасным способом, а возможности для физической активности ограничены. Следовательно, возрастает потребность в укреплении здоровья и профилактике заболеваний.

Укрепление здоровья – «процесс предоставления людям возможности усилить контроль над своим здоровьем и улучшить его». Он включает медицинскую информацию и обучение, которые имеют жизненно важное значение для укрепления здоровья, в том числе в местах лишения свободы. Укрепление здоровья направлено на изменение отношения к вопросам здоровья индивидуумов, групп, а также самого учреждения с целью улучшения здоровья населения. Оттавская хартия укрепления здоровья, принятая ВОЗ в 1986 году, определяет пять важнейших направлений деятельности по укреплению здоровья:

1. Развитие личных навыков укрепления здоровья;
2. Создание благоприятной среды;
3. Усиление действий сообщества в интересах укрепления здоровья;
4. Переориентация служб здравоохранения;
5. Формирование здоровой государственной политики.<sup>120</sup>

Всемирная организация здравоохранения заявляет, что необходимы более активные усилия для создания тюремных политик, способствующих укреплению здоровья, что включает следующее:

118 CoE (1996). *European Social Charter (revised)*. Council of Europe, Strasbourg, 1996. Available at: <https://rm.coe.int/168007cf93>

119 CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1)

120 WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization, Geneva. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1)

- Медицинские услуги, эквивалентные тем, что предоставляется в стране в целом;
- Снижение риска для здоровья до минимума;
- Уважение достоинства и прав каждого заключенного.<sup>121</sup>

В своей публикации «Тюрьмы и здоровье» Европейское региональное бюро ВОЗ пропагандирует укрепление здоровья и профилактику заболеваний в местах содержания под стражей в качестве «целостного тюремного подхода.» Этот подход основан на трех ключевых элементах:

1. Осуществление политики, которая способствует укреплению здоровья заключенных и персонала (например, политика в отношении курения или поощрение физических упражнений);
2. Благоприятные для здоровья условия и режим в месте содержания под стражей; а также
3. Обучение соблюдению санитарных правил, профилактика заболеваний и другие инициативы по укреплению здоровья, направленные на удовлетворение медицинских потребностей в месте содержания под стражей.<sup>122</sup>

Вышесказанное ясно показывает, что укрепление здоровья и профилактика заболеваний являются обязанностью не только тюремной службы здравоохранения, но и лиц, определяющих политику тюремного учреждения, руководства тюрьмы, тюремного персонала и медработников тюрьмы. Зная факторы риска и патологии среди заключенных, можно определить конкретные действия по укреплению здоровья и профилактике (распространению) болезней в местах заключения. В этом отношении инфекционные заболевания, такие как ВИЧ / СПИД, гепатит В / С и туберкулез, являются яркими примерами из-за их относительно высокой распространенности в местах заключения и высокого риска распространения этих заболеваний среди других в учреждении при отсутствии эффективной стратегии укрепления здоровья и профилактики заболеваний, таких как доступность опиоидной заместительной терапии и программы обмена игл и шприцев (см. также главу о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ в Разделе 5).<sup>123</sup>

Инициативы по укреплению здоровья и профилактике заболеваний не могут быть полностью аналогичны тем, которые доступны в обществе в целом, но должны быть адаптированы к тюремному контингенту и конкретным формам поведения повышенного риска, преобладающим в местах содержания под стражей, включая совместное использование приборов, небезопасное инъекционное употребление наркотиков, нанесение татуировок, небезопасные сексуальные отношения. Действия по сокращению небезопасных половых отношений включают, прежде всего, бесплатную раздачу

презервативов. В различных странах наблюдается положительный эффект раздачи презервативов. Например, в США исследование, посвященное оценке воздействия установки автомата для выдачи презервативов в тюрьме в Калифорнии, показало, что сексуальная активность не увеличилась, не возникло новых сложностей в работе с заключенными, а принятие персоналом доступа к презервативам для заключенных возросло.<sup>124</sup> Исследование, проведенное Доланом и соавторами в 2004 году в Австралии, показало, что доступность презервативов ведет к снижению рискованного поведения, что свидетельствует о том, что доступность презервативов действительно может помочь снизить передачу ВИЧ и других заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП) в тюрьмах.<sup>125</sup>

121 [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99018/E90174.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf)

122 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1)

123 UNODC/WHO/UNAIDS (2008). *HIV and AIDS in places of detention. A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organizations and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008. Available at: [http://www.who.int/hiv/pub/idu/detention\\_toolkit.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/pub/idu/detention_toolkit.pdf?ua=1)

124 Sylla, Harawa and Reznick (2010). The First Condom Machine in a US Jail: The Challenge of Harm Reduction in a Law and Order Environment. *Am J Public Health*, 2010 June; 100(6): 982–985. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866591/>

125 Dolan, Lowe, Shearer (2004). Evaluation of the condom distribution program in New South Wales prisons, Australia. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32: 124-128.



Другое исследование, проведенное в Австралии в 2015 году, также показало, что презервативы эффективно снижают уровень ЗППП в тюрьмах.<sup>126</sup>

Укрепление здоровья и профилактику заболеваний в местах содержания под стражей следует рассматривать как комплекс мероприятий в рамках пяти категорий, определенных Всемирной организацией здравоохранения относительно улучшения здоровья в местах содержания под стражей, и как образ мышления, подразумевающий, что здоровье в местах содержания под стражей является неотъемлемой частью общественного здравоохранения, способствующей улучшению здоровья всего населения.

Хотя персонал тюрьмы в целом несет ответственность за укрепление здоровья и профилактику заболеваний, всегда особая роль принадлежит тюремным медицинским работникам, которые обязаны защищать физическое и психическое здоровье заключенных, включая профилактику и лечение заболеваний, пропаганду здорового образа жизни, поведения и условий содержания (см. правило Нельсона Манделы 35). В некоторых странах стандарты по укреплению здоровья и профилактике заболеваний являются частью национальных стандартов медицинского обслуживания в местах заключения.

В нескольких странах были проведены акции по укреплению здоровья заключенных. Например, Дьяченко и др. опубликовал в 2015 году обзор литературы о прекращении курения среди заключенных мужчин в Австралии. Основываясь на 12 исследованиях, включенных в обзор, авторы заявляют, что в тюрьмах широко распространена культура поощрения курения, и что многие заключенные продолжают курить, несмотря на официальный запрет. Однако они также заявляют, что стратегии отказа от курения могут быть успешными, если они будут осуществляться систематически и поддерживаться последовательной политикой.<sup>127</sup>

Обзор Сантора и соавторов о норвежской политике укрепления здоровья в тюрьмах в 2014 г., продемонстрировал эффективное участие норвежских властей в укреплении здоровья посредством профилактических мер, применяемых в тюрьмах. Эти меры базируются на основных целях политики в области здравоохранения, полагающей в «здоровье во всех сферах государственной политики», направленных на сокращение социального неравенства в отношении здоровья населения.<sup>128</sup> Тот факт, что в Норвегии ответственность за охрану здоровья в тюрьмах лежит на Министерстве здравоохранения, несомненно, является благоприятным фактором в обеспечении укрепления здоровья в тюрьмах.

Особое внимание следует уделять рискам для здоровья, которым заключенные могут подвергаться в тюремных условиях, и тому, как с ними обращаются. Это включает, например, риск самоубийства, насилия, угрозы психическому здоровью во время одиночного заключения, пытки и жестокое обращение, а также инфекционные заболевания. Защита от серьезных инфекционных заболеваний – это право заключенных, и эффективность процедур обследования и медицинского вмешательства медработниками имеет большое значение. Национальные программы общественного здравоохранения, такие как профилактика, лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и психическим здоровьем должны применяться в условиях тюрем, и должны существовать программы по борьбе с наркозависимостью, включая программы снижения вреда от употребления наркотиков и опиоидную заместительную терапию.

Медицинские работники в местах содержания под стражей должны уделять особое внимание влиянию факторов окружающей среды в месте заключения на здоровье заключенных (см. Правило Нельсона Манделы 35). В их обязанности входит консультировать руководство тюрьмы о негативном воздействии на здоровье определенных факторов окружающей среды, таких как плохая вентиляция и плохая санитария (см. также Раздел 4 о факторах здоровья в тюрьмах), о необходимых мерах по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, должны инициировать и

---

126 Scott et al (2015). Modelling the Impact of Condom Distribution on the Incidence and Prevalence of Sexually Transmitted Infections in an Adult Male Prison System. *PLoS One*. 2015; 10(12). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4691199/>

127 Djachenko et al. (2015). Smoking cessation in male prisoners: a literature review. *International Journal of Prison Health*. 2015;11(1):39-48. Abstract available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25751706>

128 Santora et al. (2014). Health promotion and prison settings. *International Journal of Prison Health*. 2014;10(1):27-37. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/260930972\\_Health\\_promotion\\_and\\_prison\\_settings](https://www.researchgate.net/publication/260930972_Health_promotion_and_prison_settings)

гарантировать создание безопасных и как можно более здоровых условий жизни для заключенных. Они также играют ключевую роль в санитарном просвещении заключенных, например в вопросах гигиены и отказа от курения.

Проблемы часто связаны с условиями содержания в тюрьмах, такими как переполненность, курение и небезопасное употребление наркотиков, а также с вредными привычками заключенных и очень низким уровнем их санитарного образования. Важно, чтобы все, кто работает в местах лишения свободы, включая руководство тюрьмы, тюремный медицинский персонал и тюремную охрану, осознавали важность укрепления здоровья и профилактики заболеваний на благо заключенных, но также и в интересах здравоохранения общества.

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатели должны быть проинформированы о национальных нормах укрепления здоровья и профилактики заболеваний, чтобы определить, соблюдаются ли они в местах содержания под стражей.

Во время контрольного посещения наблюдатель должен использовать все доступные ему источники информации, включая интервью с заключенными, тюремным медицинским персоналом, тюремными охранниками и администрацией тюрьмы, наблюдения и документацию, чтобы должным образом оценить то, как в учреждении проводится политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

Интервью с заключенными даст представление об их осведомленности о профилактике заболеваний и укреплении здоровья, например, можно спросить, получили ли они какую-либо информацию о том, как предотвратить заболевание/улучшить свое здоровье при приеме в учреждение, например, о наличии презервативов, чистых игл и шприцев и инициативах по борьбе с курением.

Интервью с тюремным медицинским персоналом дадут представление о наиболее серьезных угрозах здоровью в учреждении и о том, как организована борьба с ними с точки зрения профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Медицинский персонал тюрьмы также можно спросить, есть ли в учреждении стратегия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний и проводятся ли какое-либо мероприятия по санитарному просвещению заключенных.

Тюремные охранники смогут проинформировать наблюдателя об инициативах по укреплению здоровья, которые могли проводиться в учреждении, а также о принимаемых мерах по снижению вредного воздействия, таких как бесплатный доступ к презервативам или чистым иглам и шприцам, и о том, как эти меры действуют на практике.

Наблюдатель должен задать вопросы руководству тюрьмы об общей политике и стратегиях учреждения в отношении укрепления здоровья и профилактики заболеваний, а также об основных проблемах.

В течение всего контрольного визита наблюдатель должен обращать внимание на наличие плакатов, листовок, брошюр и т.д. с информацией об укреплении здоровья и профилактике заболеваний.

Из таких документов, как медицинские журналы, можно узнать, имеют ли заключенные информацию об угрозе общественному здоровью. Наблюдатель также может проверить, доступны ли письменные инструкции для тюремного медицинского персонала и/или охранников по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

В процессе формирования выводов и рекомендаций наблюдатель должен сопоставлять информацию, полученную из различных источников.

### **Дополнительные материалы**

Niveau (2006). Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review. *Public Health* 2006 Jan;120(1):33-41. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003335060500154X>

Santora et al. (2014). Health promotion and prison settings. *International Journal of Prison Health*. 2014;10(1):27-37. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25763982/>

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1)

### 3.15. Паллиативная медицинская помощь

Паллиативная помощь – это междисциплинарный подход к специализированной медицинской помощи людям на последних стадиях неизлечимых заболеваний. Основная цель паллиативной помощи - улучшить качество жизни человека. Паллиативная помощь состоит из обеспечения больного необходимыми лекарствами, а также ухода за ним с уважением его достоинства.

Всемирная организация здравоохранения определяет паллиативную помощь как «подход, который улучшает качество жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемой, связанной с опасным для жизни заболеванием, посредством предотвращения и облегчения страданий при помощи раннего выявления и правильной диагностики и лечения, облегчения боли и других физических, психосоциальных и духовных сложностей.»<sup>129</sup>

Паллиативная помощь часто недостаточна или вообще отсутствует в местах заключения, и поэтому заключенные на более поздних стадиях заболевания, угрожающего жизни, часто переводятся в больницу или специализированное отделение. Однако желательно, чтобы человека освободили из соображений сострадания, чтобы он мог быть с семьей и друзьями, и чтобы ему была предоставлена паллиативная помощь в обществе, если семья имеет желание и ресурсы для ухода за человеком и если ему будут легко доступны услуги общественного здравоохранения.

#### Актуальность профилактического мониторинга

Отсутствие паллиативной помощи на последней стадии заболевания, ограничивающего жизнь, может быть равносильно жестокому обращению. Паллиативная помощь направлена на облегчение физических и психических симптомов и стресса. Когда, например, заключенный, страдающий раком, испытывает острую физическую боль и не получает паллиативной помощи, включая обезболивающие препараты, это явный пример жестокого обращения. Кроме того, к жестокому обращению приравнивается отсутствие помощи в соблюдении личной гигиены.

В нескольких делах, связанных с отсутствием ухода за тяжелобольными заключенными, Европейский суд по правам человека обнаружил нарушения статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания»). Ниже приводится пример дела, признанного Судом нарушающим статью 3 (а также две другие статьи Конвенции):

*Гулай Кетин против Турции, от 5 марта 2013 г. Заявитель подала жалобу на то, что ее держали в тюрьме вначале в ожидании суда, а затем после ее осуждения за убийство, несмотря на то, что она страдала от рака на поздней стадии. В частности, она утверждала, что власти отказались освободить ее в ожидании суда, приостановить ее содержание под стражей или предоставить президентское помилование, и утверждала, что это усугубило ее физические и психические страдания. Она умерла от болезни в тюремной палате больницы, и ее отец, мать, сестра и брат продолжали дело, возбужденное ею в ЕСПЧ.*

Суд отметил, что в соответствии со статьей 3 («никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания») Конвенции состояние здоровья заключенных иногда требует принятия гуманитарных мер, особенно когда возникал вопрос о продолжении содержания под стражей лица, состояние которого несовместимо с тюремной средой. В настоящем деле Суд пришел к выводу, что условия содержания заявителя под стражей как до, так и после ее окончательного осуждения были равносильны бесчеловечному и унижающему достоинство обращению в нарушение статьи 3, и что она подвергалась дискриминации в этом отношении, пока находилась в камере предварительного заключения, где она не имела права на меры защиты, применимые к осужденным заключенным, страдающим серьезными заболеваниями, в нарушение статьи 3 в совокупности со статьей 14 (запрет дискриминации) Конвенции. Наконец, Суд рекомендовал в соответствии со статьей 46 (обязательная сила и исполнение судебных решений), чтобы турецкие власти приняли меры для защиты здоровья заключенных с неизлечимыми

129 See the WHO website on palliative care: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

заболеваниями, независимо от того, находятся ли они под стражей до суда или после окончательного осуждения.<sup>130</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Опубликовано множество руководств по паллиативной помощи как международными организациями, такими как Всемирная организация здравоохранения и Европейская ассоциация паллиативной помощи, так и национальными организациями.

В 2004 г. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения выпустило публикацию «Достоверные факты. Паллиативная помощь». В этой публикации ВОЗ подчеркивает, что «некоторые уязвимые группы в обществе имеют неудовлетворенные потребности, и необходимо обеспечить равный доступ к паллиативной помощи хорошего качества для всех». К уязвимым группам, упомянутым в публикации, относятся заключенные.<sup>131</sup> В том же году Всемирная организация здравоохранения опубликовала Глобальный атлас паллиативной помощи в конце жизни.<sup>132</sup>

В 2010 году Европейская ассоциация паллиативной помощи (ЕАРС) выпустила документ «Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе».<sup>133</sup> ЕАРС поддерживает следующие рекомендации, выпущенные ВОЗ в 2004 году:

- Признать последствия старения населения для общественного здравоохранения;
- Провести качественный аудит услуг паллиативной помощи;
- Финансировать разработку основных наборов данных;
- Финансировать аудит и методы повышения качества паллиативной помощи, поощрять участие медицинских организаций;
- Обеспечивать адекватное финансирование, вознаграждение и поддержку оказания многопрофильных услуг;
- Гарантировать достаточное количество часов, посвященных изучению паллиативной медицины при обучении медицинских работников, обеспечивать поддержку специалистов в получении новейшей информации;
- Не следовать стереотипам, которые ограничивают оказание паллиативной помощи пожилым людям, когда они в ней нуждаются.

Хотя приведенные выше стандарты и руководящие принципы не предусматривают особого внимания к паллиативной помощи в местах заключения, они должны применяться в тюрьмах так же, как и в обществе в целом. (см. Принцип эквивалентности помощи).

Европейский комитет по предупреждению пыток (ЕКПП) указывает в стандартах ЕКПП (стандарт 70), что:

*« типичными примерами таких заключенных являются те, которые находятся на последних стадиях заболевания со смертельным исходом, страдают серьезным заболеванием, которое не подлежит лечению в тюремных условиях, имеют серьезные инвалидность или находятся в пожилом возрасте. Продолжительное содержание таких людей в тюрьме может создать для них невыносимые условия. В подобных случаях тюремный врач должен подать отчет в ответственный орган с целью принятия соответствующих альтернативных мер.»*

В Правилах Нельсона Манделы нет указаний относительно оказания паллиативной помощи.

---

130 European Court of Human Rights (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

131 WHO/Europe (2004). *The solid facts. Palliative care*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98418/E82931.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf)

132 WHO (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. World Health Organization, Geneva, 2014. Available at: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

133 EAPC (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Recommendations from the European Association for Palliative Care*. European Journal of Palliative Care, 2010; 17(1). Available at: <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf>

Право на качественный уход в конце жизни должно быть признано одним из основных прав человека. Смертельно больные заключенные, если они пользуются поддержкой семьи или друзей в обществе, в принципе должны быть освобождены из соображений сострадания, чтобы они могли достойно умереть дома в окружении семьи или друзей, или в доме престарелых, больнице или хосписе. Однако во многих странах освобождение из сострадания по причине неизлечимой болезни, не применяется по различным причинам. Мониторинговая группа всегда должна рекомендовать такой подход и его надлежащее выполнение.

Согласно исследованию, проведенному в 2014 году, мало что известно о том, в какой степени паллиативная помощь доступна в рамках системы охраны здоровья в тюрьмах во всем мире.<sup>134</sup> Большинство имеющихся исследований проводилось в США и Великобритании. На основе этих исследований авторы выявили позитивные элементы, включая использование заключенных-добровольцев, многопрофильных команд, обучение персонала и партнерские отношения с местными хосписами. Препятствия, возникающие для оказания паллиативной помощи в тюрьмах, включают моральные проблемы, связанные опекой или уходом, отсутствием доверия между персоналом и заключенными, проблемы безопасности, опасения по поводу потенциального злоупотребления заключенными обезболивающими препаратами, а также пассивное отношение руководства учреждения, персонала и общества по отношению к неизлечимо больным заключенным и их праву на здоровье в форме сострадательной и паллиативной помощи, включая применение законов об освобождении из сострадания. Авторы пришли к выводу, что необходимы дополнительные исследования для документирования нарушений прав человека, а также доказательной практики оказания паллиативной помощи и помощи в конце жизни в тюрьмах.<sup>135</sup>

В США и Великобритании паллиативная помощь все чаще оказывается доступной в местах лишения свободы. В США около 70 тюрем имеют отделения хосписов, тесно связанные с хосписами в обществе. Доказано, что эти хосписы обеспечивают рациональную с точки зрения ресурсов и высококачественную помощь в конце жизни, но остается ряд проблем, в том числе в отношении надлежащего использования волонтеров в тюремных хосписах, доверия между пациентами и медицинским персоналом, использования наркотиков для снятия боли и механизмов поддержки, доступных заключенным, принимающим решения о продлевающей жизнь лечении. В Великобритании паллиативная помощь в тюрьмах, предоставляемая медработниками, проводится согласно общим правилам оказания помощи тяжелобольным.<sup>136</sup> Хотя этот вариант лучше, чем если бы помощь не оказывалась, все же наиболее предпочтительным вариантом всегда будет освобождение пациента из соображений сострадания.

### **Методология проведения мониторинга**

В ходе проведения мониторинга наблюдатель должен использовать все имеющиеся источники информации, включая интервью с заключенными, руководством тюрьмы, тюремным медицинским персоналом и тюремными охранниками, наблюдения и документацию, чтобы оценить, как учреждение работает с тяжелобольными заключенными и как оказывается паллиативная помощь.

Наблюдатель должен спросить руководство тюрьмы об общих процедурах и практиках в учреждении в отношении неизлечимо больных заключенных. Например, можно задать следующие вопросы: разрешено ли неизлечимо больным заключенным встречаться с членами семьи и друзьями чаще, чем другим заключенным, могут ли заключенные с неизлечимой болезнью в последний период их жизни быть освобождены из соображений сострадания.

При опросе заключенных наблюдатель должен стремиться включить интервью по крайней мере с одним смертельно больным заключенным, если это возможно и морально оправдано. Например, вопросы могут быть направлены на оказываемый уход и лечение в тюрьме, а также на помощь

---

134 Mashi, Marmo and Han (2014). Palliative and end-of-life care in prisons: a content analysis of the literature. *International Journal of Prison Health*, 2014;10(3):172-97. Summary available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25764177>

135 Mashi, Marmo and Han (2014). Palliative and end-of-life care in prisons: a content analysis of the literature. *International Journal of Prison Health*, 2014;10(3):172-97. Summary available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25764177>

136 Stone, Papadopoulos and Kelly (2011). Establishing hospice care for prison populations: an integrative review assessing the UK and USA perspective. *Palliative Medicine*, 2011, 26(8):969-978. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216311424219>

и поддержку, которые они получают от тюремных охранников (и заключенных). Их также можно спросить об их возможностях общения с родственниками.

Интервью с тюремным медицинским персоналом предоставят наблюдателю дополнительную информацию об уходе и лечении, доступном для неизлечимо больных пациентов. Например, их можно спросить, какое лечение и уход им предоставляются и есть ли проблемы, связанные с оказанием паллиативной помощи в учреждении. Их также можно спросить, есть ли в случае необходимости возможность получить консультацию у специалистов по паллиативным вопросам.

Тюремные охранники могут, например, подробно рассказать о своей роли в оказании помощи и поддержки неизлечимо больным заключенным, и о том, получают ли такие заключенные быстрый доступ к врачу-специалисту, когда это необходимо. Их также можно спросить, оказывают ли помощь другие заключенные.

Наблюдения должны быть сосредоточены на размещении неизлечимо больных заключенных, например, можно увидеть, соответствуют ли они стандартам гигиены, постельного белья, температуры и освещения. Наблюдатель также может проверить, существует ли «система вызова неотложной помощи», доступная пациенту.

Из документов можно выяснить, например, какие существуют руководства по уходу за неизлечимо больными заключенными, из медицинских карт можно узнать, что задокументировано в отношении паллиативной помощи.

В процессе формирования выводов и рекомендаций наблюдатель должен сопоставить информацию, полученную из различных источников.

## **Дополнительные материалы**

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

EAPC (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Recommendations from the European Association for Palliative Care*. European Journal of Palliative Care, 2010; 17(1). Available at: <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf>

WHO (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. World Health Organization, Geneva, 2014. Available at: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

WHO/Europe (2004). *The solid facts. Palliative care*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98418/E82931.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf)

## РАЗДЕЛ 4: МОНИТОРИНГ ТЮРЕМНЫХ ФАКТОРОВ ЗДОРОВЬЯ

### 4.1. Вступление

Тюремные факторы, влияющие на здоровье заключенных – это факторы в местах лишения свободы, которые прямо или косвенно влияют на здоровье людей, находящихся в таком месте. Они охватывают широкий круг вопросов: от условий содержания, например, наличие доступа к удобствам и средствам гигиены, до обращения с заключенными, например, режим дня, физические занятия и применение дисциплинарных мер.

Условия содержания в тюремных учреждениях во всем мире сильно различаются. Прежде всего с огромными проблемами сталкиваются развивающиеся страны из-за переполненности и плохих условий содержания в тюрьмах, которые часто обусловлены острой нехваткой ресурсов. Нехватка продовольствия и крайне низкий уровень санитарно-гигиенических условий часто способствуют распространению заболеваний и общему ухудшению состояния здоровья заключенных.

Во многих странах (особенно с низким уровнем дохода) переполненность тюрем и нехватка продовольствия и товаров представляют собой постоянную и серьезную проблему, которая очень сильно усложняет жизнь в тюрьмах. Это служит основой для черного рынка, на котором у удобств и товаров есть своя цена, а некоторые заключенные находятся в гораздо лучших условиях, чем другие. Важно, чтобы наблюдатели знали о таких механизмах, которые могут привести как к грубым нарушениям прав заключенных, так и к насилию.

Обращение с заключенными также сильно различается и иногда зависит от условий содержания в тюрьме. Например, если тюремное учреждение сильно переполнено, может стать труднее предложить заключенным ряд повседневных занятий и работы в силу банальной нехватки места и/или имеющихся ресурсов. При этом условия содержания в тюрьме никогда не должны служить оправданием плохого обращения, поскольку какими бы плохими ни были условия, администрация тюрьмы обязана предоставлять различные виды лечения, которые будут уважительными к заключенному и соответствовать международным стандартам. Это же касается и культуры учреждения, которая является отражением таких условий.

Как отмечается в ряде международных стандартов, все заключенные имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья, обеспечивающий ему/ей достойные условия жизни, что предполагает наличие условий и лечения, которые будут максимально благоприятствовать их здоровью. Для того чтобы государство соблюдало свое обязательство уважать человеческое достоинство заключенного и выполнять свою обязанность по проявлению заботы, необходимо выполнять определенные базовые требования, включая минимальные стандарты в отношении условий содержания, санитарных условий, одежды и постельных принадлежностей, питания и физических упражнений.

#### **Международные стандарты и руководства**

Многие положения Правил Нельсона Манделлы прямо или косвенно касаются здоровья. Правила Нельсона Манделлы уделяют большое внимание тюремным факторам, влияющим на здоровье заключенных. В частности, правило 42 гласит, что: *«Общие условия содержания, рассматриваемые в настоящих правилах, в том числе условия, связанные с освещением, вентиляцией, температурой, санитарией, питанием, обеспечением питьевой водой, доступом к прогулкам во дворе и занятиям физическими упражнениями, личной гигиеной, охраной здоровья и выделением необходимого личного пространства, должны распространяться на всех заключенных без каких-либо исключений».*

Существуют следующие элементы Правил Нельсона Манделлы, которые имеют самое непосредственное отношение к здоровью:



- Помещения (правило 13)
- Чистота (правило 18)
- Одежда (правило 19)
- Питание (правило 20)
- Упражнения (правило 23)
- Дисциплинарные взыскания и правоограничения (правило 43)

В 2005 году (с изменениями в 2013 году) Международный комитет Красного Креста опубликовал свое руководство по вопросам водоснабжения, санитарии, гигиены и среды обитания в тюрьмах, в котором содержится всеобъемлющее резюме практического опыта, накопленного в рамках мониторинговых инспекций. Данное руководство является хорошей справочной базой для оценки соответствия различных условий в местах лишения свободы.<sup>137</sup> Кроме того, в 2017 году МККК опубликовал практическое руководство по вопросам медицинского обслуживания в местах лишения свободы, включая ряд факторов, влияющих на здоровье заключенных, методы их оценки и минимальные требования, предъявляемые к ним.<sup>138</sup> Руководство содержит хорошую справочную информацию для наблюдателей, а некоторые из глав ниже содержат ссылки на него.

### Методология проведения мониторинга

При оценке каждого из факторов, влияющих на здоровье заключенных, наблюдатель может учитывать следующие аспекты:

- *Регулируется* ли вопрос каким-либо законом, руководящими принципами или процедурой, или же ее осуществление зависит от желания конкретного сотрудника?
- Существует ли механизм обеспечения *подотчетности*, т.е. обязан ли сотрудник готовить письменный отчет для своего руководителя или вносить данные в личное дело заключенного о неком произошедшем событии?
- Несет ли сотрудник какую-либо *ответственность* в том случае, если он вышел за рамки нормативных требований?

Контроль за факторами, влияющими на здоровье заключенных, осуществляется главным образом путем инспектирования учреждений и опроса осведомителей. Данные наблюдения могут рассматриваться в связке с некоторыми моделями организации здравоохранения и системы здравоохранения, описанными в разделах 3 и 5 настоящего руководства. Например, отсутствие чистоты может быть классифицировано как унижающее достоинство обращение и может быть связано с заражениями и эпидемиями.

Медицинский персонал тюрьмы несет особую ответственность за мониторинг состояния здоровья заключенных и в случае неудовлетворительных условий должен сообщать об этом начальнику тюрьмы. Об этом говорится в правиле 35 Нельсона Манделы: «*Врач или компетентный государственный орган здравоохранения обязан регулярно осуществлять инспекцию и докладывать начальнику тюремного учреждения по вопросам питания; гигиены; санитарии, отопления, освещения и вентиляции; чистоты одежды и спальных принадлежностей; физкультуры и спорта*». Это правило подробно рассматривается в разделе 3 главы, посвященной роли медицинских работников в тюрьмах и проблемам двойной лояльности. Медицинский наблюдатель должен давать оценку тому, реализуется ли это правило на регулярной основе. Например, посещают ли медицинские работники учреждения на регулярной основе для проверки соблюдения норм гигиены, санитарии, питания и т.д.? И какие меры принимаются/могут быть приняты в случае выявления проблем?

Мониторинг факторов, влияющих на здоровье заключенных, в конечном итоге позволит получить представление о ряде вопросов, а именно:

137 ICRC (2013). *Water, sanitation, hygiene and habitat in prisons*. By Pier Giorgio Nembrini. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2013. Available at: [https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc\\_002\\_0823.pdf](https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0823.pdf)

138 ICRC (2017). *Health care in detention. A practical guide*. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2017. Available at: [https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?\\_\\_store=default&ga=2.254986890.36091486.1571136686-1731022843.1567763882](https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?__store=default&ga=2.254986890.36091486.1571136686-1731022843.1567763882)

- Представляют ли, и если да, то каким образом факторы, влияющие на здоровье заключенных, представляют угрозу здоровью заключенных или же создают риск того, что заключенные будут лишены возможности пользоваться наивысшим достижимым уровнем здоровья.
- Способствуют ли, и если да, то каким образом факторы, влияющие на здоровье заключенных, способствуют предупреждению пыток и жестокого обращения или фактически могут повысить вероятность их применения в местах лишения свободы.

Матрица мониторинга состояния охраны здоровья является полезным инструментом при мониторинге факторов, влияющих на здоровье заключенных, и учитывает все факторы, которые будут рассмотрены в оставшейся части данной главы (рис. 5).

## РИСУНОК 5.

### МАТРИЦА МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ – ТЮРЕМНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЗАКЛЮЧЕННЫХ

Аспекты медицинского обслуживания в тюрьмах	Источники							
	Заключенные	Медицинский персонал	Охранники	Администрация	Наблюдения	Документы		
						Медицинские записи	Журналы	Письменные инструкции
Гигиена								
Питание								
Условия содержания, санитарные условия и вентиляция								
Применение одиночного заключения								
Применение личного досмотра								
Использование проб мочи								
Применение силы								
Применение средств физического усмирения								
Охрана и безопасность								

## Дополнительные материалы

ICRC (2013). *Water, sanitation, hygiene and habitat in prisons*. By Pier Giorgio Nembrini. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2013. Available at: [https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc\\_002\\_0823.pdf](https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0823.pdf)

ICRC (2017). *Health care in detention. A practical guide*. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2017. Available at: [https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?\\_\\_store=default&\\_ga=2.254986890.36091486.1571136686-1731022843.1567763882](https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?__store=default&_ga=2.254986890.36091486.1571136686-1731022843.1567763882)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

## 4.2. Гигиена

Под гигиеной понимаются условия и практики, способствующие поддержанию здоровья и профилактике заболеваний, особенно путем обеспечения чистоты. Плохая гигиена в местах лишения свободы способствует возникновению проблем со здоровьем и распространению заболеваний среди заключенных и тюремного персонала. Например, заключенные, которые не имеют возможности регулярно мыться и стирать свою одежду, могут быть подвержены заболеваниям кожи или паразитам и передавать свое состояние другим. Кроме того, антисанитарные условия являются привлекательными для таких насекомых, как тараканы, блохи, вши и клопы.

Важно, чтобы пенитенциарное учреждение уделяло первоочередное внимание соблюдению норм гигиены в целях профилактики заболеваний и содействия улучшению общих условий содержания в тюрьмах, а также вопросам достоинства и здоровья заключенных как на индивидуальном, так и на коллективном уровне. Поддержание надлежащих санитарно-гигиенических условий может быть сопряжено с трудностями, особенно в тех случаях, когда соответствующие учреждения являются старыми и плохо обслуживаются, а сами учреждения переполнены.

### Актуальность превентивного мониторинга

Заключенные имеют право проживать в учреждениях, отвечающих элементарным санитарно-гигиеническим нормам, и если администрация тюрьмы не решает проблемы, связанные с плохими санитарно-гигиеническими условиями, то это, несомненно, может приравниваться к жестокому обращению. Регулярный доступ к чистой воде и надлежащим санитарным и кухонным удобствам имеет важнейшее значение для сохранения достоинства людей.

В крайних случаях отсутствие гигиены может даже приравниваться к пыткам, например, когда заключенным умышленно не дают доступа к туалету в течение длительных периодов времени, в связи с чем они вынуждены проживать в условиях крайней антисанитарии и подвергаются заболеваниям.

Европейский суд по правам человека рассматривал много дел, связанных с антисанитарными условиями в местах лишения свободы. Пример ниже показывает, каким образом антисанитарные условия могут являться нарушением статьи 3 Конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство обращению или наказанию»), в том числе в странах с высоким уровнем дохода:

*Василеску против Бельгии, от 18 марта 2014 г. Это дело касалось главным образом условий содержания заявителя под стражей в тюрьмах Антверпена и Меркспласа. Заявитель жаловался, в частности, на то, что его физические условия содержания под стражей были бесчеловечными и унижающими достоинство.*

*Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 (запрещение бесчеловечного или унижающего достоинство обращения) Конвенции в отношении физических условий содержания заявителя под стражей. Он, в частности, отметил, что, помимо проблемы переполненности тюрем, утверждения заявителя относительно санитарных условий, в частности доступа к водопроводу и туалетам, являются достаточно правдоподобными и отражают реалии, описанные Европейским комитетом по предупреждению пыток (ЕКПП) в различных докладах, подготовленных по итогам посещения бельгийских тюрем. Хотя ничто не указывает на наличие реального намерения унижить заявителя во время его содержания под стражей, Суд установил, что его физические условия содержания под стражей в тюрьмах Антверпена и Меркспласа причиняли ему трудности, превышающие неизбежный уровень страданий, присущих содержанию под стражей, и равносильны бесчеловечному и унижающему достоинство обращению.<sup>139</sup>*

### Международные стандарты и руководства

О важности соблюдения гигиены в местах лишения свободы говорится в ряде международных стандартов. Они касаются как личной гигиены заключенных, так и общей гигиены в пенитенциарном учреждении.

<sup>139</sup> ECHR (2020). *Factsheet - Detention conditions and treatment of prisoners*. European Court of Human Rights, May 2020. Available at: [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Detention\\_conditions\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_conditions_ENG.pdf)

Правила Манделы гласят, что все части тюрьмы, которыми заключенные пользуются регулярно, должны всегда содержаться в должном порядке и самой строгой чистоте (правило 17). Каждый заключенный должен иметь возможность и может быть обязан купаться или принимать душ при подходящей для каждого климата температуре и так часто, как этого требуют условия общей гигиены (хотя бы раз в неделю) (правило 16). Заключенных нужно снабжать водой и туалетными принадлежностями, необходимыми для поддержания чистоты и здоровья и давать им возможность заботиться о своей прическе и бороде, позволяя мужчинам регулярно бриться (правило 18). Одежда должна содержаться в чистоте и исправности. Стирку и смену свежего белья следует обеспечивать в соответствии с требованиями гигиены (правило 19.2).

Правила Нельсона Манделы также подчеркивают роль медицинского персонала в поддержании гигиенических условий в учреждении: *«врач или компетентный государственный орган здравоохранения обязан регулярно осуществлять инспекцию и докладывать директору тюремного учреждения по вопросам гигиены и чистоты учреждения и заключенных»* (правило 35.1(б)).

Кроме того, Европейские пенитенциарные правила отдельно рассматривают вопросы гигиены, по аналогии с Правилами Нельсона Манделы, где, помимо всего прочего, говорится, что: *«все части пенитенциарного учреждения должны всегда содержаться в должном порядке и самой строгой чистоте»; и что «при размещении заключенных в тюрьме камеры или другие помещения, в которых они содержатся, должны быть чистыми»* (правило 19.1, 19.2).

У женщин есть особые гигиенические потребности в части репродуктивного здоровья. Правила ООН, касающиеся обращения с женщинами-заключенными и мер наказания для женщин-правонарушителей, не связанных с лишением свободы («Бангкокские правила») касаются этого вопроса в правиле 5: *«Помещения, в которых размещаются женщины-заключенные, должны иметь средства и принадлежности, необходимые для удовлетворения специфических гигиенических потребностей женщин, включая бесплатно предоставляемые гигиенические прокладки и регулярное снабжение водой для целей личной гигиены детей и женщин, особенно женщин, занимающихся приготовлением пищи, беременных женщин, кормящих матерей и женщин во время месячных»*.

В своей публикации по вопросам водоснабжения, санитарии, гигиены и среды обитания в тюрьмах МККК изложил некоторые меры по поддержанию личной гигиены.<sup>140</sup> Они крайне полезны для медицинского наблюдателя при оценке уровня гигиены в пенитенциарном учреждении. Что касается количества воды, которое должно быть доступно каждому задержанному, то согласно МККК, количество воды, необходимой для выживания, составляет 3-5 литров на человека в день и 10-15 литров на человека в день для удовлетворения всех минимальных потребностей и поддержания хорошего здоровья, при условии, что другие службы и объекты также находятся в хорошем рабочем состоянии. Кроме того, в публикации говорится, что *«каждый заключенный должен получать не менее 100-150 граммов мыла в месяц. Регулярная помывка с мылом предотвращает многие заболевания, прежде всего кожные и желудочно-кишечные, передающиеся фекально-оральным путем. Стоимость мыла окупается экономией за счет поддержания хорошего состояния здоровья у заключенных. Необходимо следить за тем, чтобы заключенные регулярно мыли руки:*

- *после пользования туалетом;*
- *перед едой;*
- *каждый раз после выполнения определенных заданий, таких как удаление мусора и отходов, чистка канализационных систем или устранение засоров в трубопроводах;*
- *каждый раз, когда имеются основания полагать, что они контактировали с каким-либо патогеном»*.

Согласно публикации, минимальный расход воды при приеме душа должен составлять 2,5 литра в минуту, в то время как для помывки необходимо не менее 5 литров воды на человека. На 50 человек необходимо наличие как минимум одного душа.

В публикации также подчеркивается важность гигиены кухни, а именно то, что приготовление и раздачу пищи необходимо производить в оптимальных гигиенических условиях, сводящих к

---

140 ICRC (2013). *Water, sanitation, hygiene and habitat in prisons*. By Pier Giorgio Nembrini. Updated version from 2005. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2013. Available at: [https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc\\_002\\_0823.pdf](https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0823.pdf)

минимуму риск передачи с пищей какой-либо инфекции: «кухню необходимо содержать в чистоте. Эффективную уборку обязана обеспечивать кухонная бригада технического обслуживания. Пол необходимо подметать ежедневно. Если пол цементный/бетонный или плиточный, его следует раз в неделю дезинфицировать хлорным раствором. Пол также необходимо регулярно мыть с использованием моющего средства для удаления жира. Тарелки, миски, прочую посуду индивидуального пользования, а также кухонные котлы и иное оборудование необходимо тщательно промывать после каждого использования и дезинфицировать один раз в неделю хлорным раствором или, в порядке упрощенной альтернативы, погружением в кипящую воду».

Кроме того, в этой публикации устанавливаются следующие минимальные требования в отношении водоснабжения, санитарии и гигиены в местах лишения свободы:

- 1 водопроводный кран на 100 заключенных
- 1 туалет на 25 заключенных
- 1 точка для мытья рук на 50 задержанных

Во многих развивающихся странах доступ к (чистой) воде и санитарным помещениям в местах лишения свободы ограничен и не отвечает требованиям в отношении водоснабжения, санитарии и гигиены. Например, во многих странах Африки показатели соответствия требованиям водоснабжения, санитарии и гигиены в местах содержания под стражей оказались слишком низкими.<sup>141</sup>

Наличие чистых санитарных помещений в достаточном объеме необходимо для обеспечения гигиены и достоинства заключенных, а также для предотвращения передачи некоторых инфекционных заболеваний, поскольку многие инфекционные заболевания, передаваемые в тюрьмах, передаются фекально-оральным путем. Более подробная информация о санитарных помещениях содержится в главе этого раздела, посвященной условиям содержания, санитарным условиям и вентиляции.

Учреждение должно также располагать в достаточном количестве душевыми помещениями, которые должны быть чистыми, доступными и безопасными. Учреждение должно также располагать в достаточном объеме душевыми помещениями, которые должны быть чистыми, доступными и безопасными. Отсутствие воды и недостаточный доступ к душевым негативно сказывается на личной гигиене и повышает риск заболевания. Кроме того, организация душа не должна унижать заключенных, например, заставляя их принимать душ публично.<sup>142</sup>

Как минимум, заключенные должны иметь доступ к бесплатному мылу, зубной пасте, туалетной бумаге и чистящим средствам, предоставляемым учреждением. Кроме того, заключенные должны иметь доступ к средствам для ухода за их волосами, включая средства для бритья. Однако важно отметить, что санитарно-гигиенические требования никогда не могут использоваться как предлог для применения дисциплинарных мер.<sup>143</sup>

Необходимо учитывать особые гигиенические потребности некоторых категорий заключенных, в частности женщин, детей и инвалидов, обеспечивать им необходимые удобства и принимать дополнительные меры. Например, женщины должны иметь бесплатный доступ к гигиеническим прокладкам и к более регулярному купанию или принятию душа во время менструаций. Заключенные не должны зависеть от своих семей в том, что касается основных товаров, необходимых для поддержания гигиены, и они не должны платить за них.<sup>144</sup>

Кухни должны быть чистыми и гигиеничными. Стандарты должны быть утверждены и известны всем заключенным, а тюремный персонал должен обеспечивать соблюдение этих стандартов. Плохая гигиена на кухне может привести к различным передающимся через пищу болезням, часто с симптомами диареи и лихорадки. Важно, чтобы заключенные осознавали важность личной, а

141 См.: <http://www.ircwash.org/blog/water-sanitation-and-hygiene-are-crucial-prison-settings>

142 Coyle & Fair (2018). *A Human Rights Approach to Prison Management. Handbook for prison staff. Third edition*. International Centre for Prison Studies, 2018. Available at: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook\\_3rd\\_ed\\_english\\_v5\\_web.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook_3rd_ed_english_v5_web.pdf)

143 Например, Правило 18.2 Манделы не должно использоваться как предлог для бритья головы всем заключенным.

144 APT Detention Focus. *Sanitary facilities and personal hygiene*. Available at: <https://www.apr.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/material-conditions-detention/sanitary-facilities-and>

также коллективной гигиены в учреждении. Поэтому периодическое санитарно-гигиеническое просвещение по отдельным актуальным темам имеет ключевое значение для поддержания здорового поведения заключенных (см. также главу, посвященную пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний, в разделе 3).

Особый интерес для медицинского наблюдателя за состоянием здоровья будет представлять гигиена в тюремной клинике, включая гигиену в помещениях, оборудование и процедуры.

### **Методология проведения мониторинга**

Медицинский наблюдатель должен оценить состояние гигиены в пенитенциарном учреждении и подход тюремной (медицинской) службы к гигиене. Имеются ли примеры неудовлетворительной гигиены в данном тюремном учреждении, которая может быть приравнена к жестокому обращению или пыткам?

Во время беседы с администрацией тюрьмы наблюдатель может спросить, соответствует ли учреждение международным стандартам и руководящим принципам, например, спецификациям МККК в отношении водоснабжения, санитарии и гигиены в местах лишения свободы (т.е. 1 кран на 100 заключенных, 1 туалет на 25 заключенных и 1 точка для мытья рук на 50 заключенных). Наблюдатель может также спросить администрацию про их подход к поддержанию и поощрению соблюдения норм гигиены в пенитенциарном учреждении и о том, сотрудничают ли они с тюремной поликлиникой в этом вопросе.

В беседах с заключенными можно узнать их оценку состояния гигиены в учреждении и их доступа к туалету, ванным помещениям и основным туалетным принадлежностям. Женщин-заключенных следует спрашивать о том, имеют ли они доступ к гигиеническим прокладкам и ванным помещениям во время менструации. Заключенных также можно спросить, имеют ли они возможность стирать свою одежду.

Медицинских работников тюрьмы стоит спросить об их роли в поддержании и поощрении соблюдения норм гигиены в пенитенциарном учреждении. Например, проверяют ли они гигиену на объектах и сообщают ли они о проблемах администрации? Кроме того, какова их роль в обучении заключенных тому, как поддерживать гигиену?

Помимо этого, беседы с охранниками должны быть посвящены их роли в поддержании и поощрении соблюдения норм гигиены в пенитенциарном учреждении. Их также можно спросить о доступе заключенных к туалету, ванным помещениям и основным туалетным принадлежностям, а также о процедурах, обеспечивающих чистоту кухни (в учреждениях, где заключенные имеют доступ к кухне и могут сами готовить пищу).

Наблюдатель может получить немало информации о чистоте и гигиене, просто осматривая помещения и общие камеры в учреждении. Наблюдатель должен определить, насколько свежо и чисто в учреждении, а также находятся ли в чистом состоянии общие камеры, туалеты, ванные комнаты и кухни. Например, наблюдатель может, открыть холодильник на кухне и оценить его чистоту. Важное значение имеет также проверка чистоты в тюремной поликлинике.

Пенитенциарное учреждение может располагать письменными инструкциями для тюремного (медицинского) персонала и/или заключенных о том, как поддерживать в учреждении надлежащий уровень гигиены, например, о надлежащей практике мытья рук и поддержания чистоты в общих камерах. У них также могут быть учебные материалы, касающиеся поддержания и поощрения соблюдения норм гигиены в учреждении.

При формировании выводов и вынесении рекомендаций по улучшению мониторинга следует всегда триангулировать информацию, полученную из различных источников информации.

### **Дополнительные материалы**

ICRC (2013). *Water, sanitation, hygiene and habitat in prisons*. By Pier Giorgio Nembrini. Updated version from 2005. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2013. Available at: [https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc\\_002\\_0823.pdf](https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0823.pdf)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

### 4.3. Питание

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, питание – это прием пищевых продуктов в соответствии с диетическими потребностями организма. Хорошее и достаточное питание является краеугольным камнем хорошего здоровья и самочувствия. Плохое питание может привести к ослаблению иммунитета, нарушению физического и психического развития, снижению энергии и продуктивности.<sup>145</sup>

Хотя под питанием понимается метаболическое воздействие на людей того, что они потребляют в пищу, под пищей понимаются съедобные продукты.<sup>146</sup>

Качество и количество пищи в местах лишения свободы оказывает большое влияние на качество жизни заключенных. Наличие безопасного и здорового питания, а также питьевой воды имеет важное значение для поддержания и улучшения здоровья заключенных и расширения их прав и возможностей. Помимо того, что питание имеет важное значение для здоровья заключенных, оно может способствовать их реинтеграции путем обеспечения возможностей для профессиональной подготовки и трудоустройства. В некоторых местах лишения свободы заключенные сами готовят себе еду либо на центральной кухне тюрьмы, либо индивидуально/небольшими группами,<sup>147</sup> в то время как большинство из них пользуются услугами кейтеринговых компаний на месте.

Надлежащее питание должно рассматриваться как одно из базовых прав человека заключенных. Здоровое и полноценное питание позволит им поддерживать или улучшать свое здоровье и должным образом принимать любые необходимые лекарства. Кроме того, уязвимые группы населения в местах лишения свободы, например, беременные и кормящие женщины, наркоманы, несовершеннолетние и пожилые люди, имеют особые диетические потребности, которые необходимо соблюдать. Кроме того, заключенные с определенными заболеваниями могут иметь потребность в специальных диетах. Еда, предлагаемая заключенным, должна соответствовать рекомендациям правительства страны в отношении здорового питания и учитывать особые диетические потребности некоторых лиц.

Тюремная администрация должна обеспечивать всех заключенных достаточным питанием и напитками, с тем чтобы они не страдали от голода или болезней, связанных с недоеданием и плохим питанием. Даже места лишения свободы в странах, где население в целом не получает достаточного питания, не могут отменить эту ответственность, поскольку, лишая людей свободы, государство имеет обязательство заботиться о них надлежащим образом. В очень бедных странах заключенные, к сожалению, часто полагаются на своих родственников, которые приносят им еду в места лишения свободы.

#### **Актуальность превентивного мониторинга**

Администрация тюрьмы обязана удовлетворять потребности заключенных в питании. Несоблюдение этого требования может представлять собой форму жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или даже пытки.

Заключенные никогда не должны наказываться лишением или ограничением пищи и напитков. Сокращение количества продуктов питания или напитков для заключенных в качестве одной из форм наказания равносильно жестокому обращению, а в серьезных случаях – пыткам. Кроме того, заключенные, к которым применяются дисциплинарные санкции, такие, как изоляция, должны получать такое же питание и напитки, как и другие заключенные.

---

145 Website of the World Health Organization – Nutrition. Available at: <https://www.who.int/topics/nutrition/en/>

146 ICRC (2016). *Health care in detention. A practical guide*. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2016. Available at: [https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?\\_\\_store=default&\\_ga=2.52141101.545157892.1571396163-1731022843.1567763882](https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?__store=default&_ga=2.52141101.545157892.1571396163-1731022843.1567763882)

147 См. пример в Дании: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/focus-areas/nutrition>



Манипулирование поставками продовольствия долгое время служило инструментом для физиологических манипуляций во время допросов и содержания под стражей.<sup>148</sup> В некоторых странах, в том числе в США, заключенные могут получить пищу «тюремный паек»<sup>149</sup> или другую форму намеренно строгого и однообразного питания, когда они подвергаются наказанию, например, из-за нападения на сотрудника тюрьмы или других заключенных. Даже в тех случаях, когда считается, что питательная ценность таких продуктов соответствует национальным стандартам, их вкус и внешний вид зачастую настолько отвратительны, что это приводит к тому, что заключенные не питаются в достаточном объеме. Такое обращение с заключенными является унижающим достоинство и должно быть запрещено. К счастью, в последние годы использование тюремного пайка в США идет на спад после многих лет судебных разбирательств по всей стране.<sup>150</sup>

Часто именно питание является предметом жалоб заключенных. Во многих странах и пенитенциарных учреждениях заключенные не удовлетворены качеством и/или количеством, и/или разнообразием пищи, которую они получают. Эти жалобы вполне могут быть обоснованными, но зачастую они не равносильны жестокому обращению или пыткам. Однако существуют и исключения. Например, заключенные-мусульмане, которых заставляют есть свинину и пить алкоголь, безусловно, должно классифицироваться как форма жестокого обращения или даже пытки.

Лишение пищи можно определить как полное или частичное ограничение питания.<sup>151</sup> Оно может быть намеренным или являться результатом нехватки ресурсов. В Китае, Соединенных Штатах Америки, Туркменистане, Судане, России, Италии, Японии, Зимбабве, Мозамбике, Судане, Габоне, Палестине, Танзании и, по всей вероятности, во многих других странах мира отмечаются случаи лишения пищи либо в качестве одной из форм пыток, либо в результате плохих условий содержания в тюрьмах.<sup>152</sup>

В контролируемых Великобританией местах лишения свободы на юго-востоке Ирака (2003-2008 гг.), в Мичигане (США), в тюрьмах Танзании и среди ливанских заключенных, задержанных вооруженными силами Израиля (1981-1999 гг.) было документально зафиксировано преднамеренное лишение воды либо в качестве одной из форм пыток, либо в результате плохих условий содержания в тюрьмах. Недостаточное снабжение питьевой водой может иметь ряд последствий для здоровья человека и привести к летальному исходу.<sup>153</sup>

Европейский суд по правам человека получил много дел, связанных с плохим качеством питания заключенных, некоторые из которых были признаны нарушением статьи 3 Европейской конвенции по правам человека («Никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию»). Ниже приводится пример дела, которое Суд признал нарушением статьи 3:

*Эбедин Аби против Турции (Ebedin Abi v. Turkey) 13 марта 2018 года Заявитель, который страдал от диабета 2-го типа (ненормально высокий уровень глюкозы в крови) и заболевания коронарных артерий, жаловался на свое питание, находясь в заключении, и в частности, на непредоставление питания, совместимого с диетой, предписанной ему врачами, и как следствие, на ухудшение состояния его здоровья.*

*Суд установил факт нарушения статьи 3 (запрет на бесчеловечное или унижающее достоинство обращение) Конвенции, и пришел к выводу о том, что турецкие власти не приняли мер, необходимых для охраны здоровья и благополучия заявителя, и по этой причине не обеспечили ему надлежащих и уважающих человеческое достоинство условий заключения. Что касается ухудшения состояния*

---

148 O'Mara SM (2015). *Why torture doesn't work: the neuroscience of interrogation*. Harvard University Press, 2015. P.322.

149 См.: <https://en.wikipedia.org/wiki/Nutraloaf>

150 См. пример: <https://www.prisonlegalnews.org/news/2016/mar/31/use-nutraloaf-decline-us-prisons/>

151 UN (2004). *Istanbul Protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment*. United Nations, New York, 2004. p.76. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

152 DIGNITY (2018). *Factsheet: Deprivation of food*. DIGNITY Danish Institute against Torture, Denmark, 2018. Available at: <https://dignity.dk/en/dignitys-work/health-team/torture-methods/deprivation-of-food/>

153 DIGNITY (2018). *Factsheet: Deprivation of water*. DIGNITY Danish Institute against Torture. Available at: <https://dignity.dk/en/dignitys-work/health-team/torture-methods/deprivation-of-water/>

здоровья заявителя из-за невозможности придерживаться назначенной врачом диеты, Суд отметил, что заявитель воспользовался всеми доступными средствами правовой защиты, чтобы изложить органам власти государства-ответчика свои жалобы на несовместимость поданной пищи с его диетой и ухудшение состояния его здоровья, которое, как утверждается, связано с его режимом питания. Власти государства-ответчика не ответили должным образом на его неоднократные просьбы. Кроме того, учитывая, что содержащемуся под стражей лицу медицинская помощь не может быть оказана в любое время и в лечебном учреждении по его выбору, Суд счел, что внутригосударственным органам власти надлежало направить стандартное меню пенитенциарного учреждения на рассмотрение специалисту и в это же время провести медицинский осмотр заявителя в связи с его жалобами. Действительно, органы власти не попытались установить, было ли питание, предоставляемое заявителю, надлежащим, и оказало ли несоблюдение диеты, назначенной ему врачом, негативное влияние на его состояние здоровья.<sup>154</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Правило 22 Нельсона Манделы гласит: «Тюремная администрация должна в обычные часы обеспечивать каждому заключенному пищу, достаточно питательную для поддержания его здоровья и сил, имеющую достаточно хорошее качество, хорошо приготовленную и поданную». Правило 43 запрещает применение практик «уменьшение рациона питания или питьевой воды заключенного» в качестве наложения дисциплинарного взыскания или ограничения.

Европейские пенитенциарные правила включают более конкретные стандарты и требования, касающиеся пищи и питания в местах лишения свободы. Правило 22 гласит:

*«22.1 Заключенные обеспечиваются комплексным питанием с учетом их возраста, состояния здоровья, культуры и характера работы.*

*22.2 Требования в отношении рациона питания, включая минимальное количество калорий и содержание белков, определяется национальным законодательством.*

*22.3 Пища готовится и подается с учетом санитарно-гигиенических требований.*

*22.4 Прием пищи организуется три раза в день с разумными интервалами.*

*22.5 Заключенные должны постоянно иметь доступ к чистой питьевой воде.*

*22.6 Врач или квалифицированная медицинская сестра могут предписать изменить рацион питания отдельному заключенному, если это необходимо по медицинским соображениям».*

Дети и несовершеннолетние имеют особые потребности в питании, обусловленные их этапом физического и умственного развития в жизни. Правила Организации Объединенных Наций, касающиеся защиты несовершеннолетних, лишенных свободы (правило 37) гласят: «исправительное учреждение должно обеспечить, чтобы каждый несовершеннолетний в обычное время принятия пищи получал должным образом приготовленную и поданную пищу, качество и количество которой отвечает диетическим и санитарно-гигиеническим нормам с учетом, насколько это возможно, его религиозных и культурных требований. Каждый несовершеннолетний должен обеспечиваться чистой питьевой водой в любое время».<sup>155</sup>

Особые требования касаются также к больным заключенным с ослабленной иммунной системой, например, заключенных, страдающих диабетом и живущих с ВИЧ/СПИД. В своей публикации, посвященной тюрьмам и здравоохранению, Европейское региональное отделение ВОЗ подчеркивает, что заключенным, живущим с ВИЧ/СПИДом, необходимо оказывать помощь в области питания: «Люди, живущие с ВИЧ, нуждаются в пищевых добавках, которые дополняют их рацион питания, с тем чтобы они могли удовлетворять свои общие потребности в питательных микро- и макроэлементах. В частности, свежие фрукты и овощи должны дополнять основные продукты питания. Диетолог должен информировать администрацию тюрьмы об особых потребностях

154 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

155 UN (1990b). *UN Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty*. United Nations General Assembly, 1990. Available at: <https://www.un.org/ruleoflaw/files/TH007.PDF>

пациентов, не нарушая при этом конфиденциальности информации о болезни».<sup>156</sup> Кроме того, для заключенных, страдающих хроническими заболеваниями, такими, как сердечно-сосудистые заболевания или диабет, очень важное значение для их здоровья имеет надлежащее питание под контролем тюремного медицинского персонала. Кроме того, беременные или кормящие женщины и их дети должны получать соответствующее питание.

Во многих странах действуют национальные нормативные акты, касающиеся минимальных стандартов в области пищи и питания в местах лишения свободы. Эти правила зачастую являются частью национального пенитенциарного законодательства, а не законодательства о питании.

В развитых странах многие тюрьмы поддерживают требования определенных религий, а также вегетарианства.<sup>157</sup> Меню, соответствующее конкретным религиозным требованиям, должно быть доступно для религиозных заключенных в соответствии с особым режимом питания, а для заключенных, которые не употребляют мясо, следует предусмотреть сбалансированное вегетарианское меню. Выбор меню должен определяться совместно с медицинским персоналом, желательно с участием диетологов, в то время как пищевая ценность и общее качество питания, подаваемого в тюрьме, должны оцениваться и контролироваться независимыми экспертами.

Хотя тюремное питание во многих развитых странах считается достаточным для поддержания здоровья, в развивающихся странах дела обстоят иначе. Однако во всем мире предпринимаются инициативы, направленные на обеспечение заключенных питанием в достаточном объеме и с необходимым количеством питательных веществ. Пример реализации такой инициативы можно увидеть в Малави:

*В Малави тюремная администрация в тесном сотрудничестве с неправительственной организацией «Международная тюремная реформа» разработала проект по модернизации тюремных ферм и повышению их производительности. Это помогает тюрьмам страны добиваться самообеспеченности в производстве продуктов питания, кормить заключенных, персонал и членов их семей, а также обучать заключенных методам ведения сельского хозяйства».*<sup>158</sup>

Поддержка и обеспечение безопасной и здоровой пищи и напитков в тюрьмах будет способствовать предупреждению недоедания и связанных с питанием заболеваний и улучшению общего состояния здоровья заключенных. Ощутимые выгоды могут быть достигнуты в тех случаях, когда пенитенциарные (медицинские) службы предпринимают усилия по пропаганде здорового образа жизни и здорового питания среди заключенных.

### **Методология проведения мониторинга**

При осуществлении мониторинга за питанием в местах лишения свободы медицинский наблюдатель должен изучить все имеющиеся в его/ее распоряжении источники информации, включая беседы с администрацией тюрьмы, заключенными, тюремным медицинским персоналом и охранниками, наблюдения и документы.

Наблюдатель должен обсуждать с администрацией тюрьмы общие руководящие принципы и процедуры, касающиеся пищи и питания в учреждении, например, бюджет на питание в расчете на одного заключенного, порядок подготовки и распределения продовольствия среди заключенных; существуют ли минимальные требования в отношении питания заключенных (национальные стандарты) и соблюдаются ли эти нормативные требования, а также какие инициативы предпринимаются руководством или службой охраны здоровья заключенных для пропаганды здорового питания.

Интервью с заключенными могут дать наблюдателю информацию о том, как они употребляют пищу и напитки. Их можно также спросить о том, каким образом они получают пищу (предоставляется

156 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1)

157 Ogden and Rebein (2001). Do Prison Inmates Have a Right to Vegetarian Meals? *Vegetarian Journal March/April 2001*. Available at: <https://www.vrg.org/journal/vj2001mar/2001marprison.htm>

158 Coyle & Fair (2018). *A Human Rights Approach to Prison Management. Handbook for prison staff. Third edition*. International Centre for Prison Studies, 2018. Available at: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook\\_3rd\\_ed\\_english\\_v5\\_web.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook_3rd_ed_english_v5_web.pdf)

ли им еда или они готовят ее сами?). Заключенных со специальными диетическими потребностями в связи с их здоровьем или религиозными убеждениями следует спросить, учитываются ли их потребности во время пребывания в учреждении и каким образом.

Имеет смысл попросить тюремный медицинский персонал подробно рассказать о его роли в обеспечении заключенных продуктами питания и напитками. Например, принимают ли они какое-либо участие в разработке меню, в обеспечении надлежащего питания заключенных с особыми диетическими потребностями и в пропаганде здорового питания?

Интервью с охранниками должны быть в первую очередь посвящены их роли в распределении пищи и напитков среди заключенных и в пропаганде здорового питания среди них.

Наблюдения имеют важное значение при контроле за питанием в пенитенциарном учреждении. Например, медицинский наблюдатель может проверить холодильники и удостовериться в том, что продукты являются свежими и имеют хороший вид, а также соответствуют ли они государственным рекомендациям в части здорового питания. Наблюдатель может организовать просмотр и дегустацию пищи, которую заключенные получают в тот же день.

И последнее по порядку, но не по значению: наблюдатель должен изучать любые имеющиеся документы, касающиеся питания. К ним, например, могут относиться руководящие принципы в сфере питания (разработанные на правительством уровне или внутри учреждения), бюджеты, меню, журналы и информационные материалы, такие, как плакаты или брошюры, пропагандирующие здоровое питание.

При подготовке выводов и вынесении рекомендаций по улучшению мониторинга следует всегда триангулировать информацию, полученную из различных источников информации.

## **Дополнительные материалы**

APT. *Webpage: Detention Focus. Food and Water*. Association for the Prevention of Torture. Available at: <https://www.apr.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/material-conditions-detention/food-and-water>

CoE (2006). *European Prison Rules*. Council of Europe, Strasbourg, 2006. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules\\_978-92-871-5982-3.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules_978-92-871-5982-3.pdf)

Coyle & Fair (2018). *A Human Rights Approach to Prison Management. Handbook for prison staff. Third edition*. International Centre for Prison Studies, 2018. Available at: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook\\_3rd\\_ed\\_english\\_v5\\_web.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook_3rd_ed_english_v5_web.pdf)

DIGNITY (2018). *Factsheet: Deprivation of food*. DIGNITY Danish Institute against Torture. Available at: <https://dignity.dk/en/dignitys-work/health-team/torture-methods/deprivation-of-food/>

DIGNITY (2018). *Factsheet: Deprivation of water*. DIGNITY Danish Institute against Torture. Available at: <https://dignity.dk/en/dignitys-work/health-team/torture-methods/deprivation-of-water/>

ICRC (2016). *Health care in detention. A practical guide*. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2016. Available at: [https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?\\_\\_store=default&\\_ga=2.52141101.545157892.1571396163-1731022843.1567763882](https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?__store=default&_ga=2.52141101.545157892.1571396163-1731022843.1567763882)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1)

#### 4.4. Условия содержания, санитарные условия и вентиляция

В данной главе рассматриваются вопросы условий содержания, санитарных условий и вентиляции в местах лишения свободы, а также вопрос о том, каким образом медицинские работники могут контролировать их воздействие на здоровье заключенных.

В рамках данной главы под «условиями содержания» понимаются условия как в общих помещениях пенитенциарного учреждения, так и в одиночной/общей камере, где содержится заключенный. Условия содержания оказывают существенное влияние на повседневную жизнь заключенного в тюрьме. В условиях переполненности тюрем условия содержания имеют серьезные последствия для повседневной жизни и общения заключенных, режима сна, гигиены и частной жизни. Например, если на 24 заключенных имеется только один туалет, который изначально был рассчитан на 12 заключенных, это будет иметь серьезные последствия для неприкосновенности их частной жизни, гигиены и комфорта.

Под санитарией понимается состояние здоровья населения, связанное с чистой питьевой водой, ванными комнатами и мытьем рук, а также надлежащая обработка и удаление человеческих экскрементов и сточных вод. Поскольку вопрос чистой питьевой воды уже рассматривался в предыдущих главах, посвященных гигиене и питанию, в этой главе основное внимание будет уделено надлежащей обработке и удалению человеческих экскрементов и сточных вод (туалеты и ведра), а также ванным комнатам и мытью рук. Наличие достаточных санитарных помещений, которые находятся в хорошем состоянии, содержатся в чистоте и легко доступны, имеет важнейшее значение для обеспечения гигиены и достоинства заключенных, а также для ограничения распространения некоторых инфекционных заболеваний.

Под вентиляцией в настоящей главе понимается процесс замены воздуха для обеспечения хорошего качества воздуха внутри помещений. От качества вентиляции зависит то, как попадает воздух из окружающей среды в легкие заключенных в результате вдыхания и выдыхания. Наличие надлежащей вентиляции в местах лишения свободы является еще одним элементом, необходимым для предотвращения распространения инфекционных заболеваний (таких, как туберкулез или грипп) и для обеспечения здоровых условий жизни в таких учреждениях.

#### Актуальность превентивного мониторинга

Неспособность администрации тюрьмы обеспечить надлежащие условия содержания, санитарные условия и вентиляцию может быть приравнена к бесчеловечному и унижающему достоинство обращению. Например, условия содержания могут представлять собой отягченную форму «боли или страдания, которые возникают лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно» (пункт 1 КПК ООН) и, следовательно, могут квалифицироваться как жестокое обращение. Одной из форм жестокого обращения может быть переполненность помещений в сочетании с вредными для здоровья условиями содержания и нехваткой места. Если плохие условия содержания используется с конкретной целью (например, вымогательство денег) и при участии персонала, такие условия могут приравниваться к пыткам.

Регулярный доступ к чистым и хорошо функционирующим санитарным помещениям имеет важнейшее значение для сохранения достоинства людей. Отсутствие гарантий доступа к таким удобствам негативно сказывается на повседневной жизни заключенных. Игнорирование основных человеческих потребностей того или иного лица может представлять собой жестокое обращение.

Кроме того, плохая вентиляция в учреждении или в одиночной/общей камере может быть приравнена к жестокому обращению. Так происходит, например, в тех случаях, когда заключенные болевают из-за нехватки кислорода и отсутствия свежего воздуха.

Европейский суд по правам человека рассматривал много дел, связанных с плохими условиями содержания заключенных, санитарными условиями и/или вентиляции, некоторые из которых были признаны нарушением статьи 3 Европейской конвенции по правам человека («Никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию»). Ниже приводится пример дела, которое Суд признал нарушением статьи 3:

*Флоря против Румынии, от 14 сентября 2010 г. В 2002 году заявитель, страдавший от хронического гепатита и повышенного артериального давления, был заключен под стражу. В течение приблизительно*

девяти месяцев он содержался в камере, где находилось от 110 до 120 других заключенных при наличии только 35 кроватей. Как утверждает заявитель, 90% его сокамерников являлись курящими. Заявитель жаловался, в частности, на переполненность и плохие санитарные условия, включая тот факт, что его содержали в камере и тюремной больнице вместе с курильщиками.

Суд, в частности, отметил, что приблизительно в течение трех лет заявитель находился в крайне стесненных условиях, располагая личным пространством, не достигающим европейского стандарта. Что касается того факта, что в камере и больнице он содержался с курящими заключенными, среди государств-участников Совета Европы отсутствует консенсус относительно защиты от пассивного курения в тюрьмах. Тем не менее заявитель, в отличие от заявителей по некоторым иным делам, никогда не имел отдельной камеры и вынужден был выносить курение своих сокамерников даже в санчасти и тюремной больнице, вопреки рекомендациям своего врача. Однако закон, вступивший в силу в июне 2002 г., запретил курение в больницах, и национальные суды часто указывали, что курящие и некурящие должны содержаться раздельно. Отсюда следует, что условия содержания под стражей, которые претерпевал заявитель, вышли за пределы порога суровости, допустимого статьей 3 Конвенции (запрещение бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказаний) в нарушение этого положения.<sup>159</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Правила Нельсона Манделы включают несколько правил, конкретно касающихся условий содержания, санитарных условий и вентиляции в пенитенциарном учреждении (правила 12-17, 21). Они подчеркивают необходимость наличия надлежащего спального помещения с учетом «кубатуры помещений, их минимальной площади, освещения, отопления и вентиляции» (правило 13). Окна должны иметь достаточные размеры для того, чтобы обеспечивать доступ свежего воздуха, «независимо от того, существует ли искусственная система вентиляции или нет» (правило 14.1). Санитарные установки должны быть «достаточными для того, чтобы каждый заключенный мог удовлетворять свои естественные потребности, когда ему это нужно, в условиях чистоты и пристойности» (правило 15), а банные установки и количество душей должны быть достаточными и подходящими (правило 16). «Все части тюрьмы, которыми заключенные пользуются регулярно, должны всегда содержаться в должном порядке и самой строгой чистоте» (правило 17). Каждому заключенному следует обеспечивать отдельную койку, снабженную отдельными достаточными спальными принадлежностями, которые должны быть «чистыми, поддерживаться в исправности и меняться достаточно часто, чтобы обеспечивать их чистоту» (правило 21).

Правила ООН, касающиеся защиты несовершеннолетних, лишенных свободы содержат правила, конкретно касающиеся условий содержания несовершеннолетних заключенных<sup>160</sup>, в то время как Правила ООН, касающиеся обращения с женщинами-заключенными и мер наказания для женщин-правонарушителей, не связанных с лишением свободы («Бангкокские правила») касаются особых потребностей женщин-заключенных.<sup>161</sup>

До недавнего времени в международных документах не содержалось четкого указания относительно площади (т.е. минимальная норма площади помещения или кубатура) для каждого заключенного. В 2015 году Европейский комитет по предупреждению пыток впервые опубликовал стандарты ЕКПП в отношении жилой площади в расчете на одного заключенного, в которых устанавливаются следующие минимальные стандарты размеров личного пространства:

- 6м<sup>2</sup> личного пространства в одиночной камере плюс пространство, требуемое для санитарного узла
- 4м<sup>2</sup> личного пространства на одного заключенного в общей камере плюс санитарный узел, полностью отделенный перегородкой от основного помещения камеры
- по крайней мере 2м между стенами камеры

159 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

160 UN (1990). *United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty*. United Nations, 1990. Available at: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/JuvenilesDeprivedOfLiberty.aspx>

161 UN (2010). *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders*. United Nations, 2010. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok\\_Rules\\_ENG\\_22032015.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ENG_22032015.pdf)

- по крайней мере 2,5м между полом и потолком камеры<sup>162</sup>

МККК сформулировал следующие технические требования (минимальные стандарты) в отношении санитарии в местах лишения свободы:

- Количество туалетов: 1 на 25 человек. Для каждого помещения, содержащего до 25 заключенных, должен быть предусмотрен как минимум один туалет. В случае одиночных камер в каждой камере должен иметься туалет. В общих камерах для некоторых культур потребуется гораздо большее количество туалетов и душевых.
- Количество душевых: 1 душевая на 50 человек и 3 душа в неделю (как минимум и с учетом местных климатических условий).
- Количество водопроводных кранов в отхожем месте: 1 кран на каждый туалетный блок для мытья рук.<sup>163</sup>

МККК также рекомендовал, чтобы «площадь оконного отверстия камеры составляла не менее 1/10 площади камеры для целей вентиляции и надлежащего освещения помещения».<sup>164</sup>

Во многих странах (особенно с низким уровнем дохода) переполненность тюрем является постоянной и серьезной проблемой, которая весьма затрудняет жизнь заключенных и не позволяет властям осуществлять надлежащий контроль. Чаще всего эту функцию контроля берут на себя «сильные заключенные». Это, в сочетании с весьма различными условиями в различных частях тюрьмы, служит основой для черного рынка, где у удобств есть своя цена. В этом случае самые лучшие/наименее переполненные камеры являются самыми дорогими, а те заключенные, которые оказываются не в состоянии заплатить соответствующую цену, оказываются в маленьких непривлекательных камерах, где отбывают срок наиболее жестокие заключенные. Во многих местах такая торговля носит повсеместный характер и охватывает все уровни сотрудников, а также «сильных заключенных». Торговля помещениями может перерасти в вымогательство денег с участием семей «слабых заключенных». Это может в дальнейшем привести к пыткам некоторых заключенных, совершаемым «сильными заключенными» с одобрения сотрудников, если они не приспособятся к местному порядку. Важно, чтобы наблюдатели были осведомлены о таких механизмах, которые, несмотря на их малозаметный характер, тем не менее являются грубым нарушением прав заключенных и часто сопряжены с насилием.

Соображения, касающиеся наличия помещений, всегда должны учитываться наряду с другими факторами, такими, как состояние санитарных условий, проведенное вне камеры время, наличие мест общего пользования и переполненность.

Заключенные должны иметь неограниченный доступ к санитарным удобствам, включая туалеты, душевые или ванные комнаты, а также доступ к чистой воде. Они должны иметь доступ к необходимому количеству чистой воды. Имеющиеся запасы воды должны покрывать потребности в питьевой воде и, кроме того, должны быть достаточными для приготовления пищи, личной гигиены, уборки, питья и удовлетворения любых других базовых потребностей.

Санитарные помещения и мероприятия должны обеспечивать уважение достоинства и самоуважения заключенных и не должны унижать их, например, заставлять пользоваться туалетом или душем на людях. Также следует учесть особые потребности женщин-заключенных в части санитарных помещений и мероприятий, включая бесплатное предоставление гигиенических прокладок и более частый доступ к душевым или помывочным зонам, если это необходимо, например, во время менструации.

162 CPT (2015). *Living space per prisoner in prison establishments*. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Strasbourg, 2015. Available at: <http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/cpt-inf-2015-44-eng.pdf>

163 ICRC (2013). *Water, sanitation, hygiene and habitat in prisons*. By Pier Giorgio Nembrini. Updated version from 2005. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2013. Available at: [https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc\\_002\\_0823.pdf](https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0823.pdf)

164 ICRC (2016). *Health care in detention. A practical guide*. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2016. Available at: [https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?\\_\\_store=default&ga=2.52141101.545157892.1571396163-1731022843.1567763882](https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?__store=default&ga=2.52141101.545157892.1571396163-1731022843.1567763882)

Туалеты или отхожие места должны быть доступны для всех заключенных, желательно с прямым доступом из камеры, и они должны быть отделены дверью или перегородкой. Однако во многих учреждениях камеры не оборудованы туалетами и отхожими местами, а заключенным вынуждены обращаться к сотрудникам за доступом. Такой доступ должен быть предоставлен с минимальной задержкой. Во всех случаях, лица, содержащиеся под стражей, должны иметь возможность ходить в туалет, когда им необходимо и с уважением их достоинства.<sup>165</sup> Для того чтобы заключенные имели возможность принимать душ так часто, насколько им необходимо, в учреждении должно быть предусмотрено достаточное количество душевых. Общественные душевые зоны могут представлять опасность для некоторых уязвимых заключенных, включая представителей ЛГБТИ сообщества, что следует учитывать и в максимально возможной степени предотвращать любые злоупотребления.

Должна быть гарантирована надлежащая вентиляция, чтобы заключенные (и сотрудники) могли нормально дышать, контролировать уровень влажности в жилых помещениях и избавляться от неприятных запахов. Климат, конечно же, является важным фактором. Учреждение должно обеспечивать как можно более среднюю температуру и хорошую циркуляцию воздуха во всех помещениях учреждения, независимо от температуры снаружи.

К сожалению, многие тюрьмы во всем мире не справляются со своими обязанностями, когда речь идет об обеспечении надлежащего уровня условий содержания, санитарных условий и вентиляции. Переполненность тюрем, нехватка ресурсов и плохие условия содержания в целом способствуют тому, что тюрьма является нездоровой средой, которая способствует распространению заболеваний и не отвечает критерию уважения человеческого достоинства и права на личную жизнь.

Следует предпринять меры по улучшению условий для уважения достоинства заключенных, а также в интересах персонала и общественного здоровья. Например, доказано, что плохая вентиляция в значительной степени способствует распространению туберкулеза. Проведенное в 2015 году исследование показало, что улучшение вентиляции оказывает явное положительное воздействие на сокращение распространения туберкулеза. Исследование в трех бразильских тюрьмах показало, что улучшение вентиляции в соответствии со стандартами, установленными Всемирной организацией здравоохранения, позволило снизить передачу ТБ на 38,2%, в то время как оптимизация перекрестной вентиляции позволила сократить передачу на 64,4%.<sup>166</sup>

### **Методология проведения мониторинга**

Мониторинг условий содержания, санитарных условий и вентиляции является одним из ключевых элементов контроля за состоянием здоровья в местах лишения свободы. Эти факторы, связанные с состоянием здоровья заключенных, оказывают серьезное влияние на их достоинство и здоровье, будь то заражение инфекционным заболеванием из-за плохих санитарно-гигиенических условий или вентиляции или отсутствие сна из-за нехватки коек и крайней переполненности. Важно учитывать, что условия, предлагаемые заключенному, должны быть совместимы с человеческим достоинством. Необходимо гарантировать безопасность и права всех заключенных и в то же время гарантировать каждому заключенному определенную неприкосновенность частной жизни.

Наблюдатель должен использовать все имеющиеся в его/ее распоряжении источники информации для проведения тщательной оценки условий проживания, санитарных условий и вентиляции, а также их соответствия международным стандартам и руководящим принципам.

Администрации тюрьмы можно задать определенные вопросы для оценки того, соблюдает ли оно Международные стандарты и руководства, как, например, стандарты ЕКПП в отношении личного пространства и минимальные стандарты МККК в отношении санитарии. Администрации можно задать вопрос об общих условиях в учреждении, как они оценивают эти условия и о трудностях, с которыми они сталкиваются при решении проблем и устранении недостатков.

165 APT. *Detention Focus. Sanitary facilities and personal hygiene*. Available at: <https://www.apr.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/material-conditions-detention/sanitary-facilities-and>

166 Urrego et al. (2015). The Impact of Ventilation and Early Diagnosis on Tuberculosis Transmission in Brazilian Prisons. *Am J Trop Med Hyg*, 2015 Oct;93(4):739-46. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4596592/>



Проводя интервью с заключенными, наблюдатель получит представление об их опыте проживания в учреждении с точки зрения условий содержания, санитарных условий и вентиляции. Например, заключенных можно спросить, имеют ли они неограниченный доступ к туалету и (теплому) душу, а также к чистой воде. Их также можно попросить дать оценку чистоты жилых и санитарных помещений, а также качества воздуха в их камере и других зонах учреждения.

Интервью с медицинским персоналом тюрьмы должны быть посвящены роли медицинских работников тюрьмы в обеспечении условий содержания в пенитенциарном учреждении, уважающих достоинство и здоровье заключенных. Например, можно спросить о том, проводят ли медицинские работники тюрьмы регулярную оценку условий содержания и каким образом они сообщают результаты оценки и принимают последующие меры. Также можно задать вопрос о том, имели ли место вспышки заболеваний из-за неудовлетворительных стандартов и какие принимались последующие меры (например, были ли какие-либо изменения?).

Охранники могут дать дополнительную информацию о процедурах доступа заключенных к санитарным удобствам. Кроме того, можно задать им вопрос о том, имели ли место какие-либо инциденты в санитарных помещениях, например, угрозы в адрес заключенных из ЛГБТИ сообщества или жестокое обращение с ними, и если да, то какие меры принимались для решения таких ситуаций.

Наблюдения в ходе мониторинговой инспекции имеют важное значение и дадут наблюдателю много информации о таких условиях, как наличие свободного места, переполненности, доступ к санитарным помещениям и их гигиена, а также о качестве воздуха (например, имеют ли определенные места плохой запах или высокую сырость).

Последним источником информации, который должен использовать медицинский наблюдатель в ходе мониторинговой инспекции, являются документы, в том числе любые письменные инструкции, учетные журналы и медицинские записи, к которым можно получить доступ. Это могут быть, например, любые письменные инструкции по чистке санитарных объектов или реестры вспышек инфекционных заболеваний (вызванные плохими условиями содержания, санитарными условиями или вентиляцией).

При подготовке выводов и вынесении рекомендаций по улучшению мониторинга следует всегда триангулировать информацию, полученную из различных источников информации.

## **Дополнительные материалы**

APT. *Detention Focus. Material conditions of detention*. Website: <https://www.apt.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/material-conditions-detention>

CPT (2015). *Living space per prisoner in prison establishments. CPT Standards*. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Strasbourg, 2015. Available at: <https://rm.coe.int/16806cc449>

ICRC (2013). *Water, sanitation, hygiene and habitat in prisons*. By Pier Giorgio Nembrini. Updated version from 2005. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2013. Available at: [https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc\\_002\\_0823.pdf](https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0823.pdf)

ICRC (2016). *Health care in detention. A practical guide*. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2016. Available at: [https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?\\_\\_store=default&\\_ga=2.52141101.545157892.1571396163-1731022843.1567763882](https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?__store=default&_ga=2.52141101.545157892.1571396163-1731022843.1567763882)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

UNODC (2013). *Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*. United Nations Office on Drugs and Crime, New York, 2013. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding\\_in\\_prisons\\_Ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf)

## 4.5. Применение одиночного заключения

Одиночное заключение представляет собой форму тюремного заключения, отличающуюся тем, что заключенные живут в одиночных камерах, практически не контактируя друг с другом. К числу других условий одиночного заключения относятся помещение в карцер, изоляция или карантин.

Одиночное заключение может иметь разные формы. Наиболее крайняя форма одиночного заключения применяется в тех случаях, когда заключенный содержится полностью в одиночестве и подвергается сенсорной депривации из-за отсутствия доступа к свету, звуку и/или свежему воздуху. Это можно назвать одиночным заключением в «темных камерах». Другая, несколько менее экстремальная, форма одиночного заключения – содержание заключенного в одной камере с доступом к свету и воздуху, где он/она может слышать, как заключенные и персонал перемещаются в соседних комнатах учреждения. Менее экстремальные формы одиночного заключения используются чаще.

Во многих странах мира одиночное заключение применяется более регулярно и в течение более длительных периодов времени, а чрезмерное использование одиночного заключения вызывает серьезную озабоченность. Например, в США от 80 000 до 100 000 человек содержатся в той или иной форме изоляции.<sup>167</sup> В Новой Зеландии за пятилетний период вплоть до 2016 года число случаев одиночного заключения возросло на 151% по сравнению с 16-процентным увеличением численности заключенных.<sup>168</sup>

Однако практика одиночного заключения в разных странах и даже в отдельных местах лишения свободы существенно различается, когда речь идет об обосновании применения одиночного заключения и на кого такие практики распространяются, а также о сроках и условиях одиночного заключения. Одиночное заключение может использоваться в качестве одной из форм наказания, или же в качестве превентивной меры для обеспечения безопасности учреждения с более расплывчатыми указаниями, в связи с уголовным расследованием или в качестве средства защиты заключенного. Защита может быть направлена против самого заключенного в случае риска причинения себе вреда или совершения самоубийства, или против других заключенных, если заключенному угрожают другие. В том случае, если заключенный содержится в одиночной камере для защиты от самого себя, он/она часто будет находиться либо под прямым наблюдением тюремного персонала, либо через средства видеонаблюдения в одиночной камере. Камеры, в которых содержатся такие заключенные, часто называются «камерами для наблюдения». Они могут иметь «мягкие» стены и один матрас на полу, чтобы защитить заключенного от причинения себе вреда или самоубийства.

Независимо от формы и причины одиночного заключения, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что оно может иметь негативные последствия для физического и психологического состояния заключенного.<sup>169</sup> Согласно исследованию, проведенному в 2017 году, последние исследования выявили широкий спектр неблагоприятных психологических реакций, которые часто происходят в одиночном заключении. Из симптомов можно выделить следующие:

- связанные со стрессом реакции (например, снижение аппетита, дрожание рук, потеющие ладони, повышенное сердцебиение и чувство надвигающегося эмоционального срыва)
- нарушения сна
- повышенный уровень тревоги и паники
- раздражительность, агрессия и ярость
- паранойя, размышления и жестокие фантазии
- когнитивная дисфункция, гиперчувствительность к раздражителям и галлюцинации

167 PRI. *Website key acts on solitary confinement*. Penal Reform International. Available at: <https://www.penalreform.org/issues/prison-conditions/key-facts/solitary-confinement/>

168 PRI (2018). *Global Prison Trends 2018*. Penal Reform International and Thai Institute of Justice, 2018. Available at: [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI\\_Global-Prison-Trends-2018\\_EN\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI_Global-Prison-Trends-2018_EN_WEB.pdf)

169 DIGNITY (2018). *Fact sheet on solitary confinement*. DIGNITY Danish Institute against Torture, 2018. Available at: <https://dignity.dk/en/dignitys-work/health-team/torture-methods/solitary-confinement/>

- потеря эмоционального контроля, перепады настроения, вялость, уплощённый аффект и депрессия
- увеличение числа случаев самоубийства и членовредительства
- парадоксальные тенденции к дальнейшей социальной изоляции.<sup>170 171</sup>

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Комитет ООН против пыток, ЕКПП и Специальный докладчик ООН по вопросу о пытках уделяют особое внимание применению практик одиночного заключения, которое при определенных обстоятельствах может рассматриваться в качестве одной из форм жестокого обращения или пыток.

Европейский суд по правам человека получил много дел, связанных с применением практик одиночного заключения. Приведенный ниже пример показывает, каким образом помещение заключенного в одиночную камеру может быть равносильно жестокому обращению или даже пыткам и является нарушением статьи 3 Конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию»):

*К. против Турции, от 09 октября 2012 г. Данное дело касалось заключенного-гомосексуалиста, который, пожаловавшись на акты запугивания и издевательства со стороны своих сокамерников, был помещен в одиночную камеру в сумме на 8 месяцев.*

*Суд счел, что эти условия содержания под стражей причинили ему психические и физические страдания, а также чувство того, что он был лишен своего достоинства, что представляет собой «бесчеловечное или унижающее достоинство обращение» в нарушение статьи 3 Конвенции. Он далее установил, что основной причиной одиночного заключения заявителя была не его защита, а его сексуальная ориентация. Таким образом, он пришел к выводу о том, что имело место дискриминационное обращение в нарушение статьи 14 (запрещение дискриминации) Конвенции.<sup>172</sup>*

Одиночное заключение может предусматривать бессрочное или длительное одиночное заключение, но может также включать телесные или коллективные наказания, сокращение питания заключенного или питьевой воды или помещение заключенного в темную или постоянно освещенную камеру. Неправомерное использование одиночного заключения таким образом может представлять собой одну из форм пыток или жестокого обращения и как таковое должно быть запрещено в соответствии с международным правом прав человека.<sup>173</sup>

Европейский комитет по предупреждению пыток, ЕКПП, последовательно работает над тем, чтобы свести к минимуму применение одиночного заключения, поскольку оно может причинить «психический, соматический и социальный ущерб». Кроме того, «при наличии возможности оно может обеспечить преднамеренное применение жестокого обращения». Его доклады и стандарты имеют большое значение. Особое внимание уделяется также вопросам обоснования, продолжительности, условий содержания под стражей, влияния и процессуальных прав.<sup>174</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Вопрос о применении одиночного заключения рассматривается в ряде международных конвенций, стандартов и деклараций. Международные стандарты предусматривают, что одиночное заключение должно применяться только в исключительных обстоятельствах и что его применение должно быть ограничено или отменено.

170 Haney, C (2017). Restricting the Use of Solitary Confinement. *Annual Review of Criminology*. 1: 285–310. Available at: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-criminol-032317-092326>

171 DIGNITY (2018). *Fact sheet on solitary confinement*. DIGNITY Danish Institute against Torture, 2018. Available at: <https://dignity.dk/en/dignitys-work/health-team/torture-methods/solitary-confinement/>

172 ECHR (2020). *Factsheet - Detention conditions and treatment of prisoners*. European Court of Human Rights, May 2020. Available at: [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Detention\\_conditions\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_conditions_ENG.pdf)

173 WMA (2019). *WMA Statement on Solitary Confinement*. World Medical Association, 2019. Available at: [https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/#.XcpPquAh\\_Mk.email](https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/#.XcpPquAh_Mk.email)

174 CPT (2011). *Solitary confinement of prisoners*. Council of Europe European Committee for the Prevention of Torture, 2011. Available at: <https://rm.coe.int/16806cccc6>

В соответствии с Правилами Нельсона Манделы одиночное заключение определяется как *«изоляция заключенных в течение 22 часов в сутки или более без содержательных контактов с людьми»*. Длительное одиночное заключение означает *«одиночное заключение в течение срока, превышающего 15 дней подряд»* (правило 44). Правило 43 Правил Нельсона Манделы запрещает *«одиночное заключение на неопределенный срок, длительное одиночное заключение и помещение заключенного в камеру без освещения или в постоянно освещаемую камеру»*. Правило 45 гласит, что *«к одиночному заключению следует прибегать как к крайней мере лишь в исключительных случаях в течение как можно более короткого времени, при условии осуществления независимого контроля и только с санкции компетентного органа»*.

В принципе 7 Основных принципов обращения с заключенными говорится, что *«следует прилагать и поощрять усилия по отмене одиночного содержания в качестве наказания или по ограничению его применения»*.

В правиле 60.5 Европейских пенитенциарных правил говорится, что *«одиночное заключение должно применяться в качестве наказания только в исключительных случаях и на конкретно установленный срок, который должен быть минимальным»*.

В соответствии с Правилами Нельсона Манделы, Правилами Организации Объединенных Наций, касающимися обращения с женщинами-заключенными и мер наказания для женщин-правонарушителей, не связанных с лишением свободы (*«Бангкокские правила»*), Правилами Организации Объединенных Наций, касающимися защиты несовершеннолетних, лишенных свободы, (*«Гаванские правила»*) и Специальный докладчик по вопросу о пытках, одиночное заключение должно быть запрещено для несовершеннолетних, беременных женщин, женщин с грудными детьми, а также для лиц с психическими и/или физическими недостатками, если условия их содержания под стражей будут ухудшаться.

В международных стандартах отдельно рассматривается роль медицинских работников при применении одиночного заключения.

В правиле 43.2 Правил Нельсона Манделы говорится, что *«всякий раз, когда врач считает, что физическое или психическое здоровье заключенного было нарушено или грозит быть нарушенным в результате продолжающегося пребывания в заключении или в связи с какими-либо условиями заключения, врач докладывает об этом начальнику тюремного учреждения»*.

В Правилах Нельсона Манделы далее уточняется, что медицинские работники не должны участвовать в применении одиночного заключения. Вместе с тем они должны ежедневно посещать лиц, находящихся в одиночном заключении, для оценки их физического и психического здоровья и должны иметь право рекомендовать прекращение или необходимые изменения в режиме одиночного заключения (правило 46).

В 2014 году Всемирная медицинская ассоциация опубликовала заявление об одиночном заключении, которое было обновлено в 2019 году.<sup>175</sup> В заявлении четко указано, что врачи *«никогда не должны участвовать в процессе принятия решений, приводящих к одиночному заключению, что включает в себя признание лица «пригодным» выдерживать одиночное заключение или каким-либо иным образом участвовать в его применении»*. Врачам должен быть гарантирован ежедневный доступ к заключенным, находящимся в одиночном заключении, и они должны иметь возможность действовать в условиях полной независимости от тюремной администрации. В нем говорится, что *«врачи обязаны учитывать условия содержания в одиночной камере и сообщать властям о своей обеспокоенности, если они считают, что эти условия неприемлемы или могут быть равносильны бесчеловечному или унижающему достоинство обращению. В каждой системе должны существовать четкие механизмы, позволяющие врачам сообщать о таких проблемах»*.

Роль медицинских работников в местах лишения свободы является сложной, когда речь идет об одиночном заключении, поскольку они знают, что одиночное заключение может иметь серьезные пагубные последствия для психического здоровья человека. Невозможно определить факт и момент времени, когда лицо столкнулось с негативными последствиями для здоровья в результате

---

175 WMA (2019). WMA Statement on Solitary Confinement. World Medical Association, October 2019. Available at: [https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/#.XcpPquAh\\_Mk.email](https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/#.XcpPquAh_Mk.email)

одиночного заключения, и поэтому медицинские работники должны всегда стремиться свести к минимуму негативные последствия для здоровья такого лица, а именно обеспечивать соблюдение законодательства и нормативно-правовых актов властями. Отказ от рекомендации о прекращении одиночного заключения может фактически подразумевать косвенное одобрение этой меры, что представляет собой трудную дилемму для медицинских работников. Медицинские работники ни в коем случае не должны участвовать в применении одиночного заключения.

Международные стандарты четко предусматривают, что одиночное заключение должно применяться только в исключительных обстоятельствах или в тех случаях, когда оно абсолютно необходимо для целей уголовного расследования, однако в большинстве случаев оно не является надлежащей формой наказания / взыскания. Среди сотрудников пенитенциарных учреждений, специалистов в области психического здоровья, юристов и правозащитных организаций формируется консенсус в отношении необходимости резкого ограничения применения одиночного заключения.<sup>176</sup>

Изоляция заключенных связана с рядом негативных последствий для их физического и психического здоровья (как отмечалось выше). Согласно Шалев, степень ущерба, причиняемого заключенному при содержании в одиночном заключении, зависит от ряда факторов, включая:

- индивидуальные факторы, такие как обстоятельства личности и ранее существовавшие проблемы со здоровьем;
- факторы окружения, то есть физические условия и обстоятельства;
- контекстуальные факторы, в том числе:
- особый режим, например, продолжительность нахождения в одиночной камере, частота контакта с человеком и т.д.
- контекст содержания в одиночной камере, например, как наказание, защита, добровольно или недобровольно, по политическим/уголовным причинам; и его продолжительность.<sup>177</sup>

Одиночное заключение в «темной камере» никогда не должно использоваться и является очевидной формой пыток. Одиночное заключение в одиночной камере с доступом к нормальному освещению и воздуху должно применяться лишь в исключительных обстоятельствах в течение очень короткого периода времени. В таких случаях заключенный должен на ежедневной основе находиться под пристальным наблюдением медицинского работника. Медицинский работник должен констатировать любое ухудшение физического или психического здоровья заключенного, и в этом случае одиночное заключение должно быть немедленно прекращено. Изоляция на срок свыше двух недель запрещена правилом 43(1)(b) Правил Нельсона Манделы. Такие случаи следует рассматривать как «четкую границу, после которой одиночное заключение более не является законным инструментом для использования государством независимо от обстоятельств», как заявил бывший Специальный докладчик ООН по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания.<sup>178</sup>

Помимо одиночного заключения в качестве одной из форм наказания, некоторые тюремные системы используют одиночное заключение для наблюдения за заключенным, намеревающимся совершить самоубийство. Несмотря на то, что заключенные помещаются в такие камеры на основании принципа их защиты от самих себя, необходимо, чтобы медицинские наблюдатели и работники внимательно следили за условиями и возможными последствиями такого одиночного заключения для здоровья заключенных.

Пенитенциарное учреждение должно вести учет использования всех форм одиночного заключения. Этот реестр должен включать информацию об удостоверении личности лиц, содержащихся в учреждении; причинах принятия такого решения; дате начала и дате конца; органе, принявшем

176 Haney, C (2017). Restricting the Use of Solitary Confinement. *Annual Review of Criminology*. 1: 285–310. Available at: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-criminol-032317-092326>

177 Shalev (2008). *A sourcebook on solitary confinement*. Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics and Political Science, 2008. Available at: <http://www.cpt.coe.int/en/conferences/cpt25-Panel4-Shalev.pdf>

178 Специальный докладчик ООН по вопросу о пытках, Соединенное королевство 8,eden 93eden в 2015 г. Пытки как борьба с применением оружия. Изоляция женщин – ответы на вопросы, заданные государствами-членами в ходе интерактивного диалога на шестьдесят шестой сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, 18 октября 2011 года, стр. 8; доклад Специальный докладчик ООН по вопросу о пытках (A/66/268, 5 августа 2011 года), пункт 26.

решение и решение по любой поданной апелляции; все даты медицинского освидетельствования до начала и во время пребывания в изоляции и медицинские рекомендации.

### **Методология проведения мониторинга**

Медицинский наблюдатель должен оценивать проблемы в местах лишения свободы, связанные с подходом тюремной (медицинской) службы к одиночному заключению и соблюдением учреждением международных стандартов в отношении применения одиночного заключения. Наблюдатель должен оценить, может ли способ применения одиночного заключения в учреждении приравниваться к жестокому обращению или пыткам, включая сбор информации и данных о применении различных форм одиночного заключения и связанных с ними процедур.

Например, при проведении интервью с администрацией тюрем наблюдатель может спросить руководство о роли медицинских работников в применении одиночного заключения и об оценке состояния заключенных, находящихся в одиночном заключении. Администрация может также более подробно рассказать о процедурах, связанных с одиночным заключением, а также о правилах и практике в отношении таких особых групп, как заключенные с риском самоубийства или членовредительства; лица, которые обращаются с просьбой о применении одиночного заключения для собственной защиты; и заключенные женщины / дети / психически больные.

Интервью с заключенными должны включать как самих заключенных, находящихся или находившихся в одиночном заключении, так и других заключенных. Интервью с людьми, которые находились или находятся в одиночном заключении, можно посвятить процессу, связанному с применением одиночного заключения, условиям одиночного заключения, повседневной жизни в условиях одиночного заключения и оценке того, каким образом одиночное заключение могло повлиять на человека и его/ее здоровье. Заключенных можно также спросить, считают ли они, что некоторые группы заключенных могут подвергаться содержанию в одиночной камере на дискриминационных основаниях.

Тюремным медицинским работникам следует задавать вопросы об их роли в одиночном заключении как при его применении, так и при оценке положения заключенных, находящихся в одиночном заключении (включая регистрацию результатов их оценок). Медицинские работники тюрем могут также подробно рассказать о своих проблемах и (этических) дилеммах, связанных с применением одиночного заключения.

Охранники чаще всего контактируют с заключенными, и их можно спросить об их роли как в помещении того или иного лица в одиночную камеру, так и во время одиночного заключения. Например, интервью с охранниками можно посвятить вопросу доступа заключенных, находящихся в одиночном заключении, к свежему воздуху и повседневной деятельности.

В ходе мониторинговой инспекции наблюдатель должен оценить условия содержания в одиночных камерах с точки зрения их гигиены, а также стандартов в отношении площади, освещения, вентиляции, температуры и доступа к туалету и душевым. Если в учреждении предусмотрены специальные камеры для наблюдения за заключенными, склонным к членовредительству или совершению самоубийства, то такие камеры также должны пройти оценку наблюдателя.

Также следует изучить документы как решающий источник информации. К таким документам относятся, например, письменные инструкции по применению (различных форм) одиночного заключения и журналы их применения. Наблюдатель может также ознакомиться с медицинской картой заключенных, находящихся или находившихся в одиночном заключении, для проверки новых записей в связи с одиночным заключением. Это могут быть записи посещений и оценок медицинских работников состояния заключенных, находящихся в одиночном заключении.

Информация из журналов должна сопоставляться с информацией, полученной от лиц, подвергнутых одиночному заключению, а также с информацией, полученной от медицинских работников, включая медицинские записи.

При подготовке выводов и вынесении рекомендаций по улучшению мониторинга следует всегда триангулировать информацию, полученную из различных источников информации.

## Дополнительные материалы

APT. *Webpage: Detention Focus. Solitary confinement.* Association for the Prevention of Torture. Available at: <https://www.apr.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/safety-order-and-discipline/solitary-confinement>

CoE (2006). *European Prison Rules.* Council of Europe, Strasbourg, 2006. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules\\_978-92-871-5982-3.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules_978-92-871-5982-3.pdf)

DIGNITY (2018). *Fact sheet on solitary confinement.* DIGNITY Danish Institute against Torture, 2018. Available at: <https://dignity.dk/en/dignitys-work/health-team/torture-methods/solitary-confinement/>

Shalev (2008). *A sourcebook on solitary confinement.* Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics and Political Science, 2008. Available at: <http://www.cpt.coe.int/en/conferences/cpt25-Panel4-Shalev.pdf>

UN (1991). *Basic Principles for the Treatment of Prisoners.* United Nations resolution, adopted by the General Assembly, 28 March 1991. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules).* United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson\\_Mandela\\_Rules-E-ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf)

WMA (2019). *WMA Statement on Solitary Confinement.* World Medical Association, October 2019. Available at: [https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/#.XcpPquAh\\_Mk.email](https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/#.XcpPquAh_Mk.email)

## 4.6. Применение личного обыска

Личный обыск может являться необходимой мерой безопасности в местах лишения свободы для предотвращения ввоза опасных предметов (таких, как оружие), наркотиков или других запрещенных предметов (таких, как мобильные телефоны). Личный обыск может осуществляться тремя различными способами:

1. досмотр с обыском или первичный обыск, которые проводятся без раздевания;
2. досмотр с раздеванием, который относится к досмотру после изъятия части или всей одежды заключенного, с тем чтобы провести визуальный осмотр всех частей тела без физического контакта;
3. Осмотр полости тела (инвазивный или интимный) с проведением физического осмотра полостей тела (например, влагалища или ануса).<sup>179</sup>

Личный досмотр в основном проводится в отношении заключенных, однако он может также проводиться в отношении посетителей заключенных, включая профессиональных посетителей (социальные работники и тюремный (медицинский) персонал). Как правило, личный досмотр происходит в момент поступления заключенного, до и/или после посещения, когда принимается решение о помещении в одиночную камеру или после физических упражнений или семинаров. Иногда класс заключенного подразумевает определенный режим обыска по соображениям безопасности. Например, заключенный, подозреваемый в терроризме, может быть подвергнут обыску каждый раз, когда он/она выходит или входит в камеру.

Поскольку личный досмотр может быть весьма инвазивным для досматриваемого лица, он может иметь последствия для физического и психического здоровья, что особенно характерно для досмотра полостей тела.

### Актуальность превентивного мониторинга

*«Мы проходим обыск с раздеванием после каждого свидания. Нас заставляют раздеваться, наклоняться, ощупывают наши конечности, раздвигают ягодицы. Если у нас критические дни, нам необходимо вынимать тампон в их присутствии. Это оскорбительное и унижающее обращение. Опорожнение мочевого пузыря необходимо производить в бутылку в их присутствии. Если мы не можем или не хотим, нас лишают посещения на три недели».* (заключенная из тюрьмы Фэйрли, Австралия).<sup>180</sup>

Личные досмотры являются высоким риском для возникновения ситуаций насилия, жестокого обращения и даже пыток, а также могут стать основой для принуждений, домогательств, возмездия или дискриминации. Физиологический эффект и нарушение права на чувство собственного достоинства могут быть усугублены для заключенных, исповедующих некоторые религии или имеющих определенные культурные корни, равно как и для арестантов, находящихся в положении уязвимости и ранее подвергавшимся сексуальным надругательствам.

В 2015 году Международная тюремная реформа совместно с Ассоциацией по предотвращению пыток опубликовали документ *«Личный обыск. Устранение факторов риска для предотвращения пыток и жестокого обращения»* в рамках механизма мониторинга условий в местах лишения свободы. В этом документе содержится всеобъемлющий обзор различных видов личного обыска, международных стандартов, ситуаций, сопряженных с риском злоупотреблений, жестокого обращения или пыток, а также мотивирующие рекомендации, с которыми могут ознакомиться тюремные надзиратели. Часть информации, содержащейся в документе, была включена в эту главу, однако медицинским наблюдателям рекомендуется ознакомиться с полным текстом документа при проведении мониторинговой инспекции, уделив особое внимание к теме личного обыска.

179 PRI (2015). *Body searches. Addressing risk factors to prevent torture and ill-treatment*. Penal Reform International and Association for the Prevention of Torture, 2015. Available at: <https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2016/01/factsheet-4-searches-2nd-v5.pdf>

180 George A, 'Strip searches: sexual assault by the state', in *Without consent: confronting adult sexual violence*, Australian Institute of Criminology, 1993, p211.



В силу своего интрузивного характера любой личный обыск в принципе может быть бесчеловечным или унижающим достоинство. Чем более интрузивным будет способ обыска, тем сильнее будет чувство унижения, покорности и незащитности. Даже в случаях, когда проведение обысков является в принципе законным, унижающие достоинство методы его проведения, а также методы, вызывающие ощущение сексуального домогательства или неполноценности, могут представлять собой случаи бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.

Кроме того, посетители могут подвергаться личному досмотру, который является унижительным и вызывает ощущение сексуального домогательства или неполноценности. Таким образом, посетители могут даже отказаться посещать заключенного, что имеет негативные последствия для него/нее.

Европейский суд по правам человека вынес несколько решений, в которых особое внимание было уделено наиболее инвазивной форме личного досмотра, когда человек раздевается полностью, а в некоторых случаях его/ее также просят присесть для визуального осмотра половых органов и анальных областей. Суд подтвердил, что такие досмотры могут унижать достоинство, если они проводятся не из соображений необходимости.

Ниже приводится пример дела, в котором Суд признал факт нарушения статьи 3 Европейской конвенции о правах человека (*«никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство обращению и наказанию»*).

*Валашинас против Литвы, от 24 июля 2001 г. Заявитель отбывал наказание в виде тюремного заключения за кражу, хранение и торговлю огнестрельным оружием. Заявителю было приказано, после посещения родственниками, раздеться догола в присутствии женщины, служащей тюрьмы. По словам заявителя, целью этой проверки было его унижение перед женщиной. Заявителю затем было приказано несколько раз сесть-встать, а его половые органы и полученная от родственников еда были ощупаны служащими без перчаток.*

Суд установил, что способ проведения этого конкретного досмотра свидетельствует о явном неуважении к заявителю и фактически унижает его человеческое достоинство. Он пришел к выводу о том, что досмотр представляет собой унижающее достоинство обращение в нарушение статьи 3 (запрещение бесчеловечного или унижающего достоинство обращения) Конвенции.<sup>181</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Вопрос о применении личных обысков в местах лишения свободы регулируется несколькими международными стандартами, включая Правилами Нельсона Манделы, Заявлении ВМА о личных досмотрах заключенных и Европейские пенитенциарные правила. В этих документах подчеркивается необходимость правил, регулирующих практику досмотра, исключительный характер личных досмотров и необходимость того, чтобы досмотр производился с уважением достоинства заключенного и проводился квалифицированным персоналом того же пола. Они также рекомендуют разработку и использование альтернативных методов поиска.

В Правилах Нельсона Манделы подчеркивается, что *«обыски проводятся таким образом, чтобы обеспечивать уважение человеческого достоинства и неприкосновенности частной жизни обыскиваемого лица, а также соблюдение принципов соразмерности, законности и необходимости»* (правило 50) и что *«обыски не должны использоваться в целях запугивания, устрашения или неоправданного посягательства на неприкосновенность частной жизни заключенного»* (правило 51). Они должны проводиться *«только в случае крайней необходимости»* (правило 52). В Правилах Нельсона Манделы также подчеркивается важность подотчетности и необходимости ведения отчетов об обысках, указании причины проведения этих обысков, информации о проводивших их лицах и результатов обысков (правило 51).

В Правилах Нельсона Манделы, а также в Бангкокских правилах говорится, что обыск должен проводиться лицом того же пола, что и лицо, подлежащее (правило 81 (3) Правил Нельсона Манделы и правило 19 Бангкокских правил).

181 ECHR (2020). *Factsheet – Detention conditions and treatment of prisoners*. European Court of Human Rights, May 2020. Available at: [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Detention\\_conditions\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_conditions_ENG.pdf)

Что касается роли медицинских работников в проведении личного досмотра, то в правилах Манделы говорится, что «обыски с обследованием полостей тела осуществляются только квалифицированными медицинскими специалистами, которые не несут главную ответственность за обеспечение ухода за заключенными, или персоналом, прошедшим как минимум надлежащую подготовку у медицинских специалистов по вопросам соблюдения стандартов гигиены, охраны здоровья и безопасности» (правило 52.2).

Вместе с тем участие медицинских работников в досмотре полостей тела является сложным и спорным вопросом. С одной стороны существует опасность нанесения телесных повреждений, если осмотр полости тела не проводится лицом, имеющим соответствующие медицинские навыки. С другой стороны, участие медицинских работников повлияет на отношения между заключенным и медицинским работником и может повлиять на доверие заключенного к медицинскому персоналу. Медицинские работники будут рассматриваться как часть системы безопасности, работающая в интересах администрации тюрьмы, вместо того чтобы быть независимыми и работать в интересах заключенного.

В 1993 году Всемирная медицинская ассоциация издала Заявление, посвященное личному досмотру заключенных.<sup>182</sup> В Заявлении излагаются основополагающие принципы неприкосновенности частной жизни и достоинства личности в связи с личным досмотром. В Заявлении подчеркивается этическая дилемма участия тюремных медицинских работников в таких досмотрах, изложенная в 14 принципах, включая то, что «участие врачей в обследовании полостей тела для целей правоприменения или общественной безопасности затрагивает сложные вопросы прав пациента, осознанного согласия, фидуциарных обязательств врача (вопросы двойной лояльности) и их ответственность за содействие улучшению общественного здоровья. Просьба о проведении досмотра полостей тела ставит врача в неприемлемое положение, потенциально нарушающее этические нормы профессии врача. Участие врачей должно осуществляться только в исключительных случаях».<sup>183</sup>

В отличие от этого правила в правиле 54.7 Европейских тюремных правил рассматривается роль тюремного медицинского работника в проведении личного досмотра и указывается, что «интимный осмотр, связанный с обыском, может производиться только врачом».

В заключение существует также аргумент, что даже если медицинский специалист не отвечает за лечение заключенного, но работает в правоохранительных органах и имеет должность, отличную от лица, оказывающего лечение, и, возможно, обеспечивающего получение осознанного согласия от заключенного, он/она все равно будет сталкиваться с риском нанесения ущерба отношениям между врачом и пациентом в целом и подрыва доверия к медицинским работникам в частности.

Поэтому медицинским работникам не рекомендуется заниматься досмотром полостей тела, как это отмечается Всемирной медицинской ассоциацией.

Помимо заключенных, личные досмотры могут также производиться в отношении посетителей и сотрудников в особых случаях, с тем чтобы не допустить проникновения запрещенных предметов в учреждение. Обязанность обеспечивать безопасность тюрьмы всегда должна быть сбалансирована с учетом права посетителей и персонала на личную жизнь. В Правилах Нельсона Манделы относительно этой процедуры говорится следующее: «процедуры досмотра и допуска посетителей не должны быть унижительными и должны регулироваться принципами, которые должны носить как минимум такой же защитный характер, как и те, что изложены в правилах 50–52. Следует избегать обысков с обследованием полостей тела и никогда не проводить такие обыски в отношении детей». (правило 60.2).

Учреждение должно вести записи применения любых видов личного досмотра для целей подотчетности. Записи должны включать по крайней мере следующую информацию: идентификационные данные и пол обыскиваемого лица; дата и время обыска; характер досмотра; помещение, в котором проходил досмотр; идентификационные данные и пол тех, кто произвел досмотр; причина проведения досмотра; информация, предоставленная обыскиваемому лицу

182 WMA (1993, rev. 2016). *Statement on body searches of prisoners*. World Medical Association, 2016. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners/>.

183 WMA (2016). *WMA Statement on Body Searches of Prisoners*. World Medical Association, 1993, revisions in 2005 and 2016. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners/>

относительно причин и характера обыска; удостоверение сотрудника, ответственного за решение о проведении обыска; результаты обыска; уровень сотрудничества обыскиваемого лица / применение силы, вызванное необходимостью. В идеале лицо, осуществляющее обыск, должно подтвердить личной подписью, что вышеуказанная информация, внесенная в журнал, является правильной.

Во избежание злоупотреблений и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения в учреждении должны быть приняты законы и строгие правила и положения, регулирующие проведение личных обысков. В них должно быть указано, когда разрешается применение обыска на основе критериев необходимости, разумности и соразмерности, а также принципа «исключительного случая» для досмотра полости тела. Во всех случаях, когда это возможно, следует использовать альтернативные методы, например, электронные сканирующие устройства, как это подчеркивается в международных стандартах.

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатели играют важную роль в изучении того, как, когда и по какой причине проводятся личные обыски, а также действующих в учреждении правил и положений. Личный обыск является примером меры, которая, хотя и является законной и оправданной при определенных обстоятельствах, на деле может быть приравнена к жестокому обращению.

Путем наблюдения за процедурами, изучения журналов учета, интервью с заключенными, охранниками, медицинским персоналом и администрацией тюрьмы, медицинский наблюдатель может дать оценку тому, используются ли личные обыски в качестве законных и адекватных мер безопасности, или создают основания для беспокойства на системном уровне.

При проведении интервью с администрацией учреждения медицинский наблюдатель должен спрашивать о любых существующих руководящих принципах / политике в отношении личного обыска заключенных, посетителей и других лиц. Администрацию можно попросить более подробно изложить общие процедуры проведения личных обысков и участия различных сотрудников в работе учреждения. Можно было бы также изучить вопрос о наличии специальных руководящих принципов или процедур для женщин, представителей ЛГБТИ-сообщества и детей. Кроме того, администрации можно задать вопрос о том, существуют ли альтернативы личному обыску (например, электронные сканирующие устройства) и что происходит в том случае, если какое-либо лицо отказывается от досмотра или подает жалобу после проведения личного досмотра.

Интервью с заключенными могут дать медицинскому наблюдателю информацию из первых уст о том, как проводился личный обыск. Заключенным можно задать вопрос об общей процедуре, когда они подвергаются личному обыску (как по прибытии в учреждение, так и по мере их пребывания в учреждении), о том, какого рода личный обыск они проходили и как они относятся к этому.

Медицинский персонал тюрем можно также спросить об их участии / роли в проведении личных обысков. Например, медицинский наблюдатель может попросить их рассказать о том, как они решают задачу личного досмотра с точки зрения медицинской этики и их профессиональной независимости, и указать на основные проблемы, с которыми они сталкиваются.

Интервью с охранниками должны быть посвящены их участию / роли в проведении личных обысков. Например, охранникам может быть предложено сообщить о любых проблемах и возможных негативных инцидентах, связанных с личными обысками, проводимыми в учреждении.

Личное наблюдение должно касаться главным образом осмотра помещений / комнат, в которых проводятся личные обыски, с тем чтобы убедиться в соблюдении конфиденциальности обыскиваемого лица.

При изучении документов медицинский наблюдатель может найти письменные инструкции по проведению различных видов личного обыска. Журналы учета должны проверяться на предмет наличия записей о личном обыске и наличия всей необходимой информации (перечень такой информации приводится выше).

При подготовке выводов и вынесении рекомендаций по улучшению мониторинга следует всегда триангулировать информацию, полученную из различных источников информации.

## Дополнительные материалы

APT. *Detention Focus: Body searches*. Available at: <https://www.apt.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/safety-order-and-discipline/body-searches>

CoE (2006). *European Prison Rules*. Council of Europe, Strasbourg, 2006. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules\\_978-92-871-5982-3.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules_978-92-871-5982-3.pdf)

PHR. *Dual Loyalty and Human Rights. Guidelines for Prison, Detention and Other Custodial Settings*. Physicians for Human Rights, Boston, USA. Available at: <https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf>

PRI (2015). *Body searches. Addressing risk factors to prevent torture and ill-treatment*. Penal Reform International and Association for the Prevention of Torture, 2015. Available at: <https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2016/01/factsheet-4-searches-2nd-v5.pdf>

PRI/APT (2015). *Balancing security and dignity in prison: a framework for preventive monitoring, 2nd edition*, Penal Reform International & Association for the Prevention of Torture, 2015. Available at: <https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2016/01/security-dignity-2nd-ed-v6.pdf>

UN (2010). *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules)*. United Nations General Assembly, New York, December 2010. Available at: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2016/07/BangkokRules-Updated-2016-with-re-numbering-SMR.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WMA (1993, rev. 2016). *Statement on body searches of prisoners*. World Medical Association, 2016. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners/>

## 4.7. Использование проб мочи

Во многих местах лишения свободы сотрудники регулярно проводят обязательные анализы на наркотики путем взятия у заключенных проб мочи, главная цель которых заключается в выявлении и недопущении употребления запрещенных веществ в таких учреждениях. Кроме того, наиболее широко используемым методом мониторинга в рамках программ лечения наркоманов является анализ мочи.

Заключенные, которые сдают анализы на наркотики / алкоголь с помощью анализа мочи, могут выбираться произвольно или намеренно (по подозрению в употреблении психоактивных веществ). Кроме того, сдача анализов может быть обязательной или добровольной для заключенных. Во многих странах выборочная проверка заключенных проводится регулярно. Некоторые заключенные, подозреваемые в употреблении наркотиков, могут проходить анализы чаще. Заключенные, которые добровольно участвуют в программе лечения наркоманов, могут быть обязаны сдавать анализы мочи в рамках этой программы.

Сама по себе обязательная сдача анализов на наркотики с помощью анализа мочи не может решить проблему наркотиков в тюрьмах, однако оно способствует достижению общей цели сокращения потребления наркотиков в тех случаях, когда оно является частью более широкой и всеобъемлющей стратегии борьбы с наркотиками.

Анализ мочи является наиболее технологически развитым методом выявления употребления наркотиков. Он является относительно недорогостоящим, легким в использовании, удобным и легко доступным и поэтому является популярной мерой контроля и безопасности, используемой в местах лишения свободы.

Анализ мочи может показать, употреблял ли человек наркотики в течение последних 1-7 дней. Наиболее распространенными видами наркотиков, которые проверяются с помощью анализа мочи, являются амфетамины, барбитураты, кокаин и его метаболиты, кодеин, метадон, морфин и другие опиаты, марихуана и фенциклидин. Помимо анализов на употребление запрещенных наркотиков, образцы мочи могут использоваться также для анализов на употребление алкоголя. Период, в течение которого алкоголь может быть обнаружен в моче, зависит от типа проводимого анализа и варьируется от 2 до 12 часов после потребления (анализ мочи этанола) до 8-80 часов после потребления (анализ мочи EtG).<sup>184</sup> Тем не менее, анализ дыхания или крови может с большей надежностью выявить уровень употребления алкоголя.

Комплекты для анализа мочи не отличаются абсолютной достоверностью и надежностью. Например, ложноположительная реакция может иметь место, когда человек не принимает запрещенные наркотики, но потребляет пищу, содержащую законное количество конопли, коки или опиума. Таким образом, практика направления положительных результатов анализа в лаборатории для подтверждения может стать важным компонентом обеспечения безопасности заключенных.

Заключенные могут попытаться манипулировать результатами анализов, например, выпив много воды непосредственно перед проведением анализа мочи (если они знают о нем заранее), разбавляя мочу водопроводной водой, добавляя к моче вещества, которые могут повлиять на результаты анализов, или используя мочу другого заключенного, если при проведении анализа не проводится непосредственного наблюдения.

### Актуальность превентивного мониторинга

При запросе у заключенного образца мочи необходимо всегда уважать его достоинство и право на личную жизнь. Администрация может злоупотреблять своими полномочиями и контролем, например, требуя от заключенных немедленно сдать анализ мочи под надзором нескольких сотрудников или запрашивая образцы чаще, чем это необходимо. Обстоятельства, при которых заключенный должен сдать анализ мочи, в некоторых случаях могут быть приравнены к жестокому обращению.

---

184 См.: <https://www.therecoveryvillage.com/alcohol-abuse/faq/how-long-does-alcohol-stay-in-your-system/#gref>

Если заключенный отказывается сдать анализ мочи, это часто приводит к такому же наказанию, как если бы у него / нее был положительный результат на наркотики. В редких случаях заключенные не столько отказываются сдавать образцы мочи, сколько находятся не в состоянии сдать анализ по первому требованию. Например, заключенный может принимать лекарства, которые затрудняют мочеиспускание, или страдать синдромом застенчивого мочевого пузыря – психологическим состоянием, при котором у людей возникают проблемы с мочеиспусканием в присутствии других людей.<sup>185</sup>

Ниже приводится пример дела, рассмотренного в Европейском суде по правам человека, который продемонстрировал дилеммы, возникающие в тех случаях, когда заключенный не в состоянии сдать анализ мочи:

*Янг против Соединенного королевства (Young v. United Kingdom).* В 1999 году заявительница, страдающая церебральным параличом, была приговорена к шести месяцам тюремного заключения. Физические последствия ее состояния включали в себя неспособность ходить более чем на несколько шагов, в результате чего она в основном передвигалась на инвалидной коляске и не контролировала свой мочевой пузырь. Кроме того, она была не способна обрабатывать информацию как раньше. В январе 2000 года заявительнице было предложено незамедлительно направить в тюремную администрацию образец мочи для обязательного анализа на наркотики. Она указала, что она не может выполнить эту просьбу немедленно. Она отклонила предложение выпить стакан воды, поскольку трудность заключалась не в объеме мочи, которую она могла бы произвести, а в отсутствии двигательного контроля над ее мочевым пузырем. Ее поместили в камеру, а женщина-охранник ждала образец вместе с ней. Поскольку никаких образцов получено не было, сотрудник тюрьмы заявил, что действия заявительницы будут рассматриваться как отказ и могут привести к дополнительным дням лишения свободы. Остается неясным, объясняла ли заявительница сотрудникам тюрьмы причину, по которой она не предоставила образец мочи. Хотя тюремная служба была осведомлена о ее состоянии, заявительница не предоставила добровольно информацию о том, что она не может контролировать свой мочевой пузырь, поскольку ей было слишком стыдно. Ее смущение усугубилось тем, что в тот день у нее начались месячные. В последующие дни заявительницу дважды доставляли к начальнику тюрьмы. Он установил, что она нарушила законный приказ и приговорил ее к 14 дням дополнительного заключения. Она указывает на тот факт, что начальник не принял во внимание ее инвалидность. Затем заявительница более подробно изложила свое дело в письменном виде, разъяснив свои физические трудности и указав на то, что ее беспокоит публичное обсуждение функций ее организма. Начальник сократил санкцию до трех дней дополнительного содержания под стражей. Адвокаты заявителя подготовили от ее имени заявления на имя управляющего тюремного округа, который ответил, что, по его мнению, решение начальника тюрьмы является правильным и что в связи с инвалидностью заявителя были приняты соответствующие меры, предусматривающие сокращение срока наказания. Таким образом, дата освобождения заявителя была перенесена на три дня – пятницу, 26 января 2000 года. Однако по внутренним административным причинам она была освобождена лишь в понедельник утром.<sup>186</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Ни один из международных стандартов, упоминаемых в настоящем руководстве, включая Правила Нельсона Манделы, Бангкокские правила и Стандарты ЕКПП не содержит каких-либо конкретной информации по вопросу анализа мочи.

В некоторых странах могут быть приняты национальные законы и/или руководящие принципы, касающиеся методов взятия проб мочи и анализа результатов в местах лишения свободы.<sup>187</sup> Кроме

185 См., например, Постановление Пенитенциарной службы об обязательном тестировании на наркотики в Пенитенциарной службе Соединенного Королевства, пункт 6.63, 6.64. Доступ по ссылке: <https://www.justice.gov.uk/offenders/psos>

186 European Court of Human Rights. *Information Note No 48 on the case-law of the Court December 2002*. Young v. United Kingdom. Application No. 60682/00. Included in 'Humanity in Prison. Questions of definition and audit' by Andrew Coyle, International Center for Prison Studies. Available at: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/humanity\\_in\\_prison.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/humanity_in_prison.pdf)

187 HM Prison Service (2007). *Prison Service Order on Mandatory Drug Testing*. Available for download at: <https://www.justice.gov.uk/offenders/psos>

того, в Законе об исполнении наказаний в Дании содержится требование о том, что отбор проб мочи должен проводиться и контролироваться только лицами того же пола, что и заключенные.<sup>188</sup>

В некоторых системах моча должна отбираться в разумное время на протяжении суток с использованием специального пластикового контейнера или набора, предоставленного конкретной лабораторией. Зачастую проба должна забираться под надзором тюремного персонала. Медицинские работники тюрем ни в коем случае не должны привлекаться к проведению анализов мочи с целью выявления случаев незаконного употребления наркотиков или алкоголя в немедицинских целях. Они должны принимать участие в процессе анализа мочи только на основании медицинских показаний и с осознанного согласия пациента.

Если заключенный не может сдать анализ мочи, ему/ей должен быть предоставлен разумный период времени (например, максимум 3 часа), для этой цели. Если заключенный отказывается или не может сдать анализ мочи – при условии, что для этой цели ему/ей был предоставлен разумный срок, – часто его/ее обвиняют в совершении нарушения, связанного с наркотиками, и/или подвергают наказанию.

Важно, чтобы то или иное учреждение вело журнал учета использования проб мочи для анализа употребления наркотиков. Этот журнал должен включать по крайней мере следующую информацию: идентификационные данные и пол лица, сдающего анализы, дата и время отбора пробы мочи; основания для проведения анализа; идентификационные данные лица, которое заказало проведение анализа, а также лиц, которые присутствовали при отборе пробы; место, где производился отбор проб; уровень сотрудничества с лицом, сдающим анализы; результаты анализа. В идеале лицо, сдающее анализы, должно подтвердить своей/ее подписью правильность внесенной в журнал информации.

### **Методология проведения мониторинга**

При осуществлении мониторинга за тем, как учреждение проводит анализ мочи для выявления случаев употребления запрещенных наркотиков и/или алкоголя, оно должно использовать все имеющиеся в распоряжении источники информации.

При проведении интервью с администрацией пенитенциарного учреждения медицинский наблюдатель должен уделять внимание общей политике и процедурам в отношении процесса анализа мочи. Медицинский наблюдатель может, например, спросить администрацию о том, существуют ли какие-либо внутренние инструкции по анализу мочи в учреждении. Администрацию также можно спросить о последствиях для заключенного, проба которого дала положительный результат, и для заключенного, который отказывается или не может сдать пробу.

В ходе интервью с заключенными можно получить информацию о способе проведения анализа и обеспечивается ли при этом уважение их достоинства. Вопросы могут включать, например, где и как проводятся анализы, что происходит, когда заключенный не в состоянии сдать анализ мочи, и что происходит в случае положительного результата.

Интервью с тюремным медицинским персоналом должны быть посвящены их роли в использовании проб мочи для выявления факта употребления запрещенных веществ. Например, участвуют ли они в отборе проб мочи или в толковании результатов анализа?

Охранники, вероятно, будут в состоянии проинформировать наблюдателя о процедуре анализа мочи, поскольку они, скорее всего, будут принимать в этом непосредственное участие. Медицинский наблюдатель, например, может спросить охранников об основных трудностях, связанных с процессом анализа мочи, и о любых негативных случаях, которые могли иметь место в последние годы.

Медицинский наблюдатель должен использовать свои навыки наблюдения для осмотра помещений, комнат, санитарно-гигиенических объектов, где проводятся анализы мочи, и для установления факта соблюдения права заключенного на личную жизнь и достоинство заключенного.

---

188 Folketingets Ombudsmand (2016). *Thematic report 2016 on body searching and urine sampling*. Folketingets Ombudsmand, Denmark, 2016. Available at: [https://en.ombudsmanden.dk/publications/thematic\\_reports/thematic\\_report\\_2016\\_on\\_body\\_searching\\_and\\_urine\\_sampling/](https://en.ombudsmanden.dk/publications/thematic_reports/thematic_report_2016_on_body_searching_and_urine_sampling/)

И наконец, в рамках мониторинга состояния здоровья следует изучать любые имеющиеся документы, касающиеся анализа мочи. К таким документам относятся, например, любые существующие руководящие принципы, касающиеся методов проведения анализов мочи, толкования их результатов и последствий положительного теста для заключенного. Наблюдатель должен также проверять, ведет ли учреждение журнал учета использования проб мочи для анализа на содержание наркотиков и содержит ли он обязательную информацию, указанную выше.

При подготовке выводов и вынесении рекомендаций по улучшению мониторинга следует всегда триангулировать информацию, полученную из различных источников информации.

### **Дополнительные материалы**

MacDonald M (1997). *Mandatory drug testing in prisons*. Centre for Research into Quality, The University of Central England in Birmingham, January 1997. Available at: [https://www.iprt.ie/site/assets/files/5994/mandatory\\_drug\\_testing\\_\\_morag\\_macdonald.pdf](https://www.iprt.ie/site/assets/files/5994/mandatory_drug_testing__morag_macdonald.pdf)



## 4.8. Применение силы

Сотрудники полиции и пенитенциарных учреждений могут прибегнуть к применению силы с целью добиться соблюдения требований не подчиняющимся заключенным. В настоящей главе под применением силы подразумевается исключительно применение силы сотрудниками полиции и пенитенциарных учреждений, а не заключенными, посетителями или другими лицами. Применение силы заключенными называется насилием и рассматривается в соответствующей главе раздела 5.

Применение силы включает в себя широкий круг различных методов и техник, которые могут быть определены в соответствующие категории принципов применения силы. Принципы применения силы – это стандарт/модель, в которой изложены руководящие принципы для сотрудников правоохранительных органов и гражданских лиц в отношении того, в какой степени силовые методы могут применяться против лица, оказывающего сопротивление в той или иной конкретной ситуации. Применение принципов применения силы имеет множество различных форм. В качестве примера можно привести Национальный институт правосудия США, о котором говорится в вставке 9.

### ВСТАВКА 9. ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИЛЫ

**Присутствие сотрудника полиции** – сила не применяется. Считается лучшим способом разрешения ситуации.

**Устные требования/команды** – нефизическая сила.

**Простое силовое воздействие** – сотрудники используют физическую силу для получения контроля над ситуацией.

**Менее смертоносные методы** – сотрудники используют средства нелетального воздействия для получения контроля над ситуацией.

**Смертоносная сила** – сотрудники используют летальное оружие для получения контроля над ситуацией. Ее следует применять только в том случае, если подозреваемый представляет серьезную угрозу для сотрудника полиции или другого лица.

*Источник: Принципы применения силы. Национальный институт правосудия.  
Доступ по ссылке: <https://nij.ojp.gov/topics/articles/use-force-continuum>*

В данной главе основное внимание уделяется только применению физической силы, о чем говорится в последних трех уровнях принципов применения силы, а именно:

- Простое силовое воздействие – используется для описания использования физической силы без применения нелетального или летального оружия.
- Менее смертоносные методы – используются для описания применения нелетального оружия, такого как перцовый аэрозоль, дубинки, нелетальные боеприпасы (резиновые шарики) или электрошоковое средство.
- Смертоносная сила – используется для описания применения летального оружия, такого как ружья или винтовки.

В принципах применения силы прямо не упоминается использование средств усмирения, но их можно рассматривать в рамках менее смертоносных методов. Вопрос об использовании средств физического усмирения рассматривается в следующей главе данного раздела.

Применение силы в местах лишения свободы всегда должно быть сведено к минимуму и использоваться только в исключительных ситуациях, когда все другие средства бесполезны, т.е. сила должна всегда применяться лишь как крайняя мера. Исключительные ситуации, в которых применение физической силы может быть законным, можно разделить на следующие три категории:

- В качестве законной защиты при наличии непосредственной угрозы физического насилия в отношении сотрудника тюрьмы, сокамерника или третьей стороны;

- Как способ остановить попытку побега;
- В качестве средства контроля за заключенным, отказывающимся выполнять законный приказ.<sup>189</sup>

Наказание заключенного никогда не является обоснованной причиной применения силы.

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Применение физической силы может повлечь за собой ряд последствий для физического и психического здоровья человека, подвергнувшегося ее воздействию, а в наиболее серьезных случаях привести к смерти. Применение физической силы может представлять собой жестокое обращение или даже пытку.

Европейский суд по правам человека получил несколько жалоб, касающихся применения физической силы сотрудниками полиции и пенитенциарных учреждений. Ниже приводится пример дела, в котором Суд признал факт нарушения статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство обращению и наказанию»).

*Милич и Никезич против Черногории, от 28 апреля 2015 г.*

*Заявители жаловались, что они подверглись жестокому обращению со стороны тюремных надзирателей – они утверждали, что последние избивали их резиновыми дубинками во время обыска их камеры – и что последующее расследование их жалоб было неэффективным. По утверждению Правительства Черногории, охранникам пришлось применить силу против заявителей, чтобы преодолеть их сопротивление при входе в их камеру.*

*Суд постановил, что было два нарушения статьи 3 (запрет бесчеловечного или унижающего достоинства обращения) Конвенции, в связи с жестоким обращением, которому подверглись оба заявителя во время обыска их камеры, а также в связи с неэффективностью последующего расследования их жалоб о жестоком обращении. Суд установил, в частности, что хотя в компенсационном и дисциплинарном производстве в отношении жалобы заявителей на жестокое обращение и было установлено, что охранники применили чрезмерную силу, компенсация вреда, присужденная заявителям, была недостаточной. Ни национальные суды, ни правительство Черногории фактически не признали, что такое поведение было равносильно жестокому обращению. Суд, с другой стороны пришел к выводу, что избивание заявителей дубинками – как установлено национальными органами – было равносильно жестокому обращению по смыслу статьи 3.<sup>190</sup>*

### **Международные стандарты и руководства**

Существует несколько международных стандартов и руководящих документов, касающихся применения (физической) силы органами, осуществляющими заключение.

Правила Нельсона Манделы 36-46 касаются «ограничений, дисциплины и мер взыскания». Хотя в правиле 38.1 прямо не говорится о применении силы, в нем говорится о том, что: «тюремной администрации рекомендуется использовать, насколько это возможно, механизмы предупреждения конфликтов, посредничества или любые иные альтернативные методы разрешения споров для предупреждения дисциплинарных нарушений или урегулирования конфликтов», что косвенно решает вопрос о применении силы и как таких ситуаций следует избегать в максимально возможной степени.

В 1990 году Организация Объединенных Наций приняла «Основные принципы применения силы и огнестрельного оружия должностными лицами по поддержанию правопорядка».<sup>191</sup> В Принципах говорится, что применение силы всегда следует рассматривать как крайнюю меру и что в целом

189 APT. *Website Detention focus: Use of force*. Association for the Prevention of Torture. Available at: <https://www.apr.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/safety-order-and-discipline/use-force>

190 ECHR (2020). *Factsheet – Detention conditions and treatment of prisoners*. European Court of Human Rights, May 2020. Available at: [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Detention\\_conditions\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_conditions_ENG.pdf)

191 UN (1990). *Basic Principles on the Use of Force and Firearms by Law Enforcement Officials*. Adopted by the Eighth United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, Havana, Cuba, 27 August to 7 September 1990. Available at: [https://www.policinglaw.info/assets/downloads/1990\\_Basic\\_Principles\\_on\\_the\\_Use\\_of\\_Force\\_and\\_Firearms.pdf](https://www.policinglaw.info/assets/downloads/1990_Basic_Principles_on_the_Use_of_Force_and_Firearms.pdf)

«должностные лица по поддержанию правопорядка в своих отношениях с лицами, находящимися под стражей или в заключении, не должны применять силу, за исключением случаев, когда это строго необходимо для поддержания безопасности и порядка в исправительном учреждении или когда создается угроза для личной безопасности». В положении 5 говорится, что «во всех случаях, когда применение силы или огнестрельного оружия неизбежно, должностные лица по поддержанию правопорядка:

- a. проявляют сдержанность в таком применении силы и действуют исходя из серьезности правонарушения и той законной цели, которая должна быть достигнута;
- b. сводят к минимуму возможность причинения ущерба и нанесения ранений и охраняют человеческую жизнь;
- c. обеспечивают предоставление медицинской и другой помощи любым раненым или пострадавшим лицам в самые кратчайшие сроки;
- d. обеспечивают, чтобы родственники или близкие друзья раненых или пострадавших лиц уведомлялись в как можно более короткий срок.

Принципы также подчеркивают, что «правительства и правоохранительные органы устанавливают эффективные процедуры представления и разбора рапортов в отношении всех инцидентов».

В стандарте 53 ЕКПП прямо говорится о применении силы и уточняется роль врача в этом отношении. Стандарт гласит, что «лицо, содержащееся под стражей, против которого использовались какие либо средства физического воздействия, должно иметь право на немедленный осмотр и, в случае необходимости, на медицинское лечение». Такой осмотр должен проводиться вне пределов слышимости и, желательно, видимости не медицинского персонала, а результаты осмотра (включая любые относящиеся к делу заявления данного заключенного и выводы врача) должны быть официально запротоколированы и предоставлены этому лицу, лишенному свободы».

Согласно международным стандартам применение силы сотрудниками тюрем или полиции должно соответствовать следующим международным принципам в области прав человека:

- **Принцип законности.** Условия применения силы и применяемые методы должны быть предусмотрены законодательством и соответствовать нормам международного права.
- **Принцип необходимости.** Применение силы возможно только в случае крайней необходимости.
- **Принцип соразмерности.** Применение силы всегда должно быть соразмерно угрозе и не должно рассматриваться произвольно.
- **Принцип недискриминации.** Принцип недискриминации должен также предусматриваться при оценке необходимости и соразмерности применения силы, с тем чтобы избежать чрезмерного или произвольного применения силы против какого-либо лица из-за предрассудков или с дискриминационным намерением.
- **Принцип предосторожности.** Правоохранительным органам на всех уровнях следует принимать меры предосторожности во избежание или в целях сведения к минимуму применения силы, то есть заранее предпринимать сознательные усилия до эскалации событий, с тем чтобы в максимально возможной степени свести к минимуму вероятность применения силы.
- **Принцип подотчетности.** Правоохранительные органы должны нести ответственность за выполнение своих обязанностей и соблюдение правовых и оперативных рамок в отношении применения силы.<sup>192 193 194</sup>

Характер применения силы всегда должен зависеть от ситуации, а тюремный персонал или другие лица, ответственные за поддержание порядка, должны быть обучены адаптировать применяемый

192 Special Rapporteur on extrajudicial executions, *UN Doc. A/HRC/26/36* (2014). Available at: <https://www.refworld.org/docid/53981a550.html>

193 UN (2017). *Resource book on the use of force and firearms in law enforcement*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and United Nations Office on Drugs and Crime, 2017. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/UseOfForceAndFirearms.pdf>

194 AI (2016). *Use of force. Guidelines for implementation of the UN Basic Principles on the use of force and firearms by law enforcement officials*. Amnesty International, 2016. Available at: [https://www.amnesty.nl/content/uploads/2017/01/ainl\\_guidelines\\_use\\_of\\_force\\_short\\_version\\_0.pdf?x92184](https://www.amnesty.nl/content/uploads/2017/01/ainl_guidelines_use_of_force_short_version_0.pdf?x92184)

вид силы к каждому конкретному случаю. Например, летальное огнестрельное оружие должно применяться только в тех случаях, когда оно непосредственно необходимо для предотвращения гибели людей.<sup>195</sup>

Применение силы должно строго регламентироваться, и должны быть предусмотрены четкие и прозрачные процедуры. Поскольку места лишения свободы являются закрытыми общинами, где случаи злоупотребления властью не являются редкостью, важно разработать конкретный и прозрачный набор процедур по применению силы. Необходимо установить конкретные правила, касающиеся применения всех методов физической силы. Следует строго регламентировать доступ сотрудников к средствам физического усмирения, нелетальному и летальному оружию. Сотрудники не должны иметь неограниченного доступа к нему, а использование такого оружия должно быть заранее санкционировано одним из старших сотрудников. В некоторых странах сотрудники оснащены тем или иным видом нелетального или летального оружия. В этом случае они должны располагать весьма четкими инструкциями в отношении того, когда такое оружие может быть использовано.

Во всех случаях применения физической силы сотрудниками пенитенциарных учреждений, обстоятельства, в которых она применялась, и причины ее применения должны быть зарегистрированы в полном объеме. Для целей подотчетности такая отчетность должна регулярно подвергаться независимой проверке.

Сотрудники должны быть обучены методам контроля за заключенными методами, не предполагающими или не требующими применения физической силы.<sup>196</sup>

### **Методология проведения мониторинга**

Применение физической силы в местах лишения свободы может быть приравнено к бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или пыткам и является важным вопросом для медицинского наблюдателя. Наблюдатель должен оценивать, соответствует ли применение силы принципам законности, необходимости, соразмерности, недискриминации, предосторожности и подотчетности.

При проведении интервью с администрацией тюрем наблюдатель может, например, спросить о последних случаях чрезмерного применения силы, а также о том, какие меры были приняты для решения ситуации и какие дальнейшие уроки были вынесены в связи с этим. Руководству можно было бы также предложить разъяснить, какие существуют процедуры для проведения эффективных инспекций и рассмотрения жалоб и как они применяются.

Заключенные могут сообщать о применении физической силы в учреждении на основе собственного опыта. Наблюдатель может спросить о том, сталкивался ли заключенный когда-либо с применением силы сотрудниками пенитенциарного учреждения, и подробно рассказать об этом и о принятых дальнейших мерах. Наблюдатель может спросить о том, получил ли человек телесные повреждения и был ли он осмотрен медицинским работником.

Интервью с медицинским персоналом тюрьмы позволят наблюдателю получить информацию об роли медперсонала в случае применения физической силы в пенитенциарном учреждении. Например, им могут быть заданы вопросы о самых последних случаях применения силы в этом учреждении и об их участии как во время случаев применения силы, так и после. Их также можно спросить о том, применяли ли они когда-либо физическую силу в отношении заключенного по немедицинским или медицинским причинам.

Тюремная охрана зачастую применяет физическую силу и поэтому являются важным источником информации для наблюдателя. Их можно спросить о самых последних инцидентах и о том, какие меры принимаются / будут приняты в связи с ними. Охранникам может быть также задан вопрос

---

195 Coyle & Fair (2018). *A Human Rights Approach to Prison Management. Handbook for prison staff. Third edition.* International Centre for Prison Studies, 2018. Available at: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/hand-book\\_3rd\\_ed\\_english\\_v5\\_web.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/hand-book_3rd_ed_english_v5_web.pdf)

196 Coyle & Fair (2018). *A Human Rights Approach to Prison Management. Handbook for prison staff. Third edition.* International Centre for Prison Studies, 2018. Available at: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/hand-book\\_3rd\\_ed\\_english\\_v5\\_web.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/hand-book_3rd_ed_english_v5_web.pdf)

о том, прошли ли они какую-либо подготовку по применению (физической) силы и методам урегулирования конфликтов без применения силы.

Путем наблюдения можно получить информацию о любых средствах физического усмирения, нелетальном и летальном оружии, имеющихся в этом учреждении. Наблюдатель может попросить тюремный персонал осмотреть имеющийся в пенитенциарном учреждении инструментарий и оружие, с тем чтобы оценить их состояние.

Одним из важных источников информации в рамках мониторинга за применением силы в том или ином учреждении является изучение документации, поскольку каждое учреждение должно иметь инструкции/руководящие принципы в отношении применения силы для сотрудников пенитенциарных учреждений и должно вести учет всех инцидентов. Отчеты должны оцениваться на предмет полноты и включать следующую информацию по каждому случаю применения силы:

- личные данные вовлеченных лиц;
- дата и время инцидента;
- личные данные лиц, применивших силу;
- используемый метод (средства усмирения, нелетальное, летальное оружие);
- причина использования силы;
- личные данные лиц, сообщивших начальнику учреждения об инциденте (а также дата и время);
- в случае вызова врача, причины и время вызова;
- выводы и рекомендации врачей
- личные данных тех, кто провел итоговый опрос

Необходимо также оценивать учетные документы на предмет того, были ли они подвергнуты независимой проверке. Медицинские записи заключенных, подвергшихся физическому насилию со стороны персонала, могут быть изучены на предмет того, было ли в записях зафиксировано что-либо, связанное с данным инцидентом и последствиями для здоровья.

При подготовке выводов и вынесении рекомендаций по улучшению мониторинга следует всегда триангулировать информацию, полученную из различных источников информации.

## **Дополнительные материалы**

Coyle & Fair (2018). *A Human Rights Approach to Prison Management. Handbook for prison staff. Third edition.* International Centre for Prison Studies, 2018. Available at: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook\\_3rd\\_ed\\_english\\_v5\\_web.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook_3rd_ed_english_v5_web.pdf)

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010.* European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

UN (1990). *Basic Principles on the Use of Force and Firearms by Law Enforcement Officials.* Adopted by the Eighth United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, Havana, Cuba, 27 August to 7 September 1990. Available at: [https://www.policinglaw.info/assets/downloads/1990\\_Basic\\_Principles\\_on\\_the\\_Use\\_of\\_Force\\_and\\_Firearms.pdf](https://www.policinglaw.info/assets/downloads/1990_Basic_Principles_on_the_Use_of_Force_and_Firearms.pdf)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules).* United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

UNODC (2017). *Resource book on the use of force and firearms in law enforcement.* United Nations, New York, 2017. Available at: [https://www.policinglaw.info/assets/downloads/UNODC\\_Use\\_Of\\_Force\\_and\\_Firearms\\_Resource\\_Book.pdf](https://www.policinglaw.info/assets/downloads/UNODC_Use_Of_Force_and_Firearms_Resource_Book.pdf)

## 4.9. Применение средств физического усмирения

Для поддержания порядка и безопасности администрация тюрьмы может использовать средства физического усмирения. Средства физического усмирения – это средства, которые предназначены для усмирения или временного ограничения передвижения лица. Примерами средств физического усмирения являются наручники, ремни, смирительные койки и электрошоковые устройства.

Средства физического усмирения могут использоваться главным образом в следующих ситуациях:

- для предотвращения риска побега во время передачи задержанных лиц;
- для предотвращения физических нападений на других задержанных или сотрудников, или для целей безопасности зданий;
- для предотвращения актов членовредительства.<sup>197</sup>

Их можно разделить на следующие основные категории:

1. «низкотехнологичные» механические средства усмирения – такие как манжеты на щиколотки, ножные браслеты, путы для ног и рук, оковы, пояса, браслеты, пластиковые наручники, смирительные рубашки, специальные ремни, кандалы, цепи, (утяжеленные) ножные кандалы или оковы, бандажи, цепи для группового сковывания, наручники для пальцев и больших пальцев, мягкие/тканевые ремни, смирительные рубашки.
2. «четырёх/пяти/шести-точечные» средства усмирения, такие как смирительные кресла, доски с кандалами и смирительные кровати, а также одиночные кровати.
3. электрошоковые средства усмирения, носимые под одеждой, такие как пояса с электрошоком, рукава или наручники.<sup>198 199</sup>

Ручное сдерживание лица без использования средств сдерживания рассматривается не в настоящей, а в предыдущей главе, посвященной применению силы, в настоящем разделе.

Физическое сдерживание может вызвать физические или психологические травмы, даже в тех случаях, когда используются менее ограничительные методы. Например, использование наручников может быть болезненным и причинять повреждения запястьям, если оно является продолжительным или если наручники затянуты слишком сильно.

Примерами опасных последствий для здоровья, которые могут возникнуть в результате применения средств физического усмирения в течение более длительного периода времени, являются:

- глубокий тромбоз вен;
- непреднамеренное удушение;
- прерывание кровообращения с помощью средств усмирения;
- повреждение нервов с помощью средств усмирения;
- разрыв кровеносных сосудов в результате сопротивления средствам усмирения • возбужденный делирий (бред)<sup>200</sup>
- позиционная асфиксия<sup>201</sup>

197 APT. *Website Detention focus: Means of restraint*. Association for the Prevention of Torture. Available at: <https://www.apr.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/safety-order-and-discipline/means-restraint>

198 Электрошоковые ремни, рукава или наручники – это инструменты, которые одеваются вокруг тела человека и создают электрический шок при активации дистанционного управления.

199 PRI/APT (2015). *Factsheet: Instruments of restraint. Addressing risk factors to prevent torture and ill-treatment, 2<sup>nd</sup> edition*. Penal Reform International & Association for the Prevention of Torture, 2015. Available at: [https://www.apr.ch/sites/default/files/publications/factsheet-5\\_use-of-restraints-en.pdf](https://www.apr.ch/sites/default/files/publications/factsheet-5_use-of-restraints-en.pdf)

200 Strote et al. (2014). Medical conditions and restraint in patients experiencing excited delirium. *Am J Emerg Med*. 2014 Sep;32(9):1093-6. Doi: 10.1016/j.ajem.2014.05.023. Abstract available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24969437>

201 Например, путем привязывания человека к полу в положении лежа на спине или применения процедуры полного усмирения (Total Appendage Restraint Procedure, TARP), состоящей из одновременной фиксации всех рук и ног человека.

Определение причины смерти в случае внезапной смерти удерживаемого лица зачастую сопряжено с трудностями. Согласно отчету о 21 случае, подготовленным О'Халлораном и Фрэнком в 2000 году, обоснованный диагноз асфиксии, вызванной средствами усмирения, обычно может быть поставлен только после того, как будут устранены другие причины и будут получены своевременные показания свидетелей и участников процедуры усмирения. Установление последовательной связи между средством усмирения и смертью имеет решающее значение для правильного определения причины смерти.<sup>202</sup>

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Некоторые средства физического усмирения, такие как цепи и кандалы, запрещены международным правом. Другие средства, такие как электрошоковые ремни, рукава или наручники, носимые под одеждой, все чаще подвергаются осуждению из-за их оскорбительного и унижающего достоинство воздействия. Комитет Организации Объединенных Наций против пыток рекомендовал отменить использование электрошоковых поясов, а также смиренных кресел и кроватей в качестве средства усмирения заключенных, отметив, что их использование почти всегда ведет к нарушению статьи 16 Конвенции Организации Объединенных Наций против пыток.<sup>203</sup> Кроме того, Европейский комитет по предупреждению пыток (ЕКПП) выступает против использования электрошоковых поясов как в местах лишения свободы, так и за их пределами, поскольку их применение имеет очень широкую историю злоупотреблений, а их применение по своей сути унижительно.<sup>204</sup>

Помимо того, что использование большинства средств физического усмирения само по себе является унижительным и унижающим достоинство для удерживаемого лица, способ их использования может также представлять собой злоупотребление. Например, даже если применение наручников оправдано в определенной ситуации, их могут преднамеренно затянуть сильнее обычного в качестве наказания. Такое применение также может иметь дискриминационный подтекст, что означает, что такое применение наручников будет иметь особое влияние на определенные группы, независимо от степени их опасности или режима лишения свободы.

Европейский суд по правам человека рассмотрел несколько жалоб, касающихся применения мер безопасности, включая использование средств физического усмирения. Ниже приводится пример дела, в котором Суд признал факт нарушения статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство обращению и наказанию»).

*Тали против Эстонии (Tali v. Estonia) от 13 февраля 2014 г. Данное дело касалось жалобы заключенного на жестокое обращение со стороны тюремных служащих, когда он отказывался выполнять их приказы. В частности, против него был применен перцовый аэрозоль, и он был привязан к смиренной кровати.*

*Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 (запрещение бесчеловечного или унижающего достоинство обращения) Конвенции [.] Кроме того, что касается привязывания заявителя к смиренной кровати, то суд, в частности, подчеркнул, что меры усмирения не должны использоваться в качестве средства наказания заключенных, а, скорее, для предотвращения членовредительства или серьезной опасности для других лиц или для безопасности тюрьмы. В деле заявителя не было представлено убедительных доказательств того, что после окончания столкновения с охранниками тюрьмы и после его помещения в изолятор, он представлял угрозу для себя или других лиц, которая оправдывала бы применение такой меры. Таким образом, период в три с половиной часа, в течение которого он был пристегнут ремнем безопасности к смиренной кровати, ни в коей мере не был*

202 O'Halloran & Frank (2000). Asphyxial death during prone restraint revisited: A report of 21 cases. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 21(1): 39-52. Abstract available at: <https://journals.lww.com/amjforensicmedicine/pages/articleviewer.aspx?year=2000&issue=03000&article=00007&type=abstract>

203 UN CAT (2000). *Concluding observations on United States of America, A/55/44, May 2000, para. 180c. UN Committee against Torture, 2000.* Available at: <http://hrlibrary.umn.edu/usdocs/torturecomments.html>

204 CPT, 20th General Report, p33; see also Council of Europe (2010) Press release: 'Council of Europe anti-torture committee calls for strict regulation of electrical discharge weapons', 26 October 2010. European Committee for the Prevention of Torture, 2010. Available at: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/press/2010-10-26-eng.htm>

незначительным, и его продолжительная иммобилизация вызвала у него беспокойство и физический дискомфорт.<sup>205</sup>

В худшем случае средства усмирения используются непосредственно и целенаправленно в качестве инструмента пыток или для иммобилизации заключенных, которые затем подвергаются избиениям или иным злоупотреблениям.

### **Международные стандарты и руководства**

В международных стандартах и руководящих принципах четко говорится о том, что средства физического усмирения должны использоваться ограничительно и только в исключительных случаях, когда другие методы были исчерпаны и не сработали.

И в Правилах Нельсона Манделы, и в Европейских тюремных правилах говорится, что использование средств усмирения, которые являются «по своей сути унижительными или болезненными», включая цепи и кандалы, не оправдано ни при каких обстоятельствах. Другие средства усмирения могут использоваться только с разрешения закона, например, в качестве меры предосторожности во время транспортировки заключенного или для предотвращения самоувечий или нанесения повреждений зданию. В последнем случае начальник учреждения: *«немедленно предупреждает врача или других квалифицированных медицинских специалистов и представляет доклад вышестоящему административному органу»* (правило 47 Нельсона Манделы).

Средства усмирения должны использоваться только в течение необходимого времени, и они должны быть сняты как можно скорее после того, как риски, связанные с перемещением без каких-либо ограничений, перестают существовать (правило 48 Нельсона Манделы). В правиле 48 также четко сказано, что «средства усмирения никогда не должны применяться к женщинам во время родовых схваток, при родах и сразу после родов», о чем также говорится и в правиле 24 Бангкокских правил. В Правилах ООН, касающихся защиты несовершеннолетних, лишенных свободы, подчеркивается, что средства физического усмирения несовершеннолетних могут использоваться только в исключительных обстоятельствах, *«когда все другие меры контроля исчерпаны и не дали результата, и лишь в той форме, как это непосредственно разрешается и обусловлено законодательством»*.<sup>206</sup>

Крайне важное значение имеет подготовка по вопросам надлежащего использования средств физического усмирения. В правиле 49 Нельсона Манделы подчеркивается, что *«тюремной администрации следует стремиться получить доступ к методам контроля, которые устраняют необходимость использования средств усмирения или снижают их жесткий характер, а также обеспечивать профессиональную подготовку в их использовании»*. Комитет ООН против пыток также подчеркнул важное значение подготовки по вопросам использования средств физического усмирения.<sup>207</sup>

Роль медицинских работников в использовании средств физического усмирения определяется и ограничивается международными стандартами. В правиле 46 Нельсона Манделы говорится, что *«медицинские работники не должны участвовать в наложении дисциплинарных взысканий или принятии других ограничительных мер»* и что *«медицинские работники должны незамедлительно сообщать начальнику тюремного учреждения о любом негативном воздействии дисциплинарных мер взыскания или других ограничительных мер на физическое или психическое здоровье заключенного, подвергнутого таким взысканиям или мерам, и доводить свое мнение до сведения директора, если они считают необходимым прервать или изменить взыскание или меру по причинам физического или психического состояния заключенного»*.

В стандарте 53 Стандартов ЕКПП подробно рассматривается роль врача при использовании средств физического сдерживания и говорится, что *«в тех редких случаях, когда требуется»*

205 ECHR (2020). *Factsheet – Detention conditions and treatment of prisoners*. European Court of Human Rights, May 2020. Available at: [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Detention\\_conditions\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_conditions_ENG.pdf)

206 UN (1990). *United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty*. United Nations, 1990. Available at: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/JuvenilesDeprivedOfLiberty.aspx>

207 UN Committee against Torture: *Concluding observations on Germany, 12 December 2011, CAT/C/DEU/CO/5, para. 16*. Available at: <https://www.refworld.org/publisher,CAT,DEU,4ef086d42,0.html>



применение средств физического воздействия, соответствующий заключенный должен находиться под постоянным и надлежащим надзором».

Разработанные стандарты медицинской этики также запрещают медицинским работникам участвовать в процедурах физического усмирения заключенного по немедицинским причинам. В Принципах медицинской этики ООН, относящихся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, прямо говорится следующее (принцип 5): «участие работников здравоохранения, в особенности врачей, в любой процедуре смиренного характера в отношении заключенного или задержанного лица является нарушением медицинской этики, если только оно не продиктовано сугубо медицинскими критериями как необходимое для охраны физического или психического здоровья или безопасности самого заключенного или задержанного лица, других заключенных или задержанных лиц или персонала охраны и не создает угрозы его физическому или психическому здоровью».<sup>208</sup>

Врачи за права человека в своем Руководстве для тюрем, мест содержания под стражей и других мест лишения свободы указывают, что «медицинский работник не должен выполнять никаких медицинских обязанностей в отношении пациентов в наручниках или пациентов с завязанными глазами в местах лишения свободы или за их пределами. Единственное исключение должно делаться в обстоятельствах, когда, по мнению медицинского работника, для обеспечения безопасности отдельного лица, медицинского работника и/или других лиц необходима та или иная форма усмирения, и лечение не может быть отложено до того момента, когда данное лицо более не представляет опасности. В таких обстоятельствах медицинскому работнику разрешается применение минимальных средств усмирения, необходимых для обеспечения безопасности».<sup>209</sup>

Что касается предотвращения членовредительства и самоубийств в тюрьмах, то Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) заявляет, что:

«заключенные с активными суицидальными намерениями могут нуждаться в защитной одежде или мерах стеснения», но «поскольку применение последних вызывает противоречивое отношение, в учреждении должны существовать ясная политика и четкие инструкции по их использованию. В инструкции необходимо изложить ситуации, в которых следует применять меры стеснения, методы, обеспечивающие первоочередное использование менее стесняющих альтернатив, вопросы безопасности, временные ограничения, связанные с использованием мер стеснения, необходимость в мониторинге и наблюдении во время их использования, а также правила обращения к специалистам в области психического здоровья». ВОЗ далее рекомендует в качестве альтернативы «оказание социальной поддержки» и «регулярные визуальные проверки и постоянное наблюдение за заключенными, склонными к суициду».<sup>210</sup>

Однако врач действительно играет важную роль в проверке и наблюдении за физическим и психологическим воздействием любых используемых средств усмирения. По большому счету, чем более применяемый метод сковывает человека, тем глубже подвергаемый ему человек погружается в состояние физической и психологической уязвимости, и тем более важной является роль врача.

Роль медицинского работника в местах лишения свободы всегда является сложной, когда речь идет о средствах физического усмирения, поскольку они знают, что их действия могут иметь серьезные пагубные последствия для здоровья человека. Невозможно всегда установить, столкнулось ли лицо с негативными последствиями для его/ее здоровья в результате физического усмирения, и поэтому медицинские работники должны всегда стремиться свести к минимуму негативные последствия для здоровья такого лица, а именно обеспечивать соблюдение законодательства и нормативно-правовых актов властями. Отказ от рекомендации прекратить применение мер принуждения к

208 UN (1982). *Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations General Assembly, 1982. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>

209 PHR. *Dual Loyalty and Human Rights. Guidelines for Prison, Detention and Other Custodial Settings*. Physicians for Human Rights, Boston, USA. Available at: <https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf>

210 WHO/IASP (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. World Health Organization/International Association for Suicide Prevention 2007. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43678/9789241595506\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43678/9789241595506_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

лицу может фактически подразумевать косвенное одобрение такой меры, что представляет собой трудную дилемму для медицинского работника (см. главу в разделе 3 о роли профессиональных медицинских работников и дилеммах, связанных с двойными обязательствами).

Медицинский мониторинг особенно необходим в случае продолжительного применения средств усмирения, и врач должен иметь право требовать немедленной остановки этой меры.

Медицинский мониторинг как минимум включает:

- Проверку на предмет выявления риска тромбоза вен (с учетом индивидуальных факторов риска усмиряемых лиц).
- Проверку на наличие острых потребностей в физическом уходе.
- Проверку на наличие острых потребностей в психологическом уходе.
- Проверку любых признаков жестокого обращения.
- Проверку того, были ли выданы выписанные по рецепту лекарственные средства.

После прекращения применения средств усмирения, подвергшиеся им лица должны иметь доступ к врачу, который должен оценить любые возможные последствия и определить необходимость какого-либо лечения.

Сотрудников нужно обучить тому, как применять средства усмирения, но лишь в случае крайней необходимости, в отношении лиц, совершающих насильственные действия, не подвергая опасности их жизнь и здоровье. Кроме того, средства физического усмирения никогда не могут применяться на дискриминационных основаниях, а факторы уязвимости необходимо учитывать независимо от наличия четких стандартов, например, в отношении беременных женщин, больных или раненых, инвалидов, меньшинств или коренных народов.

В 2015 году Ассоциация по предотвращению пыток и Международная тюремная реформа опубликовали документ, озаглавленный «Инструменты сдерживания. Устранение факторов риска для предотвращения пыток и жестокого обращения» в рамках механизма мониторинга мест заключения. В настоящем документе содержится всеобъемлющий обзор рисков, связанных с использованием инструментов усмирения в пенитенциарном контексте.<sup>211</sup>

### **Методология проведения мониторинга**

Применение средств физического усмирения и способ их применения могут быть приравнены к бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или пыткам и является важным вопросом для медицинского наблюдателя. Злоупотребление средствами физического усмирения приводит к многочисленным травмам, а в некоторых случаях и к гибели людей.

Наблюдателям следует оценивать обстоятельства использования средств усмирения и любые конкретные гарантии против злоупотреблений. Им следует установить, исключаются ли применение средств физического усмирения, запрещенных международным правом, применяются ли такие средства в соответствии с принципами необходимости и соразмерности, а не на регулярной основе, и четко ли разъясняется роль медицинских работников в этом учреждении.

При проведении интервью администрацией тюрьмы наблюдатель должен выяснить, предусмотрены ли в учреждении правила и процедуры, касающиеся применения средств физического усмирения, и если да, то какие, и существуют ли конкретные гарантии против злоупотреблений. Администрации можно также задать вопрос о том, запрещены ли в учреждении средства физического сдерживания, запрещенные международным правом, прямым текстом.

Интервью с заключенными может дать наблюдателю информацию о том, применялись ли средства физического усмирения в ходе нескольких процедур, и если да, то как именно (например, одевание наручников при поступлении), применялись ли они регулярно или на индивидуальной основе (была ли дискриминация по отношению к отдельным заключенным или группам заключенных) и каким образом заключенные пережили их применение.

211 PRI/APT (2015). *Factsheet: Instruments of restraint. Addressing risk factors to prevent torture and ill-treatment, 2<sup>nd</sup> edition*. Penal Reform International & Association for the Prevention of Torture, 2015. Available at: [https://www.apt.ch/sites/default/files/publications/factsheet-5\\_use-of-restraints-en.pdf](https://www.apt.ch/sites/default/files/publications/factsheet-5_use-of-restraints-en.pdf)

Медицинских работников тюрем можно спросить, какую роль они играют в применении средств физического усмирения. К ним можно обратиться с просьбой предоставить соответствующие примеры, а наблюдатель может изучить предоставленные записи. Медицинский персонал может также предоставить информацию о том, имеют ли заключенные доступ к медицинской помощи после применения физического усмирения для проверки наличия каких-либо неблагоприятных последствий для их здоровья.

Наблюдатель может запросить у тюремной охраны информацию о процедурах и практике применения в учреждении средств физического усмирения. Можно также задать им вопрос о том, прошли ли они какую-либо подготовку по применению этих инструментов и что именно включала в себя такая подготовка.

Наблюдения должны включать поиск любых средств физического усмирения, имеющихся в учреждении, и их описание с точки зрения функциональности, безопасности и пристойности. В том случае, если во время мониторинговой инспекции заключенный подвергается физическому усмирению, эти принципы также должны соблюдаться.

И наконец, наблюдатель может проверять документы для оценки использования в учреждении средств физического усмирения. Этими документами могут быть медицинские записи о применении таких средств, медицинские карты заключенных (что указано в них) и любые возможные письменные инструкции.

При подготовке выводов и вынесении рекомендаций по улучшению мониторинга следует всегда триангулировать информацию, полученную из различных источников информации.

## **Дополнительные материалы**

APT. *Webpage Detention Focus: Means of restraint*. Association for the Prevention of Torture. Available at: <https://www.apr.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/safety-order-and-discipline/means-restraint>

CoE (2006). *European Prison Rules*. Council of Europe, Strasbourg, 2006. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules\\_978-92-871-5982-3.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules_978-92-871-5982-3.pdf)

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

PRI/APT (2015a). *Balancing security and dignity in prison: a framework for preventive monitoring, 2nd edition*. Penal Reform International & Association for the Prevention of Torture, 2015. Available at: <https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2016/01/security-dignity-2nd-ed-v6.pdf>

PRI/APT (2015b). *Factsheet: Instruments of restraint. Addressing risk factors to prevent torture and ill-treatment, 2<sup>nd</sup> edition*. Penal Reform International & Association for the Prevention of Torture, 2015. Available at: [https://www.apr.ch/sites/default/files/publications/factsheet-5\\_use-of-restraints-en.pdf](https://www.apr.ch/sites/default/files/publications/factsheet-5_use-of-restraints-en.pdf)

UN (2010). *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules)*. United Nations General Assembly, New York, December 2010. Available at: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2016/07/BangkokRules-Updated-2016-with-re-numbering-SMR.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

## 4.10. Охрана и безопасность

«Безопасные тюрьмы необходимы для того, чтобы сделать нашу систему правосудия эффективным оружием против преступности. Когда заключенные, осужденные или ожидающие суда, передаются под вашу опеку, они должны знать и общественность должна знать, что они останутся там до тех пор, пока не будут освобождены на законных основаниях» – выступление Президента Нельсона Манделы перед тюремным персоналом в Южной Африке, 1998 год.<sup>212</sup>

Охрана и безопасность – это термины, которые приходят на ум автоматически при словах «место лишения свободы». Основная цель мест лишения свободы заключается в том, чтобы не допустить побега заключенных и тем самым защитить от них население, а также обеспечить охрану и безопасность заключенных, сотрудников и посетителей учреждения путем их защиты от, например, пожаров, несчастных случаев, насилия, болезней и другие виды ущерба и увечий. Переполненность и нехватка сотрудников, несомненно, влияют на уровень охраны и безопасности в пенитенциарном учреждении. Кроме того, чувство безопасности и защищенности весьма трудно обеспечивать в местах лишения свободы, поскольку условия жизни в таких учреждениях зачастую далеко не безопасны.

Термины охрана и безопасность часто используются вместе, но на самом деле каждый из них имеет разные значения.

Согласно определению МККК, безопасность – это свобода от риска или вреда в результате *непреднамеренных событий* (несчастных случаев, природных явлений или заболеваний), а безопасность определена как свобода от риска или вреда в результате насилия или других преднамеренных действий.<sup>213</sup>

Безопасность можно далее разделить на три категории: *физическую, процедурную и динамическую* безопасность.<sup>214</sup>

Физическая безопасность, также именуемая статической безопасностью, означает безопасность инфраструктуры, которая может помогать и предотвращать насилие и другие преднамеренные действия.<sup>215</sup> Примерами физической безопасности являются система видеонаблюдения в учреждении или система сигнализации. При определении физических аспектов безопасности необходимо найти баланс между наилучшим способом достижения требуемого уровня безопасности и необходимостью уважения достоинства личности. Во многих странах места лишения свободы подразделяются на несколько уровней безопасности, например, на низкий, средний и высокий. Цель такого разделения заключается в том, чтобы избежать ситуаций, когда некоторые опасные и жестокие преступники угрожают безопасности своих сокамерников, а также предотвращение побега. В принципе заключенные никогда не должны содержаться в условиях более строгого режима, чем это необходимо.

Процурная безопасность связана с процедурами, которые необходимо соблюдать для предотвращения побега и поддержания надлежащего порядка.<sup>216</sup> Она представляет собой целенаправленные и структурированные меры, предпринимаемые тюремным персоналом, такие как проверки безопасности, обыски, средства контроля и различные регулярные процедуры. Процедуру можно определить как стандартизированный процесс, призванный обеспечить регулирование,

212 В своем выступлении на официальном открытии проекта переподготовки и прав человека Департамента исправительных учреждений Южной Африки, Кронстад, 25 июня 1998 года.

213 ICRC (2015). *Ensuring the preparedness and security of health-care facilities in armed conflicts and other emergencies*. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2015. Available at: <https://shop.icrc.org/des-structures-medicales-plus-sures-et-mieux-preparees-aux-conflits-armes-et-autres-situations-d-urgence-2322.html>

214 UNODC (2015). *Handbook on Dynamic Security and Prison Intelligence*. United Nations Office on Drugs and Crime, New York, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_Handbook\\_on\\_Dynamic\\_Security\\_and\\_Prison\\_Intelligence.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Handbook_on_Dynamic_Security_and_Prison_Intelligence.pdf)

215 UNODC (2015). *Handbook on Dynamic Security and Prison Intelligence*. United Nations Office on Drugs and Crime, New York, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_Handbook\\_on\\_Dynamic\\_Security\\_and\\_Prison\\_Intelligence.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Handbook_on_Dynamic_Security_and_Prison_Intelligence.pdf)

216 Coyle & Fair (2018). *A Human Rights Approach to Prison Management. Handbook for prison staff. Third edition*. International Centre for Prison Studies, 2018. Available at: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook\\_3rd\\_ed\\_english\\_v5\\_web.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook_3rd_ed_english_v5_web.pdf)

последовательность и справедливость и помочь руководителям и персоналу пенитенциарных учреждений выполнять свои обязанности.<sup>217</sup>

Физической и процедурной безопасности недостаточно для обеспечения безопасной обстановки в тюрьмах, и ее необходимо рассматривать в сочетании с динамической безопасностью. Динамическая безопасность определена ООН как «действия, способствующие развитию профессиональных и положительных взаимоотношений тюремного персонала с заключенными, в качестве конкретного подхода к обеспечению безопасности, основанного на знании тюремного населения и понимании отношений между заключенными, а также между заключенными и тюремным персоналом».<sup>218</sup> Как было отмечено УНП ООН, концепция динамической безопасности включает:

- Развитие позитивных отношений с заключенными
- Направление энергии заключенных на конструктивную работу и деятельность
- Обеспечение достойного и сбалансированного режима с индивидуальными программами для заключенных
- Установление надлежащего соотношения количества персонала и заключенных<sup>219</sup>

Охрана и безопасность неразрывно связаны со многими аспектами лишения свободы, такими, как тюремный режим, меры физического усмирения, гигиена, безопасность продуктов питания и т.д. Многие вопросы безопасности и охраны оказывают прямое или косвенное воздействие на физическое или психологическое здоровье и рассматриваются также в других главах настоящего руководства, включая главы, касающиеся мер физического усмирения, использования одиночного заключения, гигиены и питания.

Следует в максимально возможной степени стремиться к обеспечению охраны и безопасности во всех аспектах тюремной жизни, в том числе в общих камерах, дворах, общих помещениях, включая ваннные комнаты и на рабочих местах заключенных. Имеется множество примеров плохой охраны и безопасности на рабочих местах. Охрана и безопасность на рабочем месте заключенных должны быть эквивалентны нормам охраны и безопасности на рабочих местах за пределами тюрьмы.<sup>220</sup>

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Тюремная администрация должна приложить усилия, чтобы создать как можно более безопасное и надежное место, с тем чтобы выполнить свое обязательство по защите всех заключенных, находящихся под ее надзором и опекой. Непредоставление заключенным безопасных условий может быть приравнено к жестокому обращению и пыткам.

Примером проблемы динамической безопасности могут быть «слабые заключенные», которые контролируются «сильными заключенными» до такой степени, что слабые заключенные подвергаются истязаниям и жестокому обращению. Если тюремная администрация и персонал знают об этом и не принимают мер по защите этих заключенных, это квалифицируется как жестокое обращение или пытки.

Примером отсутствия безопасности, которое может привести к жестокому обращению, может служить пожар в учреждении из-за электрических неполадок, например, из-за небезопасной

---

217 UNODC (2015). *Handbook on Dynamic Security and Prison Intelligence*. United Nations Office on Drugs and Crime, New York, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_Handbook\\_on\\_Dynamic\\_Security\\_and\\_Prison\\_Intelligence.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Handbook_on_Dynamic_Security_and_Prison_Intelligence.pdf)

218 UN (2013). *Prison Incident Management Handbook*. United Nations, 2013. Available at: [https://www.un.org/ruleoflaw/files/Prison\\_Incident\\_Management\\_Handbook\\_OROLSI\\_Mar2013.pdf](https://www.un.org/ruleoflaw/files/Prison_Incident_Management_Handbook_OROLSI_Mar2013.pdf)

219 UNODC (2013). *Handbook for Prison Leaders. A basic training tool and curriculum for prison managers based on international standards and norms*. United Nations Office on Drugs and Crime, 2010. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_Handbook\\_for\\_Prison\\_Leaders.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Handbook_for_Prison_Leaders.pdf)

220 Montoya Barthelemy (2019). The Occupational Health of Prison Inmates: An Ignored Population and An Opportunity. *Journal of the American College of Occupational and Environmental Medicine*, Volume 61, Number 2, February 2019. Available at: [https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-education-and-research-center-for-occupational-safety-and-health/2019\\_JOEM\\_The\\_Occupational\\_Health\\_of\\_Prison\\_Inmates.pdf](https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-education-and-research-center-for-occupational-safety-and-health/2019_JOEM_The_Occupational_Health_of_Prison_Inmates.pdf)

электропроводки.<sup>221</sup> Другим примером может служить наводнение, когда заключенные не могут покинуть учреждение и переместиться в безопасное место.<sup>222</sup>

Кроме того, власти должны гарантировать безопасность при переводе заключенных из одного учреждения в другое. Европейский суд по правам человека рассмотрел изложенное ниже дело, связанное с небезопасными условиями транспортировки, которые были признаны нарушением статьи 3 Европейской конвенции по правам человека («никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию»)

*Ильгиз Халиков против России (Ilgiz Khalikov v. Russia) от 15 января 2019 г. Это дело касалось жалобы заключенного на то, что он был серьезно ранен шальной пулей во время перестрелки между сопровождавшими его сотрудниками и задержанными, пытавшимися сбежать во время их транспортировки в другое учреждение. Заявитель также утверждал, что власти не провели эффективного расследования этого инцидента, в результате которого, как он подчеркнул, он стал инвалидом на всю жизнь и испытывает сильную боль.*

*Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 (запрещение бесчеловечного или унижающего достоинство обращения) Конвенции. Суд, в частности, установил, что государство несет ответственность за причинение заявителю телесных повреждений, поскольку сопровождавшие его сотрудники не соблюдали установленные правила в части обеспечения безопасности задержанных во время их транспортировки. В частности, данные сотрудники приняли решение перевезти большее число заключенных, чем предусматривалось в тюремном фургоне. Тот факт, что фургон был переполнен, означал, что заключенные могли попытаться захватить сотрудников и что заявитель, бывший сотрудник полиции и, следовательно, уязвимый заключенный, который должен был находиться в отдельной камере, в момент нападения находился в задней части фургона вместе с двумя сопровождавшими его офицерами. Кроме того, расследование этого инцидента было неэффективным. Предварительное расследование было омрачено задержками, имело ограниченный характер и так и не достигло стадии уголовного расследования<sup>223</sup>*

## **Международные стандарты и руководства**

Международные стандарты обязывают государства защищать всех заключенных, находящихся под их надзором и опекой, т.е. гарантировать им безопасные условия и повседневную жизнь.

В Правилах Нельсона Манделы изложен первый основной принцип, согласно которому «должна постоянно обеспечиваться охрана и безопасность заключенных, персонала, лиц, предоставляющих услуги, и посетителей». В Правилах также подчеркивается важность подготовки персонала пенитенциарных учреждений: «охрана и безопасность, включая концепцию динамической безопасности, применение силы и средств усмирения и обращение с агрессивными правонарушителями, с должным учетом предупредительных методов и методов разрядки ситуации, таких как переговоры и посредничество» (правило 76с).

Кроме того, в Европейских тюремных правилах подчеркивается важность обеспечения охраны и безопасности. В Правилах 51-53, включая ссылку на динамическую безопасность в правиле 51.2 сказано: «безопасность, обеспечиваемая физическими барьерами и другими техническими средствами, дополняется мерами безопасности, которые обеспечивает наблюдательный персонал, знающий заключенных, находящихся под их контролем».

Динамическая безопасность предполагает необходимость того, чтобы персонал тюрем активно и часто наблюдал за заключенными и взаимодействовал с ними, с тем чтобы иметь лучшее понимание о заключенных, их мнений и потребностей и того, как они взаимодействуют между собой в тюрьмах. Это один из способов поддержания диалога между заключенными и сотрудниками, а также оценки и уменьшения рисков для охраны и безопасности.

221 См. пример: Пожар в тюрьме в Марокко в 2002 году: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/2385145.stm>

222 См. пример: Ураган в США в 2005 году: <https://www.aclu.org/press-releases/aclu-report-details-horrors-suffered-orleans-parish-prisoners-wake-hurricane-katrina>

223 ECHR (2020). *Factsheet – Detention conditions and treatment of prisoners*. European Court of Human Rights, May 2020. Available at: [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Detention\\_conditions\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_conditions_ENG.pdf)

В некоторых странах тюремные власти утратили контроль над своим пенитенциарным учреждением и позволили (влиятельным группам) заключенных осуществлять систему контроля над другими заключенными (а иногда и над сотрудниками).<sup>224</sup> К сожалению, такие системы существуют, и в большинстве бедных стран и почти во всех странах Латинской Америки такая система признается высшими властями в качестве одного из способов решения проблем в силу очень малого числа сотрудников. Тем не менее, власти должны проявлять бдительность, чтобы система функционировала «демократично» и не была репрессивной (между заключенными). В идеале заключенные, наделенные определенными полномочиями, должны назначаться и сокамерниками, и руководством (с целью избежать ситуаций, когда сильные заключенные, прибегающие к насилию, запугивают сокамерников с целью сделать выбор в их пользу). Кроме того, заключенные не должны иметь никаких властных полномочий – если они не могут урегулировать конфликт путем убеждения или посредничества, они должны вызывать сотрудников. Их следует рассматривать как посредников, посланников и организаторов / администраторов, выполняющих простые повседневные обязанности (такие как уборка и поддержание порядка), а не как представителей власти, и они должны иметь четкие инструкции в отношении того, что и как делать. Правила, регулирующие их работу, должны быть известны всем сотрудникам и заключенным и должны контролироваться сотрудниками учреждения. Сокамерники должны иметь свободный доступ к подаче жалоб на них.

Кроме того, в странах, где тюремные власти контролируют ситуацию и где нехватка персонала не является проблемой, также существуют системы, в которых одни заключенные контролируют других. Такие ситуации являются отражением закона джунглей и тех трудностей, с которыми сталкиваются власти в плане контроля всех аспектов тюремной жизни, особенно в местах, где собрано много членов одной и той же преступной банды. Такие системы во всех отношениях неприемлемы. Ситуации, когда одни заключенные контролируют других заключенных, чреватые угрозами, манипуляциями и взятками и как таковые создают угрозу для охраны и безопасности в учреждении. Любая услуга, которая должна быть изначально бесплатной, может приобрести свою цену, например посещение родственников, посещение врача, участие в мероприятиях и т. д. Тюремная администрация может быть в курсе или даже поддерживать такие системы.

Во многих странах существует (частично черный) рынок в тюрьме, где можно приобрести товары, включая наркотики. Часто также имеется дисциплинарная система, альтернативная официальной.

Заключенные, находящиеся в оппозиции к этой альтернативной системе, подвергаются угрозам или наказанию, и все заключенные знают, что раскрытие слишком многих подробностей, например, внешним наблюдателям, может быть опасным. Иногда речь заходит о больших суммах денег. Большая часть прибыли будет идти администрации (например, в виде «арендной платы за то, чтобы иметь место на рынке»). Некоторые заключенные зарабатывают так много денег, что могут заплатить властям, чтобы их поместили в камеры класса люкс. Наблюдателям следует уделять внимание значительным различиям в условиях содержания заключенных и выяснять предпосылки наблюдаемых различий.

Уязвимые группы часто нуждаются в дополнительных мерах защиты для обеспечения их безопасности в месте лишения свободы. Например, ЛГБТИ, заключенные с ВИЧ/СПИДом и заключенные, отбывающие срок за (подозреваемые в) совершение определенных видов преступлений, подвергаются повышенному риску стигматизации, дискриминации и жестокого обращения со стороны других заключенных и сотрудников. При этом иностранные граждане, как правило, не говорят на общепринятом языке в учреждении, что подвергает их риску, например непонимания инструкций по безопасности.

### **Методология проведения мониторинга**

При оценке состояния охраны и безопасности в учреждении в рамках мониторинга состояния охраны здоровья следует уделять особое внимание последствиям различных аспектов охраны и безопасности для здоровья. Такие аспекты могут, например, включать:

---

224 См., например, Специальное издание журнала тюремной службы [Special Edition of the Prison Service Journal] о неформальной динамике выживания в латиноамериканских тюрьмах, январь 2017 года: январь 2017: <http://research.gold.ac.uk/20771/1/PSJ%20229%20January%202017.pdf>

- Заключенные, подвергающиеся повышенному риску для здоровья из-за плохих мер безопасности, например архитектуры помещений, способствующей несчастным случаям.
- Заключенные, подвергающиеся повышенному риску для здоровья из-за плохой безопасности, например плесень на стенах и загрязненный воздух. Неудовлетворительная система вентиляции в учреждении может, например, способствовать распространению переносимых по воздуху заболеваний.
- Заключенные помещаются в камеры строгого режима, что ограничивает их возможности в плане участия в мероприятиях и социальные контакты, и оказывает пагубное воздействие на их психическое здоровье.

Важно, чтобы наблюдатель учитывал, что мониторинг мест лишения свободы сам по себе может влиять на безопасность в учреждении. Общая идея мониторинга мест лишения свободы заключается в том, что присутствие наблюдателей в конечном итоге повысит уровень безопасности и охраны заключенных и обеспечит соблюдение их прав. Однако наблюдение может неблагоприятно отразиться на заключенных в одиночной камере и даже приводить к нанесению серьезного вреда заключенному, который имел беседу с членом мониторинговой группы и, следовательно, рассматривается персоналом или другими заключенными в качестве предателя. Таким образом, контроль за местами лишения свободы всегда представляет собой дилемму между удовлетворением интересов большого числа лиц и риском причинения вреда одному или нескольким лицам.

При посещении учреждения медицинский наблюдатель должен использовать все имеющиеся в его/ее распоряжении источники информации для мониторинга охраны и безопасности в учреждении.

Например, руководству пенитенциарного учреждения может быть задан вопрос о критериях классификации уровня безопасности, необходимого для отдельных заключенных, о том, каким образом вопросы охраны и безопасности предусмотрены в политике и процедурах этого учреждения; и более подробно рассказать о том, как были урегулированы инциденты, связанные с охраной или безопасностью, которые возможно имели место в этом учреждении за последние годы.

Интервью с тюремным медицинским персоналом должны быть сосредоточены на том, как, по мнению медперсонала, меры по обеспечению охраны и безопасности в этом учреждении могут повлиять на здоровье заключенных, и на том, имели ли место в последние годы какие-либо инциденты, когда здоровье заключенных подвергалось угрозе из-за низкого уровня охраны и безопасности.

Заключенным можно задать вопрос о том, чувствуют ли они себя в безопасности в этом учреждении и какие существуют, по их мнению, основные риски. Наблюдатель должен также проводить интервью с особо охраняемыми заключенными и заключенными, принадлежащими к уязвимым группам, с тем чтобы ознакомиться с их историями об уровне охраны и безопасности в этом учреждении.

Тюремная охрана может рассказать наблюдателю об общей безопасности и охране, включая процедурную безопасность и динамическую безопасность, в жизни учреждения. Они могут подробно рассказать о любых инцидентах, которые могли иметь место последние годы, и о том, как они были урегулированы.

Наблюдения должны быть сосредоточены на вопросах физической и процедурной безопасности и на том, могут ли они подвергать заключенных риску. Также необходимо уделять особое внимание взаимодействию между сотрудниками и заключенными в целях оценки динамической безопасности. Наблюдатели должны всегда стремиться посещать места работы заключенных, оценивать уровень их безопасности и охраны.

Среди документов, которые может запросить наблюдатель, могут быть письменные инструкции по вопросам охраны и безопасности для сотрудников и/или заключенных, а также журналы учета инцидентов.

При подготовке выводов и вынесении рекомендаций по улучшению мониторинга следует всегда триангулировать информацию, полученную из различных источников информации.



## Дополнительные материалы

CoE (2006). *European Prison Rules*. Council of Europe, Strasbourg, 2006. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules\\_978-92-871-5982-3.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules_978-92-871-5982-3.pdf)

ICRC (2015). *Ensuring the preparedness and security of health-care facilities in armed conflicts and other emergencies*. International Committee of the Red Cross. Available at: <https://shop.icrc.org/des-structures-medicales-plus-sures-et-mieux-preparees-aux-conflits-armes-et-autres-situations-d-urgence-2322.html>

UN (2013). *Prison Incident Management Handbook*. United Nations, 2013. Available at: [https://www.un.org/ruleoflaw/files/Prison\\_Incident\\_Management\\_Handbook\\_OROLSI\\_Mar2013.pdf](https://www.un.org/ruleoflaw/files/Prison_Incident_Management_Handbook_OROLSI_Mar2013.pdf)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

UNODC (2013). *Handbook for Prison Leaders. A basic training tool and curriculum for prison managers based on international standards and norms*. United Nations Office on Drugs and Crime, 2010. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_Handbook\\_for\\_Prison\\_Leaders.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Handbook_for_Prison_Leaders.pdf)

UNODC (2015). *Handbook on Dynamic Security and Prison Intelligence*. United Nations Office on Drugs and Crime, New York, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_Handbook\\_on\\_Dynamic\\_Security\\_and\\_Prison\\_Intelligence.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Handbook_on_Dynamic_Security_and_Prison_Intelligence.pdf)

# РАЗДЕЛ 5: МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ

## 5.1. Вступление

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов.»<sup>225</sup> Это определение здоровья подчеркивает, что здоровье – это широкое понятие и не только означает, что человек не имеет заболеваний, но и «здоров» в гораздо более широком понимании.

В этом разделе рассматриваются несколько аспектов здоровья заключенных. В каждой из следующих глав рассматривается конкретная проблема со здоровьем, и основное внимание уделяется следующему:

- Каков масштаб проблемы со здоровьем
- Какое отношение это имеет к превентивному мониторингу пыток и жестокого обращения
- Что говорят международные стандарты и руководства и как их интерпретировать
- Как контролировать вопросы, связанные с состоянием здоровья

### Право на здоровье

Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения определяет право на здоровье как «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья» и заявляет, что «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека независимо от расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения.»<sup>226</sup>

В своем информационном листке по правам человека и здоровью, ВОЗ утверждает, что «понимание здоровья как право человека требует от государств обеспечения доступа к своевременной, приемлемой и доступной медицинской помощи надлежащего качества, а также обеспечение базового уровня всех показателей здоровья, такие как чистая питьевая вода, санитарные условия, питание, жилье, информация о здоровье, освещение населения по вопросам охраны здоровья, а также гендерное равенство.»<sup>227</sup>

Международные организации в стандартах подчеркивают право на здоровье для всех людей. Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам комментирует право на наивысший достижимый уровень здоровья (как указано в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах<sup>228</sup>) и указывает, что «здоровье является одним из основных прав человека, неотъемлемым от остальных прав человека. Каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень здоровья, позволяющий вести достойную жизнь.»<sup>229</sup> Конвенция ООН о правах ребенка<sup>230</sup> и Конвенция ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин<sup>231</sup> подчеркивают право на здоровье детей, подростков и женщин соответственно. Кроме того, в документах некоторых стран, в том числе в Американской декларации о правах и обязанностях

225 WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, 1948. Available at: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

226 WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, 1948. Available at: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

227 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

228 UN (1976). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. United Nations, 1976. Available at: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

229 UN (2000). *The right to the highest attainable standard of health*. Committee on Economic, Social and Cultural rights, 22nd session, Geneva, 25 April – 12 May 2000, Agenda item 3. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

230 UN (1990). *Convention on the Rights of the Child*. UN High Commissioner for Human Rights, New York, 1990. Available at: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

231 UN (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. UN High Commissioner for Human Rights, New York, 1979. Available at: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

человека<sup>232</sup> и Африканской хартии прав человека и народов<sup>233</sup> указывается на право на здоровье всех людей без дискриминации.

Лица, лишённые свободы, имеют право на охрану здоровья в той же степени, как и любой другой человек, и их пребывание в тюрьме не должно влиять на это право. В статье, опубликованной Лайнзом в 2008 году под названием «Право заключённых на здоровье в международном праве с точки зрения прав человека», дается всесторонний обзор всех соответствующих стандартов, касающихся права на здоровье заключённых.<sup>234</sup> Правила Нельсона Манделы являются ключевым инструментом, заслуживающим особого внимания, и в правиле 24 четко сказано, что «оказание медицинской помощи заключённым является обязанностью государства. Заключённые должны пользоваться теми же стандартами медицинского обслуживания, что существуют в обществе, и должны иметь доступ к необходимым медицинским услугам бесплатно без дискриминации по признаку их правового статуса.»

Помимо доступа к услугам здравоохранения, право на здоровье также включает факторы здоровья в тюрьмах, такие как физические условия окружающей среды, такие как безопасность, безопасное питание и питьевая вода, достаточное питание, чистый воздух, адекватный уровень санитарии и доступ к физической активности.

### **Общие замечания о здоровье заключённого**

В большинстве стран подавляющее большинство заключённых – выходцы из бедных семей и уязвимых социальных групп общества. Часто эти группы имеют ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию до заключения и в среднем их состояние здоровья хуже, чем у населения в целом на момент поступления в исправительное учреждение.

По сравнению с населением в целом, среди заключённых более распространены инфекционные заболевания, такие как ВИЧ, туберкулез и гепатит С и В, выше риск неинфекционных заболеваний, болезней полости рта, а также широкий спектр проблем с психическим здоровьем. Самоповреждения и самоубийства более распространены в местах лишения свободы, чем в обществе, и большая часть заключённых страдает от наркотической и/или алкогольной зависимости по сравнению с людьми, живущими в обществе в целом.

Условия и (отсутствие) лечения в месте содержания под стражей могут еще больше усугубить проблемы со здоровьем заключённого. Например, отсутствие мер по снижению риска для людей, употребляющих наркотики, может способствовать распространению ВИЧ/СПИДа и гепатита среди заключённых из-за небезопасных инъекций и совместного использования игл и шприцев.<sup>235</sup> Как правило, переполненность тюрем и тесный контакт между инфицированными и неинфицированными людьми способствует передаче болезней. В сочетании с низкими стандартами медицинского обслуживания, например, с отсутствием выявления открытой формы туберкулеза у заключённого по прибытии в учреждение, риск распространения во много раз увеличивается по сравнению с риском для населения в целом. Более того, в некоторых тюрьмах неинфекционные заболевания часто игнорируются или им не уделяется особого внимания. Можно предположить, что они столь же распространены в местах лишения свободы, как и во внешних сообществах (см. более подробную информацию в главе «Неинфекционные заболевания» в этом разделе).

---

232 IACHR (1948). *American Declaration on the Rights and Duties of Man*. Inter-American Commission on Human Rights, 1948. Available at: [https://www.oas.org/dil/access\\_to\\_information\\_human\\_right\\_American\\_Declaration\\_of\\_the\\_Rights\\_and\\_Duties\\_of\\_Man.pdf](https://www.oas.org/dil/access_to_information_human_right_American_Declaration_of_the_Rights_and_Duties_of_Man.pdf)

233 OAU (1986). *African Charter on Human and Peoples' Rights*. Organization of African Unity, 1986. Available at: <https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=49>

234 Lines R (2008). The right to health of prisoners in international human rights law. *International Journal of Prisoner Health*, March 2008; 4(1): 3-53. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/5469547\\_The\\_right\\_to\\_health\\_of\\_prisoners\\_in\\_international\\_human\\_rights\\_law](https://www.researchgate.net/publication/5469547_The_right_to_health_of_prisoners_in_international_human_rights_law)

235 Fazel and Baillargeon (2011). The health of prisoners. *The Lancet* 2011; 377:956-65. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61053-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61053-7.pdf)

## **Мониторинг здоровья заключенных**

Мониторинг здоровья заключенных направлен на ряд вопросов, а именно:

- Проблемы со здоровьем в местах заключения и индивидуальные проблемы со здоровьем. Когда наблюдатель выявляет проблему со здоровьем, например, болезнь, на которую не обращает внимания тюремный врач, или случаи жестокого обращения, наблюдатель должен оценить, насколько позволяет имеющаяся информация, какие рекомендации можно дать в отношении отдельных заключенных (с их информированного согласия), проанализировать причины возникновения проблемы, например недостаток медперсонала, оборудования, обучения сотрудников или инструкций и контроля. Это означает, что при выявлении проблемы (например, недостаточное медицинское обслуживание, жестокое обращение) анализ необходимо начинать с изучения отдельного случая, а затем переходить к общим вопросам профилактики и лечения, предоставления медицинских услуг и факторов здоровья в тюрьмах.
- Насколько тюремные службы охраны здоровья берут на себя ответственность за соблюдение права на здоровье для всех. Это охватывает качество диагностики, лечения и сдерживания распространения инфекционных заболеваний; профилактику, выявление и лечение неинфекционных заболеваний; а также лечение психических заболеваний. Важно проанализировать, как влияют факторы здоровья в тюрьмах и деятельность медицинских служб на распространение инфекционных заболеваний и развитие неинфекционных и психических заболеваний, а также роль медработников и администрации в организации профилактики заболеваний и укрепления здоровья.
- Право заключенных на доступ к медицинскому обследованию и получение информированного согласия перед любым лечением, эквивалентное обществу в целом (т.е. эквивалентность ухода, самостоятельность принятия решений и право на достойную жизнь).
- Признаки применения пыток или жестокого обращения в месте заключения, где проводится мониторинг или в предыдущем исправительном учреждении. Кроме того, подход администрации тюрьмы к выявлению таких случаев и реакция на них. Медицинские работники учреждения играют главную роль в выявлении случаев пыток и жестокого обращения и в обеспечении того, чтобы эти случаи были надлежащим образом изучены, задокументированы, обработаны и доведены до сведения компетентных органов для проведения независимого расследования.
- Сотрудничество между тюремными медицинскими службами и системой здравоохранения в обществе, не только в отношении специализированного лечения во время заключения, но также в отношении непрерывности лечения при поступлении и после освобождения заключенных с заболеваниями, которые требуют последующего наблюдения и лечения. Обеспечение лекарственными препаратами заключенных, инфицированных туберкулезом или ВИЧ, а также тех, кто страдает неинфекционными или психическими заболеваниями.
- Смерть в заключении и обстоятельства, приведшие к смерти в каждом отдельном случае.

## **Методология проведения мониторинга**

Мониторинг здоровья заключенных включает изучение широкого круга проблем со здоровьем и получение информации по ним из различных источников.

При мониторинге состояния здоровья в тюрьмах важно знать всю картину заболеваний в тюрьме, учитывая, что заболеваемость и распространенность болезней значительно отличаются в обществе в целом и в тюрьмах.

Перед контрольным посещением наблюдатель должен обозначить аспекты здоровья, которые особенно важны или были недостаточно изучены в ходе предыдущих посещений. Наблюдатель за состоянием здоровья должен подготовиться, изучив любую имеющуюся документацию по этим направлениям.

Приведенная ниже матрица мониторинга здоровья (рис. 6) дает обзор всех аспектов здоровья заключенных, рассмотренные в следующих главах, а также источники информации, которые наблюдатель может использовать во время посещения места заключения.

**РИСУНОК 6.**  
**МАТРИЦА МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ**

Аспект здоровья заключенных	Источники							
	Заклученные	медперсонал	Тюремная охрана	Администрация	Наблюдения	Документация		
						Медицинские записи	Журналы	Письменные инструкции
Психические заболевания								
Самоповреждение и самоубийство								
Неинфекционные заболевания								
Инфекционные заболевания								
Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ								
Заболевания полости рта								
Особенные потребности								
Особенные потребности женщин-заключенных и их детей								
Насилие								
Смерть в заключении								

Матрица является полезным инструментом для мониторингового визита. В ней можно обозначить, какие источники информации были использованы, и обобщить полученную информацию. Важно правильно выбрать вопросы для разных групп интервьюируемых. Некоторые вопросы следует задавать разным группам (и изучать имеющиеся документы), чтобы провести сопоставление и получить наиболее полное представление о ситуации в тюрьме и провести оценку на высоком уровне.

Наблюдения необходимы, в частности, для оценки явных признаков физических и психических заболеваний у заключенных, включая признаки пыток и жестокого обращения, а также для оценки общих условий содержания в тюрьмах. Как уже указывалось в разделе 2, задача наблюдателя за состоянием здоровья НЕ включает проведение медицинского обследования отдельных заключенных. Ключевая задача наблюдателя за состоянием здоровья – внимательно наблюдать за всем, что может помочь объективно оценить состояние охраны здоровья в учреждении, и запрашивать дополнительную информацию по любому вопросу.

Как при допросе заключенных, так и при осмотре помещений необходимо проводить наблюдения.

Документация о здоровье заключенных включает в себя письменные инструкции, журналы регистрации и индивидуальные истории болезни (медицинские карты). Наблюдатель должен знать, что у него есть полномочия изучать медицинские карты заключенных с их информированного согласия. После изучения записей могут потребоваться дальнейшие действия, на которые также необходимо запрашивать информированное согласие заключенного.

В следующих главах подробно описывается, на что обращать внимание, изучая различные аспекты здоровья. Однако может быть непросто изучить все аспекты за одно посещение. Поэтому наблюдателю рекомендуется тщательно планировать посещение и помнить, что план может измениться в ходе посещения.

### **Дополнительные материалы:**

Fazel and Baillargeon (2011). The health of prisoners. *The Lancet* 2011; 377:956-65. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61053-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61053-7.pdf)

Lines R (2008). The right to health of prisoners in international human rights law. *International Journal of Prisoner Health*, March 2008; 4(1): 3-53. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/5469547\\_The\\_right\\_to\\_health\\_of\\_prisoners\\_in\\_international\\_human\\_rights\\_law](https://www.researchgate.net/publication/5469547_The_right_to_health_of_prisoners_in_international_human_rights_law)

UN (2000). *The right to the highest attainable standard of health*. Committee on Economic, Social and Cultural rights, 22nd session, Geneva, 25 April – 12 May 2000, Agenda item 3. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, 1948. Available at: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

## 5.2. Проблемы с психическим здоровьем

«Без срочных и всеобъемлющих мер тюрьмы вскоре могут превратиться в больницы XXI века для душевнобольных, где содержатся те, кто больше всего нуждается в лечении и уходе, но содержится в неподходящих условиях с ограниченным доступом к медицинской помощи и лечению.»<sup>236</sup>

Среди заключенных часто встречаются психические заболевания. Исследования распространенности таких заболеваний показывают, что у большинства заключенных есть проблемы с психическим здоровьем, а распространенность таких расстройств значительно выше, чем в обществе в целом.<sup>237</sup> Однако большинство исследований по этому вопросу было проведено в западном мире, и, к сожалению, очень мало данных по другим регионам. Неизвестно, отличается ли распространенность таких заболеваний в других частях мира, однако вполне вероятно, что распространенность во всем мире высока.

В данном руководстве под проблемами психического здоровья понимается широкий спектр расстройств, влияющих на настроение, мышление и поведение человека. Они могут значительно различаться по клиническим проявлениям, тяжести и продолжительности. Проблемы психического здоровья среди заключенных включают посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессию, тревогу, психоз и ряд расстройств личности. Симптомы и клинические проявления посттравматического стрессового расстройства и других психических расстройств, в том числе добровольная социальная изоляция, тревога, застенчивость, депрессия, пассивность, агрессивность, провоцирование конфликтов, а также деструктивное или саморазрушающее поведение могут быть результатом воздействия травматичных событий, в том числе пыток и жестокого обращения или других действий со стороны сотрудников и сокамерников. Наблюдатели должны помнить об этом и обращать особое внимание на людей с такими симптомами.

Заключенные с проблемами психического здоровья также могут иметь плохие навыки социального общения, трудности с обучением, умственную отсталость, а также плохое физическое здоровье. Умственная отсталость определяется показателем IQ ниже 70 и недостатками двух или более видов адаптивного поведения, влияющих на повседневную жизнь.<sup>238</sup> Исследование, проведенное в США, которое было посвящено изучению состояния людей с ограниченными возможностями в тюрьмах штатов и федеральных тюрьмах, показало, что менее 1% заключенных имели какую-либо форму физической инвалидности, в то время как 4,2% страдали формой умственной отсталости.<sup>239</sup>

Другое исследование, проведенное в США, показало, что, хотя люди с умственной отсталостью составляют от 2% до 3% от общей численности населения, они составляют от 4% до 10% заключенных, и еще более высокие показатели в исправительных учреждениях для несовершеннолетних.<sup>232</sup> В Великобритании Комитет по реформированию пенитенциарной системы в 2006–2008 годах разработал программу, направленную на изучение опыта людей с ограниченными умственными

236 WHO/Europe (2007). *Trencin Statement on prisons and Mental Health*. World Health Organizations Regional Office for Europe, 2007. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99006/E91402.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf)

237 Singleton et al (1998). *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. London, Office for National Statistics, 1998. Available at: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publicationsstatistics/DH\\_4007132](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publicationsstatistics/DH_4007132)

Fazel and Danesh (2002). Serious mental health disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545-50. Abstract available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07740-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07740-1/fulltext)

Fazel and Baillargeon (2011). The health of prisoners. *The Lancet* 2011; 377:956-65. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61053-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61053-7.pdf)

Fazel et al (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008, 47(9): 1010-1019. Abstract available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18664994>

HRW (2009). *Mental Illness, Human Rights and US Prisons*. Human Rights Watch Statement for the Record to the Senate Judiciary Committee. Human Rights Watch, Subcommittee on Human Rights and the Law, 22 September 2009. Available at: <https://www.hrw.org/news/2009/09/22/mental-illness-human-rights-and-us-prisons>

Baranyi G. et al. (2019). Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*, Volume 7, Issue 4, April 2019, Pages e461-e471. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30539-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30539-4)

238 Weiss (2013). *People with Intellectual Disabilities and the Prison System*. Available at: <http://www.disabled-world.com/disability/types/cognitive/prison-system.php>

239 Petersilia (2000). *Doing justice? Criminal offenders with developmental disabilities*. CPRC Brief, 12 (4), California Policy Research Center, University of California. Available at: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED465905.pdf>

возможностями, которые поступают в систему уголовного правосудия. Обзор литературы, который входил в программы, показал, что в Великобритании 2030% правонарушителей имеют трудности с обучением или неспособность к обучению, которые затрудняют их пребывание в системе уголовного правосудия.<sup>240</sup> Семь процентов взрослых заключенных имеют IQ менее 70, а еще 25% имеют IQ от 70 до 79. Около 25% детей, совершающих правонарушения, имеют IQ ниже 70.<sup>241</sup>

Пребывание в тюрьме особенно сложно для заключенных с психическими проблемами, когда их мышление, понимание окружающей среды, в которой они живут (включая действия других людей), эмоциональные реакции и навыки сдерживания импульсов нарушены. Было показано, что они подвергаются повышенному риску жестокого обращения, дискриминации и преследований со стороны сотрудников и других заключенных.<sup>242</sup>

ПТСР – это тревожное расстройство, которое может развиться после воздействия опасного для жизни события, сопровождаемым сильным страхом и ощущением беспомощности, включая пытки или жестокое обращение. Из-за высокой распространенности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) среди заключенных медработник должен хорошо знать основные симптомы и признаки этого заболевания.

Обзор литературы по этому вопросу, проведенный в 2007 году, показал, что распространенность посттравматического стрессового расстройства среди заключенных выше, чем среди населения в целом.<sup>243</sup> Более поздний обзор распространенности посттравматического стрессового расстройства среди заключенных был проведен Бараньи и соавторами в 2017 году и включал 56 примеров из 20 стран мира. Авторы пришли к выводу о высокой распространенности. Показатели точечной распространенности варьировались от 0,1% до 27% среди заключенных-мужчин и от 12% до 38% среди заключенных-женщин. Посттравматическое стрессовое расстройство в своих проявлениях представляет собой сложный комплекс, который необходимо знать при работе с травмированными людьми, включая жертв пыток и жестокого обращения. Важно знать, что травмированный человек может значительно страдать от некоторых симптомов посттравматического стрессового расстройства, не имея всех признаков и симптомов заболевания.<sup>244</sup>

Американская психиатрическая ассоциация выделяет следующие симптомы посттравматического стрессового расстройства:

1. *«Навязчивые мысли, такие как повторяющиеся непроизвольные воспоминания; тревожные сны; или воспоминания о травмирующем событии. Воспоминания могут быть настолько яркими, что люди чувствуют, что переживают травматический опыт заново.»*
2. *«Чтобы избежать напоминания о травмирующем событии, люди, страдающие ПТСР стараются избегать людей, места, виды занятия, предметы и ситуации, которые вызывают тревожные воспоминания. Люди могут стараться не вспоминать и не думать о травмирующем событии. Они могут не соглашаться говорить о том, что произошло, или о том, что они об этом думают.»*
3. *«Негативные мысли и чувства могут включать искаженные представления о себе или других (например, «Я плохой», «Никому нельзя доверять»); постоянный страх, ужас, гнев, вина или стыд; гораздо меньший интерес к занятиям, которые ранее были привычными; чувство отстраненности или отчужденности от других.»*

---

240 PRT (2006). *No One Knows: offender with learning difficulties and learning disabilities: the prevalence and associated needs of offenders with learning difficulties and learning disabilities.* Dr Nancy Loucks, Prison Reform Trust, UK, 2006. Available for download at: <https://www.bl.uk/collection-items/no-one-knows-offenders-with-learning-difficulties-and-learning-disabilities-the-prevalence-and-associated-needs-of-offenders-with-learning-difficulties-and-learning-disabilities>

241 PRT (2012). *Fair Access to Justice? Support for vulnerable defendants in the criminal courts. A PRT briefing paper by Jenny Talbot.* Prison Reform Trust, 2012. Available at: <http://www.prisonreformtrust.org.uk/Portals/0/Documents/FairAccessToJustice.pdf>

242 UNODC (2009). *Handbook on Prisoners with special needs, 2009, p15.* Available at: [https://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/Handbook\\_on\\_Prisoners\\_with\\_Special\\_Needs.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_Prisoners_with_Special_Needs.pdf)

243 Goff et al. (2007). Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Crim Behav Ment Health.* 2007;17(3):152-62. Abstract available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17595672>

244 Baranyi et al. (2017). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners. *Epidemiologic Reviews.* Vol.40, 2018. Available at: <https://academic.oup.com/epirev/article/40/1/134/4955401>



4. Симптомы возбуждения могут включать раздражительность и вспышки гнева; безрассудное или саморазрушительное поведение; проблемы с концентрацией или сном, пугливость.

Многие люди, подвергшиеся травматическому событию, испытывают симптомы, подобные описанным выше, в первые дни после самого события. Однако у человека с посттравматическим стрессом симптомы длятся более месяца и часто сохраняются в течение нескольких месяцев, а иногда и лет. У многих людей симптомы развиваются в течение трех месяцев после травмы, но могут проявиться и позже. У людей с посттравматическим стрессовым расстройством симптомы вызывают серьезный стресс или проблемы с функционированием. Посттравматическое стрессовое расстройство часто возникает на фоне других связанных состояний, таких как депрессия, употребление психоактивных веществ, проблемы с памятью и другие проблемы с физическим и психическим здоровьем.<sup>245</sup>

Другой распространенной проблемой психического здоровья среди заключенных является депрессия, которая у некоторых может привести к самоповреждению или попыткам самоубийства.<sup>246</sup> Депрессия – это болезнь, которая поражает организм, влияет на настроение и мысли человека, аппетит, сон, мысли о себе и других людях, о жизни. Заключенные, страдающие депрессией, испытывают повышенные трудности с функционированием в местах лишения свободы. Депрессия чаще всего возникает в течение первых нескольких недель в месте заключения из-за изменившихся обстоятельств и условий жизни заключенного, а также из-за необходимости переосмыслить свою жизнь после приговора.

#### **Актуальность превентивного мониторинга**

Заключенные с проблемами психического здоровья нуждаются в соответствующей поддержке и лечении. Поддержка и лечение могут помочь некоторым излечиться от болезни, а другим – облегчить симптомы, предотвратить ухудшение состояния и предотвратить самоповреждение или самоубийство. К сожалению, медицинские услуги по охране психического здоровья ограничены, а тюремная обстановка создает стрессовую среду, которая влияет на психическое здоровье, особенно на психическое здоровье уязвимых заключенных, включая тех, у которых уже были такие проблемы до заключения, отчего их состояние может ухудшиться.

Заключенные с серьезными проблемами психического здоровья, такими как психотическое расстройство, должны, в первую очередь, находиться не в исправительном, а в специализированном психиатрическом учреждении. Если заключенный с серьезными проблемами психического здоровья содержится в месте содержания под стражей, где отсутствует соответствующее лечение и поддержка, это может быть равносильно жестокому обращению или пыткам. Примером может служить содержание заключенного с серьезными проблемами психического здоровья в изоляции круглые сутки, когда в тюрьме не находится для него подходящего занятия. Другой пример – когда заключенный с проблемами психического здоровья подвергается дискриминации, стигматизации или насилию со стороны тюремного персонала и/или других заключенных из-за его/ее болезни.

В Европейский суд по правам человека поступило несколько дел, связанных с отсутствием лечения и ухода за заключенными с проблемами психического здоровья, и большинство из них признано нарушением статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания»). По следующему делу ЕСПЧ признал нарушение статьи 3:

*М.С. против Соединенного Королевства, 3 мая 2012 г. Заявитель, страдающий психическим заболеванием, жаловался, в частности, на то, что он содержался под стражей в отделении полиции в период острых душевных страданий, хотя он серьезно психически болен и в срочном порядке требовал стационарного лечения.*

*Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 (запрещение унижающего достоинство обращения) Конвенции по правам человека, установив, в частности, что, хотя со стороны полиции*

245 <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

246 Birmingham L. (2004). Mental disorder and prisons. *Psychiatr Bull* 2004; 28:393-7 <https://doi.org/10.1192/pb.28.11.393>  
Lafortune D. (2010). Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *Int J Law Psychiatry* 2010; 33:94-100. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252709001344?via%3Dihub>

не было преднамеренного пренебрежения, длительное содержание заявителя под стражей без надлежащего психиатрического лечения является унижением его человеческого достоинства.<sup>247</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Помимо общих Правил Нельсона Манделы об услугах здравоохранения (правила 24-35), которые имеют значение при мониторинге того, как учреждения решают проблемы психического здоровья, они содержат 2 конкретных правила, касающихся заключенных с проблемами психического здоровья. А именно – лица с серьезными проблемами психического здоровья должны содержаться не в исправительных, а в психиатрических учреждениях:

#### **Правило 109**

1. Заключенных, которые сочтены не несущими уголовную ответственность или у которых позднее диагностированы серьезные психические заболевания и/или тяжелое состояние здоровья, для которых дальнейшее пребывание в тюремных условиях будет означать ухудшение их состояния, не следует содержать в тюремных учреждениях и следует принимать меры для их возможного скорейшего перевода в психиатрические клиники.
2. В случае необходимости другие заключенные с психическими заболеваниями и/или тяжелым состоянием здоровья могут наблюдаться и проходить лечение в специализированных учреждениях под надзором квалифицированных медицинских специалистов.
3. Медицинская служба должна обеспечивать психиатрическое лечение всех других нуждающихся в таком лечении заключенных.

#### **Правило 110**

*По договоренности с компетентными учреждениями желательно принимать, если это оказывается необходимым, меры для того, чтобы обеспечивать психиатрический уход за освобожденными заключенными, равно как и социально-психиатрическую опеку над ними.*

Принципы Организации Объединенных Наций по защите людей с психическими заболеваниями и совершенствованию психиатрической помощи (резолюция 46/119 1991 г. G.A.) в пункте 4 принципа 1 содержат следующее:

*«Не допускается дискриминация по признаку психического заболевания. «Дискриминация» означает любое отличное отношение, исключение из правил, которые приводят к аннулированию или ограничению равного пользования правами. Специальные меры исключительно для защиты прав или обеспечения улучшения положения лиц с психическими заболеваниями не должны считаться дискриминационными. Дискриминация не включает отличное отношение и исключения из правил, применяемых в соответствии с положениями настоящих Принципов и необходимых для защиты прав психически больного человека или других лиц.»<sup>248</sup>*

В 2006 году ООН приняла Конвенцию о правах инвалидов.<sup>249</sup> Для этого была разработана широкая категоризация инвалидов и подтверждается, что все люди со всеми видами инвалидности должны пользоваться всеми правами человека и основными свободами. В ней разъясняется и уточняется, как все категории прав применимы к людям с ограниченными возможностями, и определяются области, в которых должны быть внесены изменения, чтобы инвалиды могли эффективно осуществлять свои права, а также области, где их права нарушаются и где защита прав должны быть улучшена.

Статья 13 Конвенции гласит:

247 ECHR (2020). *Factsheet – Detention and mental health*. European Court of Human Rights, March 2020. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

248 UN (1991). *United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illnesses and the Improvement of Mental Health Care*. United Nations, 1991. Available at: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b3920.html>

249 UN (2006). *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations, 2006. Available at: [https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention\\_accessible\\_pdf.pdf](https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf)

1. «Государства-участники обеспечивают эффективный доступ к правосудию для лиц с ограниченными возможностями наравне с другими, в том числе посредством предоставления процедурных и соответствующих возрасту приспособлений, облегчающих их эффективную роль прямых и косвенных участников всех процессуальных действий, в том числе на следственных и других предварительных стадиях совершения правосудия (в том числе, в качестве свидетелей).
2. Для обеспечения эффективного доступа к правосудию для лиц с ограниченными возможностями, государства-участники поощряют соответствующую подготовку лиц, работающих в области отправления правосудия, включая сотрудников полиции и тюрем».

В 2007 году Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало Тренчинское заявление о тюрьмах и психическом здоровье, включающее шесть критериев, которых должны придерживаться государства и администрации тюрем:

1. Должно быть четкое понимание того, что пенитенциарные учреждения редко, если вообще когда-либо, могут предоставлять лечение и уход серьезно или остро психически больным заключенным.
2. Необходимо понимать и оценивать уязвимость вновь поступивших заключенных.
3. Для каждого заключенного следует подготовить индивидуальный план отбывания наказания и план ухода, основанный как на первичном осмотре, так и на результатах более поздней оценке его потребностей.
4. Укрепление психического здоровья и благополучия должно занимать центральное место в политике тюрем в отношении охраны здоровья.
5. Тюрьмы должны быть обеспечены ресурсами для принятия необходимых мер, кратко изложенных выше. Основу составляет эффективное руководство со стороны администрации и директора учреждения и привлечение медицинских работников со специальным образованием и непрерывным планом переподготовки.
6. Охрана здоровья имеет большое значение для общей реабилитации заключенных.<sup>250</sup>

Всемирная психиатрическая ассоциация опубликовала заявление о состоянии здоровья в тюрьмах в 2020 году, в котором подчеркивается важность своевременного доступа заключенных «ко всему спектру психиатрических услуг, которые доступны людям в целом, предоставляемых в том же объеме и с тем же качеством».<sup>251</sup>

В имеющихся международных стандартах и руководствах четко и последовательно говорится о том, что люди с тяжелыми психическими заболеваниями должны содержаться не в тюрьмах, а в специализированных учреждениях, где им предоставляется соответствующее лечение и уход. Тем не менее, многие люди, содержащиеся в местах лишения свободы, страдают психическими расстройствами в той или иной степени, и наблюдатель за состоянием здоровья должен использовать приведенные выше стандарты и рекомендации при оценке того, как учреждение решает эти проблемы и соблюдаются ли там минимальные требования.

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель должен изучить следующие вопросы перед контрольным посещением:

- Где и как люди с психическим заболеванием, осужденные за преступление, размещаются в этой стране, и соответствует ли это национальному и международному законодательству.
- Существует ли какой-либо механизм контроля за проблемами психического здоровья в местах лишения свободы в данном государстве. Если да, то каким образом, были ли проверки данного учреждения.

250 WHO/Europe (2008). *Trencin Statement on Prisons and Mental Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2008. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99006/E91402.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf?ua=1)

251 Forrester & Piper (2020). The WPA's prison health position statement and curriculum. *World Psychiatry, Official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, Volume 19, Issue 1, 2020. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20711>

Во время контрольного посещения наблюдатель должен использовать все доступные ему источники информации, включая интервью с заключенными, тюремным медицинским персоналом, тюремными охранниками и руководством тюрьмы, наблюдения и документацию, чтобы должным образом оценить, каким образом в этом учреждении содержатся заключенные с проблемами психического здоровья, соответствуют ли условия содержания международным стандартам. Наблюдатель должен спросить руководство тюрьмы об общей политике и подходе к этому вопросу в учреждении, например, о том, где в учреждении содержатся заключенные с психическими расстройствами и могут ли они участвовать в жизни с другими заключенными.

Интервью с заключенными дадут представление об их мнении о том, как учреждение решает проблемы психического здоровья. Было бы хорошо провести собеседование как с заключенными, имеющими проблемы с психическим здоровьем, так и с заключенными без таких проблем, хотя сложно будет провести отбор для интервью с этической точки зрения. В случае тематического мониторингового визита по вопросам психического здоровья, об этом можно было бы сообщить заключенным заранее, чтобы те, кто желает поговорить с группой, имели такую возможность.

Например, заключенных можно спросить, как в учреждении обращаются с заключенными с проблемами психического здоровья, как персонал, так и другие заключенные.

Наблюдатель должен проявлять осторожность при опросе заключенных с проблемами психического здоровья и всегда помнить о возможных последствиях, которые опрос может оказать на них. Например, интервью с заключенными с посттравматическим стрессовым расстройством нужно проводить с особой осторожностью из-за риска повторной травмы. При опросе человека, страдающего депрессией, наблюдатель должен следить за тем, чтобы не усугубить его чувства депрессии, отчаяния и печали, и рекомендуется вести разговор как можно более «легким» способом, т.е. не вдаваться в подробности о чувствах, а сосредоточиться на отношениях с другими заключенными и персоналом, а также о повседневной деятельности во время работы и отдыха. В идеале клинический специалист по психическому здоровью должен входить в группу при мониторинге психического здоровья заключенных. Предпочтительно, чтобы это был психиатр, психолог или медсестра с опытом работы с психически больными. Мониторинг проблем психического здоровья требует знаний о природе состояний психического здоровья и опыта выявления таких состояний, а также знаний о стандартах лечения психических заболеваний в данном государстве (см. дополнительные инструкции по проведению интервью с заключенными, страдающими психическим расстройством, депрессией или посттравматическим стрессовым расстройством, в главе о том, как проводить мониторинг здоровья в Разделе 2.)

Интервью с тюремным медицинским персоналом, среди прочего, дадут представление о способах лечения, применяемых в учреждении, и о том, как оцениваются проблемы психического здоровья во время первичного медицинского обследования заключенных при поступлении. Медицинские работники тюрьмы смогут назвать основные проблемы, с которыми сталкиваются при лечении и уходе за заключенными с проблемами психического здоровья.

В ходе интервью с тюремными охранниками можно получить информацию об обращении с заключенными с проблемами психического здоровья, проводятся ли тренинги среди сотрудников, о том, как предотвратить самоповреждение и самоубийства среди заключенных.

В течение мониторингового визита наблюдатель должен использовать свои навыки наблюдения, чтобы получить больше информации о том, как в учреждении обращаются с заключенными с проблемами психического здоровья, а именно, о том, как содержатся заключенные с проблемами психического здоровья и как происходит их взаимодействие с персоналом и другими заключенными. Проводя наблюдение, необходимо обратить внимание, какие мероприятия проводятся в учреждении по укреплению психического здоровья и предотвращению самоповреждения.

Последним источником информации, который наблюдатель за состоянием здоровья должен использовать во время своего контрольного посещения, являются документы, включая любые письменные инструкции, журналы и медицинские записи, к которым можно получить доступ.

В процессе разработки заключения и рекомендаций наблюдатель должен проводить сопоставление информации, полученной из различных источников.

## **Дополнительные материалы**

PRI (2018). *Mental health in prison. A short guide for prison staff*. Penal Reform International, London, 2018. Available at: [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/05/PRI\\_Short\\_guide\\_to\\_mental\\_health\\_support\\_in\\_prisons\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/05/PRI_Short_guide_to_mental_health_support_in_prisons_WEB.pdf)

UN (1991). *United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illnesses and the Improvement of Mental Health Care*. United Nations, 1991. Available at: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b3920.html>

UN (2006). *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations, 2006. Available at: [https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention\\_accessible\\_pdf.pdf](https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WHO/Europe (2008). *Trencin Statement on Prisons and Mental Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2008. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99006/E91402.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf?ua=1)

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

### 5.3. Самоповреждения и самоубийства

Самоповреждение можно определить как умышленное нанесение повреждений и травм самому себе без сознательного суицидального намерения. Обычно это является проявлением психологического или психического расстройства. Однако это также может быть средством справиться с изоляцией или предотвратить опасную ситуацию (например, пыток или жестокого обращения со стороны других заключенных), или с целью перевода в другое отделение или учреждение, то есть призыв о помощи или внимании.

Самоубийством называется преднамеренное лишение себя жизни. Самоубийство – это чаще всего проявление психологического или психического расстройства, но оно также может быть импульсивным или хорошо продуманным действием, вызванным стрессовыми факторами. В различных странах самоубийству дают разные определения: одни классифицируют самоубийство как любую смерть, причиненную самому себе, независимо от намерения человека, а другие классифицируют самоубийство только при наличии явного намерения.

Всемирная организация здравоохранения заявляет, что ежегодно около 800 000 человек умирают в результате самоубийства и что это по статистике вторая причина смерти среди молодых людей (15-29 лет) в мире.<sup>252</sup>

Как было указано в предыдущей главе, высокая доля заключенных страдает психическими расстройствами в той или иной степени с достаточно высоким риском самоповреждения и самоубийства. В большинстве стран показатели случаев самоповреждения и самоубийства среди заключенных выше, чем среди мужчин и женщин в обществе.<sup>253</sup> Самоубийство является самой частой причиной смерти в тюрьмах, на него приходится около половины всех смертельных случаев.<sup>254</sup> Особенно опасны периоды предварительного заключения и ранние периоды заключения. Однако в разных странах количественные показатели самоубийств в местах лишения свободы отличаются.

Систематический обзор 34 исследований факторов риска суицида среди заключенных показал, что с совершением самоубийств в местах лишения свободы четко соотносятся определенные демографические факторы (белая раса/этническая принадлежность, принадлежность к мужскому полу, наличие супруга), криминологические факторы (содержание в одиночной камере, статус задержанного, предварительное заключение, пожизненное заключение), некоторые клинические факторы (недавние суицидальные мысли, попытки самоубийства в анамнезе, психиатрический диагноз (особенно психоз и депрессия) и злоупотребление алкоголем).<sup>255</sup>

Самоповешение является наиболее часто совершаемым видом самоубийства в местах лишения свободы в большинстве стран.<sup>256</sup> К другим способам совершения самоубийства (согласно данным по Швейцарии, однако известным также как частые способы в других странах мира) относятся передозировка наркотиками и самопожертвование.<sup>257</sup>

Явление самоповреждения гораздо более распространены, чем суицид, как в обществе, так и в местах заключения. Исследование, проведенное в Великобритании, показало, что ежегодно 5-6%

---

252 См. сайт ВОЗ: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

253 Penal Reform International (2007). *Women in prison: incarcerated in a man's world*. London, Penal Reform International (Penal Reform Briefing No. 3), 2007. Available at: <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/06/brf-03-2008-women-in-prison-en.pdf>

254 Fazel and Baillargeon (2011). The health of prisoners. *The Lancet* 2011; 377:956-65. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61053-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61053-7.pdf)

255 Fazel et al. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal Clin. Psychiatry* 2008; 69: 1721-31. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/23490177\\_Suicide\\_in\\_prisoners\\_A\\_systematic\\_review\\_of\\_risk\\_factors](https://www.researchgate.net/publication/23490177_Suicide_in_prisoners_A_systematic_review_of_risk_factors)

256 Bardale and Dixit (2015). Suicide behind bars: A 10-year retrospective study. *Indian J. Psychiatry* 57, 81-84. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4314922/>

257 Gauthier et al. (2015). Swiss prison suicides between 2000 and 2010. *Crisis* 36, pp. 110-116. Available at: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000302>

заклученных-мужчин и 20-24% женщин-заклученных наносят себе повреждение.<sup>258</sup> Доказано, что повторное самоповреждение происходит часто, особенно среди женщин и девочек-подростков.

Тюремные власти несут ответственность за охрану здоровья и безопасность лиц, содержащихся в местах заключения. Адекватные меры по предотвращению самоубийств и самоповреждения крайне важны и необходимы как для заклученных, так и для учреждения в целом. Этот вопрос рассматривался в нескольких исследованиях, и важнейшие компоненты программы предотвращения самоубийств и членовредительства в тюрьмах можно резюмировать следующим образом:

1. Осмотр новых заклученных для выявления группы риска.
2. Направление заклученных из группы риска к специалистам в области психического здоровья.
3. Усиление наблюдения и контроля за заклученными из групп риска.
4. Обучение персонала и постоянная оценка рисков.
5. Содействие формирования позитивных отношений между заклученными и персоналом и между заклученными.
6. Сокращение случаев помещения заклученных в одиночные камеры,<sup>259</sup> особенно заклученных из групп риска.
7. Доступ к медицинским услугам, особенно к услугам психолога и психиатра.
8. Программы взаимной поддержки.
9. Укрепление контактов заклученных с внешним миром.
10. Более безопасные камеры и тюремная среда в целом.
11. Анализ ситуации после самоубийства и тренинги.

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Тюремная администрация несет ответственность за охрану здоровья и безопасность заклученных. Невыполнение этого может привести к актам самоповреждения и самоубийства (попыткам совершения самоубийства), которые могут иметь серьезные последствия не только для заклученных, которые совершают эти действия, но и для других заклученных, которые обнаруживают другого заклученного с повреждениями или мертвым.

Выявление лица, подверженного риску самоповреждения или совершения самоубийства, должно быть ключевым элементом первичного медицинского обследования при поступлении в учреждение. Если выясняется, что человек подвергается риску самоповреждения или совершения самоубийства, например, имеет историю совершения таких действий, следует изучить его медицинскую карту и принять меры для минимизации рисков в будущем. Правильное наблюдение и оказание медицинских услуг, ухода, поддержки и профилактики имеет большое значение.

Препятствиями в предотвращении актов самоубийства и самоповреждения могут быть нехватка персонала, отсутствие необходимого оборудования, недостаточное внимание к созданию условий, которые бы затрудняли совершение таких действий, игнорирование симптомов и признаков в поведении людей, которые указывают на риск совершения таких действий, отсутствие обучения персонала тому, как действовать при подозрении на риск совершения самоповреждения или самоубийства и какие предпринимать профилактические меры.

258 Hawton et al. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *The Lancet. Volume 383, No. 9923, p1147–1154, 29 March 2014.* Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)62118-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)62118-2.pdf)

259 Показано, что изоляция является фактором риска суицида в местах лишения свободы. Например, исследование, проведенное в Италии в 2013 году, показало, что уровень самоубийств среди заклученных в краткосрочной изоляции был на 239% выше, чем среди других заклученных (232,2 против 97,8 на 100 000). Уровень самоубийств достигал 426,1 даже среди заклученных в условиях строгой изоляции (Roma et al. (2013). Дополнительные условия изоляции как фактор самоубийств среди заклученных. *Forensic Sci Int.* 2013 Dec 10; 233(1-3) Доступно по ссылке: <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.08.016>)

В Европейский суд по правам человека поступило множество дел, касающихся отсутствия доступа к медицинской помощи для заключенных, которые находятся в группе риска, и большинство из них были признаны нарушениями статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («никто не должен подвергаться пыткам, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания»). В следующем деле Суд признал нарушение статьи 3 Конвенции:

*Ревьер против Франции, 11 июля 2006 г. Заявитель подал жалобу на то, что он не был освобожден от отбывания наказания в исправительном учреждении, несмотря на его проблемы психиатрического характера (ему был поставлен диагноз психического расстройства, связанного с суицидальными наклонностями, и специалисты были обеспокоены некоторыми аспектами его поведения, в частности импульс к самоубийству), что требовало лечения вне тюрьмы.*

Суд постановил, что продолжающееся содержание заявителя в заключении без надлежащего медицинского наблюдения представляло собой бесчеловечное и унижающее достоинство обращение, отметил, что заключенные с серьезными психическими расстройствами и суицидальными наклонностями нуждаются в особых условиях, соответствующих их состоянию, независимо от тяжести преступления, за которое они были осуждены.<sup>260</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Помимо общих Правил Нельсона Манделы об услугах здравоохранения (правила 24-35), которые имеют значение при мониторинге подхода к случаям самоповреждения и самоубийства в тюремном учреждении, они содержат два конкретных правила, касающихся заключенных с психическими расстройствами, деменцией, что актуально для заключенных, которые подвержены риску самоповреждения или совершения самоубийства. Эти два правила изложены в предыдущей главе этого раздела, посвященной проблемам психического здоровья.

В 2007 году Всемирная организация здравоохранения в сотрудничестве с Международной ассоциацией по предотвращению самоубийств выпустила конкретное руководство по предотвращению самоубийств в тюрьмах и других местах лишения свободы, которое имеет большое значение, хотя и не является международным стандартом.<sup>261</sup> В документе выделяются следующие четыре ключевых компонента программы предотвращения самоубийств: обучение персонала исправительных учреждений, первичный осмотр, наблюдение после поступления и первичного осмотра.

Согласно руководящему документу, следующие элементы должны быть частью комплексного плана предотвращения самоубийств для предотвращения самоубийств в местах заключения:

1. Программа обучения (включая курсы повышения квалификации) для сотрудников исправительных учреждений и воспитателей, чтобы помочь им распознать суицидальных заключенных и надлежащим образом реагировать на них в суицидальных кризисах.
2. Внимательное отношение к общей психологической атмосфере в учреждении (уровень занятости, безопасность, культура и отношения между персоналом и заключенными). В частности, качество социального климата в тюрьмах имеет решающее значение для минимизации суицидального поведения. Хотя в тюрьме человек всегда подвергается стрессу, тюремная администрация должна разработать эффективную стратегию максимального снижения риска запугивания и других видов насилия в своих учреждениях, улучшения отношений между заключенными и сотрудниками. Качество таких отношений имеет большое значение в снижении стресса заключенных. Если уровень доверия к персоналу достаточно высок, то заключенный может рассказать сотруднику, когда лимит его терпения исчерпан, когда ощущение безнадежности будет невыносимым и мысли о самоубийстве не будут покидать его.

260 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

261 WHO (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. World Health Organization and International Association for Suicide Prevention, 2007. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_jails\\_prisons.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf)



3. Процедуры для регулярного осмотра заключенных по прибытию в учреждение и на протяжении их пребывания в учреждении с целью идентификации тех, кто имеет высокий риск.
4. Механизм поддержки коммуникации между членами персонала о заключенных из группы риска.
5. Письменные инструкции, где изложены минимальные требования к:
  - Размещению заключенных из группы риска.<sup>262</sup>
  - Предоставлению социальной поддержки.
  - Постоянному визуальному наблюдению за заключенными с особыми суицидальными намерениями.
  - Надлежащим использованием средств физического сдерживания как последней меры в предотвращении самоповреждений.
6. Заключенные с психическими расстройствами, нуждающиеся в лечении, должны его получать (в виде медикаментозного и психологического вмешательства), за ними необходимо вести постоянное строгое наблюдение.
7. Налаживание эффективного сотрудничества с учреждениями по лечению психических заболеваний в обществе для привлечения специалистов в области психического здоровья при необходимости оказания медицинских услуг такого рода.
8. Стратегия обсуждения ситуации при совершении самоубийства с целью выработки методов выявления возможного суицида, наблюдения и контроля за ситуацией в исправительном учреждении.<sup>263</sup>

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатели должны быть проинформированы о существующих принципах и правилах, касающихся способов предотвращения и поведения в случае совершения самоповреждения и самоубийства в местах заключения (если таковые имеются). Они должны знать наиболее частые клинические проявления состояния, которые включают, помимо прочего: добровольную изоляцию, депрессию, пассивность и деструктивное или саморазрушающее поведение.

Конкретные вопросы, которые наблюдатель должен изучить перед контрольным посещением, включают следующее:

- Какое количество случаев самоповреждений и самоубийств зафиксировано за последние годы в данном учреждении (если возможно, за последние 5 лет).
- Соответствует ли это другим местам заключения и общим тенденциям.

Во время контрольного посещения наблюдатель должен использовать все доступные ему источники информации, включая интервью с заключенными, тюремным медицинским персоналом, тюремными охранниками и руководством тюрьмы, наблюдения и документацию, чтобы должным образом оценить подход исправительного учреждения к предотвращению самоповреждений и суицида (попыток), и соответствует ли такой подход международным рекомендациям.

Из интервью с заключенными можно узнать их мнение о том, как в данном учреждении борются с самоповреждениями и самоубийствами. Следует попытаться опросить как заключенных, которые причинили себе повреждения или находятся в группе повышенного риска, так и заключенных, которые не подвергались и не подвергаются повышенному риску, хотя с этической точки зрения будет сложно провести отбор. В случае тематического контрольного посещения, посвященного самоповреждениям и самоубийствам, можно сообщить заключенным заранее, чтобы те, кто желает поговорить с наблюдателями, могли об этом сообщить.

---

262 Это включает помещение заключенного из группы риска в камеру для наблюдения без возможности совершения самоубийства. Помещение заключенного из группы риска в камеру наблюдения всегда должно предшествовать применению каких-либо мер сдерживания.

263 Это должно включать психологический инструктаж задействованного персонала и заключенных.

Например, заключенных можно спросить о том, как, по их мнению, обращаются с заключенными, склонными к самоповреждениям сотрудники тюрьмы, другие заключенные, и о том, задавались ли им конкретные вопросы, касающиеся самоубийства / самоповреждений во время первичного медицинского обследования.

Наблюдатель должен проявлять осторожность при опросе заключенного, который находится в группе риска совершения самоубийства, и всегда помнить о возможных последствиях, к которым может привести интервью. См. дополнительные рекомендации по проведению собеседований с заключенными, которые страдают от психических расстройств, включая симптомы депрессии, в главе о проведении собеседований в целях мониторинга в Разделе 2.

В идеале клинический специалист по психическому здоровью должен входить в мониторинговую группу. Желательно, чтобы это был психиатр или психолог или медсестра с опытом работы с в психиатрии. Наблюдатель, который без профессиональных знаний о психических состояниях в целом и депрессии в частности, и не имеет опыта общения с людьми с проблемами психического здоровья, не должен брать на себя ведущую роль в проведении интервью.

Из интервью с тюремным медицинским персоналом можно узнать, как оцениваются риски самоповреждения/самоубийства во время первичного медицинского обследования заключенных при поступлении. Медицинский персонал тюрьмы сможет назвать основные проблемы, с которыми они сталкиваются при лечении и уходе за заключенными из группы риска.

Тюремные охранники могут предоставить информацию о тренингах для сотрудников по предотвращению самоповреждений и самоубийств.

Наблюдатель должен спросить руководство тюрьмы об общем подходе в учреждении к предотвращению самоповреждений и самоубийств, и могут ли они участвовать в жизни с другими заключенными.

В течение контрольного посещения наблюдатель должен использовать свои навыки наблюдения, чтобы получить больше информации по этому вопросу. Наблюдатель должен, например, оценить, каковы физические условия в учреждении и насколько они безопасны для заключенных, которые находятся в группе риска. Наблюдатель может просмотреть записи «камеры наблюдения», где содержатся заключенные, подвергающиеся риску самоповреждения/самоубийства.

И, наконец, наблюдатель должен ознакомиться с имеющимися документами, в том числе, например, с журналами, где зафиксированы случаи самоповреждения или самоубийства (если таковые имеются), медицинскими картами заключенных из группы риска (если у группы есть полномочия для изучения медицинских записей) с информированного согласия заключенного, а также журналы психиатрических и психологических консультаций.

В процессе разработки заключения и рекомендаций наблюдатель должен проводить сопоставление информации, полученной из всех источников.

## **Дополнительные материалы**

PRI (2018). *Mental health in prison. A short guide for prison staff*. Penal Reform International, London, 2018. Available at: [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/05/PRI\\_Short\\_guide\\_to\\_mental\\_health\\_support\\_in\\_prisons\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/05/PRI_Short_guide_to_mental_health_support_in_prisons_WEB.pdf) WHO (2007a).

WHO (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. World Health Organization and International Association for Suicide Prevention, 2007. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_jails\\_prisons.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf)

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

## 5.4. Неинфекционные заболевания

Во всем мире растет распространенность неинфекционных заболеваний (НИЗ), и это представляет собой серьезную проблему для общественного здравоохранения. Сердечнососудистые заболевания, рак, диабет и хронические респираторные заболевания – четыре самых распространенных неинфекционных заболевания, приводящих к смертельному исходу. По заявлению Всемирной организации здравоохранения, четыремя ключевыми факторами риска НИЗ являются курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность и нездоровое питание.<sup>264</sup> Из-за нездорового образа жизни до и во время пребывания в тюрьме заключенные часто страдают неинфекционными заболеваниями.

Существует четкая связь между НИЗ и неблагоприятным социально-экономическим положением, и, учитывая, что большинство заключенных происходят из бедных и маргинализированных слоев общества, они находятся в группе.

Большинство исследований, посвященных НИЗ среди заключенных, проводится в странах с высоким уровнем доходов, что не дает полной картины, поскольку почти три четверти смертей от НИЗ в мире происходят в странах с низким и средним уровнем доходов.<sup>265</sup> Исследования показывают, что курение и злоупотребление алкоголем часто встречается среди лиц, поступающих в тюремное учреждение, а некоторые формы рака более распространены среди заключенных, чем среди населения в целом.<sup>266 267</sup> Во многих странах в местах лишения свободы плохое питание. Это часто приводит к тому, что заключенные не получают достаточного количества калорий или получают их из нездоровых источников, а также в продуктах питания не содержится достаточного количества питательных веществ, что приводит к негативным последствиям. Напротив, если заключенные получают чрезмерное количество калорий и мало или совсем не занимаются физическими упражнениями (наиболее распространено в странах с высоким уровнем дохода), это приводит к повышенному риску сердечно-сосудистых заболеваний и диабета.<sup>268</sup>

Количество неинфекционных заболеваний в мире можно значительно сократить, если проводить профилактику, своевременное лечение и контроль за здоровьем миллионов людей, лишенных свободы во всем мире.

### Актуальность превентивного мониторинга

Жестокое обращение – это термин, который относится к широкому кругу действий, условий содержания и лишений, которые равносильны жестокому, бесчеловечному или унижающим достоинство видам обращения или наказания. Некоторые из них вызывают повышенный риск развития НИЗ, например, плохое питание, плохое медицинское обслуживание и гигиена, а также переполненность тюрем, что затрудняет или делает невозможным физическую активность. Создание условий для здорового образа жизни, например, регулярное питание для диабетиков, физические упражнения и ограничение пассивного курения, бывает затруднено в местах лишения свободы, а их отсутствие может привести к прогрессированию болезни.

Профилактика, контроль и лечение НИЗ в местах лишения свободы в значительной степени игнорируются, как из-за общего отсутствия осведомленности об их опасности, так и из-за того, что они часто не считаются актуальными для заключенных, которые, как правило, моложе, чем население в целом. Кроме того, профилактика, контроль и лечение НИЗ могут быть дорогостоящими. Однако государство обязано предоставлять заключенным медицинские услуги на том же уровне, что и населению в целом.

264 WHO (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. World Health Organization 2014. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)

265 WHO (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. World Health Organization 2014. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)

266 Ritter et al. (2011). Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. *Journal of Public Health Policy*, 2011, 32(1):32-45. Abstract available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21160535>

267 Fazel et al. (2006). Substance abuse and dependence in prison populations worldwide: a systematic review. *Addiction*, 2006, 101(2):181-191. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16445547/>

268 Herbert et al. (2012). Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. *The Lancet*, 2012, 379(9830): 1975-1982. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22521520>

В Европейский суд по правам человека поступает множество дел, касающихся отсутствия доступа к медицинской помощи для заключенных с одним или несколькими неинфекционными заболеваниями, и некоторые из них были признаны нарушением статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («никто не должен быть подвергнут пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания»). По следующему делу Суд признал нарушение статьи 3 Конвенции:

*Арутюнян против Армении, 15 июня 2010 г. Заявитель до задержания страдал от ряда заболеваний, в том числе от острой кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки, диабета и сердечной недостаточности. Он, в частности, жаловался на то, что в заключении ему не оказывалась надлежащая медицинская помощь.*

Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 Конвенции (запрет бесчеловечного или унижающего достоинство обращения). Суд отметил, в частности, что, учитывая количество серьезных заболеваний, которыми страдал заявитель, что он явно нуждался в регулярном уходе и наблюдении. В медицинской карте заявителя не было записи о прохождении какого-либо осмотра или оказания медицинской помощи со стороны медицинского персонала следственного изолятора. Особую тревогу вызвал тот факт, что его сердечный приступ в июле 2004 г. совпал с несколькими безуспешными попытками его адвоката привлечь внимание властей к необходимости оказания медицинской помощи заявителю. В любом случае, как указал Суд, непредоставление необходимой медицинской помощи во время содержания под стражей может быть несовместимо со статьей 3 Конвенции, даже если это не приводит к потребности в неотложной медицинской помощи или к возникновению острой и продолжительной боли. Заявитель явно нуждался в регулярной медицинской помощи и наблюдении, в которых ему было отказано в течение длительного периода. Жалобы его адвоката остались без ответа, также как и его собственные просьбы о медицинской помощи. Это должно было вызвать у него значительную тревогу и страдания, выходящие за рамки неизбежного уровня страданий, сопровождающих содержание под стражей.<sup>269</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Правила Нельсона Манделы включают три правила, которые особенно важны для мониторинга того, как учреждение занимается неинфекционными заболеваниями и их факторами риска. Они касаются первичного медицинского обследования с целью выявить конкретные потребности заключенного, права заключенных на достаточное питание и выполнения медицинскими работниками тюрьмы их обязанности контролировать условия жизни заключенных.

В правиле 30 указывается, что общее состояние здоровья заключенных необходимо изучить по прибытии в место содержания под стражей: «Врач или другие квалифицированные медицинские специалисты, независимо от того, подотчетны ли они этому врачу или нет, должны принять каждого заключенного, побеседовать с ним и подвергнуть его медицинскому осмотру как можно скорее после поступления, а затем по мере необходимости. Особое внимание следует уделять:

- a) выявлению потребностей в медико-санитарном обслуживании и принятию всех необходимых мер для лечения;
- b) выявлению любых случаев грубого обращения, которому прибывшие заключенные могли подвергаться до приема в тюрьму;
- c) выявлению любых признаков психологического или иного стресса, вызванного фактом лишения свободы, включая, помимо прочего, риск самоубийства или членовредительства, а также симптомов абстиненции, вызванных употреблением наркотиков, медицинских препаратов или алкоголя; и принятию всех надлежащих индивидуальных мер или проведению соответствующего лечения;
- d) в тех случаях, когда есть подозрения в наличии у заключенных инфекционных заболеваний, обеспечению клинической изоляции и надлежащего лечения таких заключенных в течение срока действия карантина;
- e) определению при необходимости пригодности заключенных.

269 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

В правиле 22 (п.1) сказано: «Тюремная администрация должна в обычные часы обеспечивать каждому заключенному пищу, достаточно питательную для поддержания его здоровья и сил, имеющую достаточно хорошее качество, хорошо приготовленную и поданную.»

В правиле 35 (п.1) подчеркивается: «Врач или компетентный государственный орган здравоохранения обязан регулярно осуществлять инспекцию и докладывать директору тюремного учреждения по следующим вопросам:

- a) количество, качество, приготовление и условия раздачи пищи;
- b) гигиена и чистота учреждения и заключенных;
- c) санитария, отопление, освещение и вентиляция в тюремном учреждении;
- d) пригодность и чистота одежды и спальных принадлежностей заключенных;
- e) соблюдение правил, касающихся физкультуры и спорта, в случаях, когда эта работа не возлагается на специализированный персонал.»

В своем Глобальном плане действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними ВОЗ подчеркивает необходимость решения вопроса «профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними и лежащих в их основе социальных детерминант с помощью ориентированной на людей первичной медико-санитарной помощи и всеобщего охвата услугами здравоохранения».<sup>270</sup>

Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья, сформулированные Всемирной организацией здравоохранения, гласят, что взрослые люди в возрасте 18-64 лет должны иметь 150 минут умеренной физической активности в неделю для укрепления здоровья.

Тюремная администрация должна обеспечить заключенным возможность вести как можно более здоровый образ жизни. Это означает, например, что необходимо обеспечить адекватное питание (см. также главу о питании в Разделе 4), условия для регулярных физических упражнений, а вредные последствия курения и пассивного курения должны быть сведены к минимуму. Во многих тюрьмах по всему миру переполненность является серьезной проблемой, которая препятствует сохранению здоровья заключенными и не дает возможности улучшить ситуацию. В целом, заключенные должны пользоваться теми же стандартами медицинской помощи, что и общество в целом, при всех заболеваниях, включая неинфекционные.

### **Лечение неинфекционных заболеваний в местах лишения свободы**

Выявление НИЗ у заключенных во время первичного медицинского осмотра при поступлении имеет большое значение (см. также главу о первичном медицинском обследовании в Разделе 3). После постановки диагноза НИЗ заключенному необходимо обеспечить надлежащее лечение, наблюдение, поддержку и уход. Непрерывность оказания медицинской помощи (включая постоянное предоставление лекарств и профилактику) имеет ключевое значение по прибытии в учреждение и после выписки из него, а также во время перевода из одного учреждения в другое (см. также главу о непрерывности оказания медицинской помощи в Разделе 3). Лечение неинфекционных заболеваний и борьба с ними включают осмотр, диагностику и доступ к общей, а также специализированной медицинской помощи с момента прибытия в тюрьму и на протяжении всего срока заключения (см. также главу о доступе к медицинским услугам в Разделе 3). Это также включает в себя поощрение пациентов к разделению ответственности за лечение, например, в случае избыточного веса или диабета.

Кроме того, администрация тюрем и медицинский персонал тюрьмы должны уделять внимание профилактике НИЗ. Как упоминалось выше, условия содержания под стражей, в том числе недостаточное или плохое питание, отсутствие возможностей для физических упражнений и высокая распространенность курения, могут способствовать повышенному риску развития НИЗ и должны решаться администрацией тюрьмы и оцениваться наблюдателем за состоянием здоровья.

270 WHO (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. World Health Organization 2013. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1)

## **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель должен оценить подход к осмотру, диагностике, лечению, последующего наблюдения и ухода за пациентами с неинфекционными заболеваниями, а также к профилактике этих заболеваний (снижение факторов риска). Один из ключей к выработке полезных рекомендаций по необходимым изменениям – выявление препятствий на пути к адекватному лечению и профилактике, что позволяет выработать возможные пути решения.

Перед визитом наблюдатели должны быть проинформированы о существующих национальных принципах/правилах профилактики и лечения НИЗ (как в обществе, так и в местах содержания под стражей). Наблюдатели должны изучить любую доступную документацию по неинфекционным заболеваниям в учреждении. Наблюдатель должен знать о различных неинфекционных заболеваниях, их симптомах и факторах риска, а также уметь идентифицировать людей, страдающих от них.

Во время мониторингового визита наблюдатель за состоянием здоровья должен использовать все доступные источники информации, включая интервью с заключенными, тюремным медицинским персоналом, тюремными охранниками и руководством тюрьмы, наблюдения и документацию, чтобы должным образом оценить то, как учреждение обращается с заключенными с неинфекционными заболеваниями и для оценки соответствия такого подхода международным стандартам и руководствам.

Наблюдатель должен спросить руководство тюрьмы об общем подходе, например, о мероприятиях по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Интервью с заключенными дадут представление об их взглядах на то, как учреждение борется с неинфекционными заболеваниями и как уменьшаются факторы риска. Следует попытаться опросить как заключенных с НИЗ, так и тех, у кого их нет, хотя с этической точки зрения будет сложно провести отбор. В случае тематического контрольного посещения по изучению неинфекционных заболеваний, об этом лучше сообщить заключенным заранее, чтобы те, кто желает поговорить с группой наблюдателей, имели такую возможность. В качестве альтернативы, заключенных можно отобрать, изучив их медицинские карты, но наблюдатель должен получить информированное согласие заключенного и обеспечивать конфиденциальность медицинской информации.

Например, заключенных можно спросить, имеют ли они возможность получить консультацию врача, их мнение о доступных методах лечения, включая их общение с медицинским работником, доступ к физическим упражнениям и зонам, свободным от табачного дыма, а также о качестве и количестве еды.

Собеседования с тюремным медицинским персоналом, среди прочего, дадут информацию о способах лечения, доступных в учреждении, о том, как оцениваются неинфекционные заболевания во время первичного медицинского обследования заключенных при поступлении. Вопросы, которые можно задать, включают наличие диагностических приборов в тюремной медчасти, может ли медицинский персонал влиять на питание заключенных. Медицинских работников также можно спросить об их роли в профилактике НИЗ в учреждении.

Интервью с тюремными охранниками в основном будут посвящены повседневной жизни в учреждении. Вопросы, которые можно было бы задать, касаются доступности физических упражнений, инициатив, связанных с профилактикой, например, по борьбе с курением, направленных на снижение факторов риска неинфекционных заболеваний.

В течение мониторингового визита наблюдатель должен использовать свои навыки наблюдения, чтобы получить больше информации о том, как обращаются с заключенными с неинфекционными заболеваниями в учреждении и какие проводятся мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, какие инструменты и приборы диагностики имеются в тюремной медчасти, имеют ли заключенные с НИЗ доступ к лекарствам, лечению и уходу.

Последним источником информации, который наблюдатель за состоянием здоровья должен использовать во время своего контрольного посещения, являются документы, включая любые письменные инструкции, журналы и медицинские записи, к которым можно получить доступ.

При разработке заключения и рекомендаций наблюдатель должен проводить сопоставление информации, полученной из разных источников.

## Дополнительные материалы

Mathew P et al (2005). Cancer in an incarcerated population. *Cancer*, 2005, 104(10):2197-2204. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.21468>

WHO (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. World Health Organization 2013. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1)

WHO (2013). *Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. World Health Organization, 2013. Available at: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf)

WHO (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. World Health Organization 2014. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization 2010. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

## 5.5. Инфекционные заболевания

Инфекционные заболевания, также называемые заразными заболеваниями, вызываются микроорганизмами и могут передаваться прямо или косвенно от одного человека к другому, через зараженную пищу, воду или через укусы насекомых.

Заклученные подвержены высокому риску ряда инфекционных заболеваний. Наиболее распространенными инфекционными заболеваниями и инвазиями в местах содержания под стражей являются ВИЧ/СПИД, туберкулез (ТБ), вирус гепатита А, В и С, грипп, гастроэнтерит, респираторные заболевания, чесотка и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Заклученные подвергаются повышенному риску заражения инфекционными заболеваниями, во многих случаях из-за употребления инъекционных наркотиков и плохого доступа к медицинскому обслуживанию до заключения. Такие тюремные условия, как переполненность, плохая гигиена, плохая вентиляция и санитария, а также отсутствие профилактических мер еще больше увеличивают вероятность заражения каким-либо заболеванием во время содержания под стражей. С точки зрения прав человека очень важно выяснить, попали ли люди в учреждение с инфекционным заболеванием или заболели внутри учреждения.

Инфекционные заболевания могут быстро распространяться внутри мест содержания под стражей, и, поскольку количество заключенных не является постоянным, а тюремный персонал и посетители ежедневно входят в места содержания под стражей и покидают их, существует также риск передачи инфекционных заболеваний в другие места содержания под стражей и за ее пределами.

Ниже приводится краткое изложение ситуации с наиболее распространенными и серьезными инфекционными заболеваниями в местах лишения свободы.

### ВИЧ/СПИД, гепатит В и С

Распространенность ВИЧ, вируса гепатита В (HBV) и вируса гепатита С (HCV) в местах заключения во всем мире значительно превышает таковую среди населения в целом. Обзорное исследование Долана и соавторов в 2016 году показало, что среди общего числа заключенных во всем мире (10,2 миллиона в 2014 году) 3,8% инфицированы ВИЧ, 15,1% – вирусом гепатита С (HCV) и 4,8% имеют хронический гепатит, вирус В (HBV).<sup>271</sup> Распространенность по регионам показана в таблице 1.

**ТАБЛИЦА 1:**  
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ, ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В И С В МЕСТАХ ЗАКЛЮЧЕНИЯ**  
**2005-2015**<sup>272</sup>

	Восточная и Южная Африка	Западная и Центральная Африка	Ближний Восток и Северная Африка	Азиатско-Тихоокеанский регион	Восточная Европа и Центральная Азия	Западная Европа	Северная Америка	Карибский регион	Латинская Америка
<b>ВИЧ</b>	15,6%	8,2%	1,3%	1,4%	4,1%	4,2%	1,3%	3,3%	2,3%
<b>ВГС (HCV)</b>	1,8%	16,9%	11,9%	20,6%	20,2%	15,5%	15,3%	Нет данных	4,7%
<b>ВГВ (HBV)</b>	5,7%	23,5%	3,3%	4,4%	10,4%	2,4%	1,4%	Нет данных	2,3%

271 Dolan et al. (2016). Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016 Sep 10;388(10049):1089-1102. Available at: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2930466-4>

272 Dolan et al. (2016). Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016 Sep 10;388(10049):1089-1102. Available at: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2930466-4>



Передача передаваемых с кровью вирусов, таких как ВИЧ, вирусный гепатит С и вирусный гепатит В, представляет собой огромную проблему в местах лишения свободы. Факторы, способствующие распространению этих вирусов, включают, помимо прочего, совместное использование игл и шприцев, оборудования для пирсинга и татуажа, незащищенный секс, сексуальное насилие, ритуалы с обменом кровью, недостаточную стерилизацию медицинского оборудования, а также плохое медицинское обслуживание и отсутствие профилактических мер в целом. Профилактические меры, такие как опиоидная заместительная терапия для людей, употребляющих инъекционные наркотики, программы обмена игл и шприцев, предоставление презервативов и предотвращение сексуального насилия, оказались очень эффективными в борьбе с распространением ВИЧ, ВГС и ВГВ.<sup>273</sup> Снижение количества заключенных, употребляющих инъекционные наркотики, также снизило бы заболеваемость ВИЧ, гепатита С и гепатита В в местах лишения свободы.

Тестирование и обследование на ВИЧ существует во многих исправительных учреждениях по всему миру. Однако не во всех учреждениях обеспечен доступ к добровольному и конфиденциальному тестированию. Принудительное тестирование и изоляция заключенных, инфицированных ВИЧ/СПИДом, противоречат этическим принципам.

Существуют лечение и постконтактная профилактика ВИЧ/СПИДа. Однако лечение часто прерывается для тех, кто лечился в обществе, когда они поступают в исправительные учреждения, где нет лечения или доступ к нему ограничен. Более того, общественное мнение в отношении ВИЧ/СПИДа может побуждать заключенных не просить и не принимать лекарства или скрывать свой диагноз во время заключения. Обеспечение лечения всех заключенных, инфицированных ВИЧ/СПИДом, является одной из эффективных стратегий снижения передачи этих заболеваний в исправительных учреждениях.

Также существует лечение ВГЦ и ВГБ, но оно не проводится во многих странах, ни для населения в целом, ни для заключенных, так как затраты высоки, а лечение длительное. Вакцина против гепатита В – ключ к профилактике ВГВ.<sup>274</sup> Всемирная организация здравоохранения рекомендует вакцину в районах с низкой и средней эндемичностью и для групп риска, включая заключенных. Однако реальность такова, что вакцинация против ВГВ не может быть предложена ни населению в целом, ни заключенным из-за высокой стоимости и нехватки медицинских ресурсов.

Несмотря на то, что в местах содержания под стражей существуют большие проблемы с профилактикой и лечением ВИЧ / СПИДа, ВГС и ВГВ, важно помнить, что в таких учреждениях есть прекрасные возможности для лечения и профилактики, которые могут принести пользу как заключенным, так и всему населению. Маргинализованные группы, которые не получают лечения в сообществе по разным причинам, иногда получают возможность пройти тестирование и лечение, получить общую медицинскую помощь в заключении.

## Туберкулез

Туберкулез (ТБ) – еще одно серьезное инфекционное заболевание, с более высокой распространенностью открытой формы туберкулеза, туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) в местах содержания под стражей, чем в обществе в целом.<sup>275</sup> Туберкулез в местах содержания под стражей является серьезной проблемой общественного здравоохранения, поскольку туберкулез сконцентрирован в исправительных учреждениях и распространяется среди населения в целом через посетителей, персонал и бывших заключенных.

Как и данные о других заболеваниях, в исправительных учреждениях, как правило, отсутствуют данные о туберкулезе, что представляет серьезную проблему. Обзорное исследование, проведенное Доланом и соавторами в 2016 г. показало, что из общего числа заключенных во всем мире (10,2 млн в 2014 г.) 2,8% имеют открытую форму туберкулеза. В том же исследовании дается оценка

273 Sander G, Shirley-Beavan S, Stone K (2019). The Global State of Harm Reduction in Prisons. *J Correct Health Care*, 2019 Apr;25(2):105-120. Abstract available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31084277>

274 WHO. *Hepatitis B factsheet*. Website. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

275 WHO. *Tuberculosis in prisons*. Website. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/focus-areas/tuberculosis>

распространенности этого вида заболевания в местах лишения свободы в разных регионах на основании имеющихся данных, как показано в таблице 2.<sup>276</sup>

**ТАБЛИЦА 2:  
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АКТИВНОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В 2005-2015 ГГ. (ДОЛАН И СОВАТОРЫ, 2016 Г.)**

	Восточная и Южная Африка	Западная и Центральная Африка	Восточная Европа и Центральная Азия
<b>Активная форма ТБ</b>	5,3%	2,9%	4,9%

В 2011 г. Фазель и соавторы опубликовали рейтинг распространенности туберкулеза среди заключенных в восьми странах, как показано в таблице 3.<sup>277</sup>

**ТАБЛИЦА 3:  
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ЗАКЛЮЧЕННЫХ**

	Казахстан, 2000 г.	Грузия, 1997-1998 гг.	Замбия, 2000-2001 гг.	Россия (Санкт-Петербург), 2000 г.	Бразилия (Сан-Паоло), 2000-2001 гг.	Иран (Провинция Казвин), 2004-2005 гг.	Пакистан (Карачи), 2002 г.	Тайланд, 2004-2005 гг.
<b>ТБ</b>	17,8%	6,0%	4,0%	3,2%	2,1%	0,9%	0,7%	0,4%

Данные из исправительных учреждений 27 стран Европейского региона ВОЗ (2015 г.) показывают, что уровень распространенности туберкулеза в местах лишения свободы был более чем в 30 раз выше, чем среди населения в целом (958 на 100 000 населения).<sup>278</sup> Всемирная организация здравоохранения также заявила, что уровень заболеваемости туберкулезом в тюрьмах до 100 раз выше, чем среди населения в целом, и что случаи туберкулеза в тюрьмах могут составлять до 25% туберкулеза в стране.<sup>279</sup>

Такие тюремные условия, как переполненность, плохие условия жизни, недостаточный уровень вентиляции, отсутствие регулярных осмотров, ограниченный доступ к диагностике и лечению, а также частые переводы из одного учреждения в другое, повышают уязвимость заключенных к заражению туберкулезом. Таким образом, меры профилактики ТБ включают, помимо прочего, оперативное выявление случаев заболевания (обеспечивает раннее выявление и лечение), улучшение условий содержания в тюрьмах и меры инфекционного контроля (например, изоляцию заболевших и предоставление масок для лица).

276 Dolan et al. (2016) Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016 Sep 10;388(10049):1089-1102. Available at: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2930466-4>

277 Fazel et al. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 2011 Mar 12;377(9769):956-65. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.837.5370&rep=rep1&type=pdf>

278 WHO/Europe (2018). *Good practices in the prevention and care of Tuberculosis and drug resistant Tuberculosis in correctional facilities*. World Health Organization Regional Office for Europe, 2018. Available at: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/360543/TB-prisons-9789289052917-eng.PDF](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/360543/TB-prisons-9789289052917-eng.PDF)

279 WHO. *Tuberculosis in prisons*. Website World Health Organization. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/focus-areas/tuberculosis>

Европейское региональное бюро ВОЗ рекомендует, чтобы выявление туберкулеза в тюрьмах сопровождалось регулярными обследованиями.<sup>280</sup> Что касается информированного согласия на обследование на ТБ, некоторые национальные законодательства разрешают обследование и лечение «опасных» заболеваний без информированного согласия пациента. Это может быть оправдано в случае, если положительные случаи среди вновь поступивших заключенных создают риск вспышки эпидемии.

Туберкулез поддается лечению и излечим, однако лечение длится долго (в среднем 6 месяцев), что может отрицательно сказаться на соблюдении режима лечения, а непрерывность лечения может быть затруднена из-за переводов в другие тюрьмы и отсутствия последующего наблюдения после освобождения. Таким образом, сотрудничество с медицинскими учреждениями в обществе при освобождении заключенных имеет большое значение для предотвращения МЛУ- и ШЛУ-туберкулеза.

### **Другие инфекционные заболевания**

Другие инфекционные заболевания и инвазии, о которых следует упомянуть в контексте мест содержания под стражей, – это гастроэнтерит, грипп, гепатит А, чесотка и ИППП, такие как сифилис, гонорея и хламидиоз. Как упоминалось в начале главы, распространенность и заболеваемость инфекционными заболеваниями часто являются показателем переполненности тюрем, плохой гигиены, загрязненной воды и плохой санитарии, а также недостаточности или отсутствия профилактических мер и доступа к медицинскому обслуживанию. Распространению инфекционных заболеваний может способствовать и тот факт, что у некоторых заключенных может быть нарушена иммунная защита (например, у ВИЧ-инфицированных), что усугубляет проявления других инфекций.

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Тюремная администрация должна обеспечить заключенным возможность вести как можно более здоровый образ жизни в условиях, в которых они находятся. Это означает, что профилактика, контроль и лечение инфекционных заболеваний в местах лишения свободы должны соответствовать общим стандартам.

Отказ заключенным в праве на здоровье может быть приравнен к бесчеловечному и унижающему достоинство обращению. Это может ухудшить состояние здоровья заключенных на данный момент и в будущем и усугубить их страдания. Подверженность серьезным инфекционным заболеваниям, которые можно было предотвратить соответствующими действиями (включая профилактические меры) со стороны тюремных (медицинских) властей, может быть приравнено к жестокому обращению.

В Европейский суд по правам человека поступило множество дел, касающихся отсутствия доступа к медицинской помощи для заключенных с инфекционными заболеваниями, и большинство из них было признано нарушением статьи 3 Европейской конвенции о правах человека (*«Никто не должен подвергаться на пытки или бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания»*). Следующий случай представляет собой пример дела, признанного Судом нарушающим статью 3 из-за отсутствия надлежащего ухода и лечения заключенного, больного туберкулезом.

*Гражданин Украины, отбывающий наказание в виде лишения свободы, жаловался на бесчеловечное или унижающее достоинство обращение во время отбывания наказания. В частности, он утверждал, что не получал необходимой медицинской помощи и ухода, имея диагноз туберкулеза. Он также жаловался, что условия отбывания наказания были неудовлетворительными с точки зрения размеров его камеры, количества людей в камере, постельных принадлежностей, гигиены, санитарии, вентиляции, питания и доступа к естественному свету и воздуху. Кроме того, он утверждал, что ему не были предоставлены требуемые рецептурные лекарства, препараты, а также необходимая медицинская помощь и уход в связи с его заболеванием.*

---

280 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

Европейский суд по правам человека пришел к выводу, что условия содержания заявителей под стражей, а именно переполненность камер, неадекватное медицинское обслуживание и неудовлетворительные условия гигиены и санитарии равносильны унижающему достоинство обращению и признал, что имело место нарушение статьи 3 Европейской конвенции о правах человека.<sup>281</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

В Правилах Нельсона Манделы прямо упоминаются ВИЧ, туберкулез и другие инфекционные заболевания (правило 24) что касается необходимости организации медицинских услуг в тюрьмах в тесной связи с общественным здравоохранением для обеспечения непрерывности лечения и ухода. Правило 30 указывает, что при первоначальном медицинском осмотре особое внимание должно быть уделено обеспечению клинической изоляции и адекватного лечения во время инфекционного периода для заключенных с подозрением на инфекционное заболевание. Правило 35, имеющее особое значение для предотвращения распространения инфекционных заболеваний, предусматривает, что врач или представитель компетентного органа общественного здравоохранения должны регулярно проверять и консультировать директора тюрьмы по таким вопросам, как гигиена и чистота учреждения и заключенных, а также санитария, температура, освещение и вентиляция в тюрьме, а также пригодность и чистота одежды и постельных принадлежностей заключенных.

Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (ЕКПП) выразил обеспокоенность состоянием профилактических мер и лечения инфекционных заболеваний в исправительных учреждениях, которые они посещали. В стандартах ЕКПП прямо упоминаются инфекционные заболевания, а также то, что тюремные власти всегда несут ответственность за обеспечение охраны здоровья и защиту заключенных от болезней даже в экономически трудные времена. В стандартах ЕКПП говорится, что:

*«Использование современных методов обследования, регулярная поставка лекарств и сопутствующих материалов, наличие персонала, обеспечивающего, чтобы заключенные принимали прописанные лекарства в правильных дозах и через правильные промежутки времени, а также при необходимости обеспечение заключенных специальной диетой составляют важнейшие элементы эффективной стратегии борьбы с вышеупомянутыми заболеваниями и оказания соответствующей помощи заключенным.<sup>282</sup> Точно так же материально-технические условия содержания заключенных с инфекционными заболеваниями должны способствовать улучшению их здоровья. Помимо естественного освещения и хорошей вентиляции, должна быть обеспечена удовлетворительная гигиена, а также отсутствие переполненности тюрем.»<sup>283</sup>*

Как указано в международных стандартах, медицинские службы в исправительных учреждениях должны гарантировать, что любой человек с симптомами инфекционного заболевания будет надлежащим образом обследован и пройдет лечение без неоправданной задержки. В их обязанности также входит обеспечение непрерывности ухода после освобождения заключенного. Всем вновь поступившим заключенным следует предлагать тестирование на ВИЧ, ВГВ и ВГС вместе с информацией о последствиях тестирования и отказа от него. Информированное согласие и конфиденциальность должны быть обеспечены при тестировании и предоставлении его результатов.

Раздельное содержание заключенных с инфекционным заболеванием и остальных заключенных, не должно производиться, за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям. Как уже упоминалось ранее, а также указывалось в стандартах ЕКПП, с медицинской точки зрения не оправдано изолировать ВИЧ-инфицированных заключенных исключительно на основании их ВИЧ-статуса.

Кроме того, вакцинация должна проводиться в тюрьмах по тем же показаниям, что и в других местах. Однако можно утверждать, что, поскольку риск заражения определенными инфекционными заболеваниями в тюрьме высок и поскольку последствия для инфицированных людей более

281 ECHR (2006). *Case of Melnik v. Ukraine*. European Court of Human Rights, 28. Marts 2006. Available at: [http://www.hr-dp.org/files/2013/09/06/CASE\\_OF\\_MELNIK\\_v\\_UKRAINE.pdf](http://www.hr-dp.org/files/2013/09/06/CASE_OF_MELNIK_v_UKRAINE.pdf)

282 Т.е. инфекционные заболевания.

283 CPT (2010). *CPT standards, 2002 - revision 2010*. The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

серьезны, когда их иммунная система ослаблена, вакцинация должна предлагаться даже при меньшей вероятности заражения, чем в обществе. Например, в соответствии с рекомендациями ЮНОДК заключенным и персоналу рекомендуется бесплатное предоставление вакцины против ВГВ с учетом множества факторов риска передачи, существующих в тюрьмах.<sup>284</sup>

Медицинский персонал тюрьмы должен иметь доступ к обновленным и актуальным диагностическим методам (анализы крови, мокроты, рентген), а также проходить обучение по работе с результатами тестов и их расшифровке. Письменные инструкции в соответствии с международными стандартами и национальными руководящими принципами по контролю, профилактике, диагностике и лечению наиболее распространенных инфекционных заболеваний должны быть доступны для всего медицинского персонала. Кроме того, медицинский персонал должен иметь возможность проконсультироваться со специалистом по инфекционным заболеваниям. Врачи-специалисты, особенно когда речь идет о профилактике и лечении ВИЧ, ТБ, ВГВ и ВГС, должны принимать непосредственное участие в лечении и наблюдении за больными, при этом необходимо сотрудничество с медицинскими учреждениями в обществе.

Помимо обеспечения ранней диагностики инфекционных заболеваний, тюремные власти должны обеспечить профилактику и защиту всех заключенных, а также организовать для заключенных, персонала и посетителей разъяснения для снижения риска передачи инфекции внутри мест заключения, между различными исправительными учреждениями и при освобождении заключенных.

### **Методология проведения мониторинга**

При мониторинге инфекционных заболеваний в месте содержания под стражей наблюдатель должен внимательно следить за тем, как учреждение занимается проверкой новоприбывших, как проводится диагностика инфекционных заболеваний, как организовано и осуществляется лечение и комплексная помощь, а также какие средства используются для предотвращения распространения инфекционных заболеваний среди заключенных и от заключенных к персоналу и посетителям.

Наблюдатели должны оценить, имеются ли профилактические средства и насколько они эффективны, проводится ли выявление новых случаев заболевания, обследование людей в окружении инфицированного пациента и соответствует ли медицинское лечение международным стандартам в отношении населения в целом. Кроме того, наблюдатели должны оценить, связаны ли службы охраны здоровья в тюрьмах с общественной системой здравоохранения (например, с медицинскими учреждениями по лечению туберкулеза и/или ВИЧ), чтобы обеспечить непрерывность и завершение лечения для заключенных или освобожденных во время лечения.

Наблюдатель должен спросить руководство тюрьмы о подходе к проведению обследования, профилактике и лечению инфекционных заболеваний. Кроме того, следует спросить руководство, информируются ли они о вспышках заболеваний в учреждении и каким образом. Что касается профилактики, важно спросить, принимаются ли какие-либо меры по снижению заражаемости в учреждении, а также как они информируют заключенных и персонал о профилактике передачи заболевания.

Медицинский персонал пенитенциарных учреждений обладает самыми конкретными и практическими знаниями об инфекционных заболеваниях в учреждении и о том, как с ними борются. Все, что касается осмотра, выявления случаев заболевания, профилактики, мер по снижению передачи заболеваний, лечения и последующего наблюдения после освобождения, следует изучить в ходе интервью с медицинским персоналом. Также следует обсудить медицинские этические проблемы, такие как сегрегация, изоляция, информированное согласие и конфиденциальность медицинской информации. Следует также изучить, как осуществляется сотрудничество со специалистами по инфекционным заболеваниям и специализированными учреждениями за пределами тюрьмы, а также вопрос независимости медицинских работников: нужно спросить медицинский персонал, могут ли они принимать клинические решения без вмешательства администрации тюрьмы.

---

284 UNODC (2014). *Policy brief, HIV prevention, treatment and care in prisons and closed settings: a comprehensive package of interventions*. 2014. United Nations Office on Drugs and Crime. Available at: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV\\_comprehensive\\_package\\_prison\\_2013\\_eBook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf)

Интервью с заключенными должны быть направлены на изучение процедур, которые заключенные проходили по прибытии в учреждение, в частности, проверку на инфекционные заболевания. Кроме того, следует изучить, давали ли они информированное согласие и соблюдается ли конфиденциальность в отношении процедур проверки, а также их осведомленность о профилактических мерах в учреждении. Заключенных также можно спросить о лечении, которое они могут получить, и об их общей удовлетворенности тем, как в учреждении борются с инфекционными заболеваниями.

При опросе тюремных охранников может быть запрошена информация об их роли в управлении и профилактике инфекционных заболеваний.

При наблюдении за тюремной медчастью наблюдатели должны тщательно проверять, имеются ли в наличии соответствующие вакцины и лекарства, хранятся ли они в соответствии с инструкциями (например, хладагент, его срок годности) и есть ли соответствующие запасы. Инструменты диагностики и проверки должны быть доступны наблюдателю за состоянием здоровья во время этих наблюдений. Если имеются помещения для изоляции заключенных с инфекционными заболеваниями, то эти помещения следует проверить на переполненность, изучить состояние санузлов. Во время этих наблюдений следует тщательно изучить процедуры для изолированных инфицированных заключенных.

Наблюдатель должен оценить имеющиеся документы, включая письменные инструкции, описывающие профилактику, контроль и лечение инфекционных заболеваний в учреждении, а также медицинские карты заключенных, страдающих инфекционным заболеванием. Если возможно, следует тщательно изучить журналы, где фиксируется число заключенных с наиболее распространенными инфекционными заболеваниями, а также журналы регистрации смерти в заключении.

Наблюдатель должен быть проинформирован о существующих международных руководствах и национальных принципах/правилах профилактики, вакцинации и лечении наиболее распространенных и серьезных инфекционных заболеваний и инвазий в тюрьмах и за ее пределами. Всемирная организация здравоохранения опубликовала несколько руководств по борьбе с инфекционными заболеваниями и выпустила рекомендации о том, как меры инфекционного контроля могут приниматься в тюрьмах (см. также дополнительные материалы ниже).

В процессе разработки заключения и рекомендаций наблюдатель должен проводить сопоставление информации, полученной из разных источников.

## **Дополнительные материалы**

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

WHO. *Hepatitis A factsheet*. World Health Organization, 2019. Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>

WHO. *Hepatitis B factsheet*. World Health Organization, 2019. Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

WHO. *Hepatitis C factsheet*. World Health Organization, 2019. Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

WHO. *HIV factsheet*. World Health Organization, 2019. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

WHO. *TB factsheet*. World health Organization, 2018. Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

WHO/Europe (2018). *Good practices in the prevention and care of Tuberculosis and drug resistant Tuberculosis in correctional facilities*. World Health Organization Regional Office for Europe, 2018. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/360543/TB-prisons-9789289052917-eng.PDF](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/360543/TB-prisons-9789289052917-eng.PDF)

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

*Lancet series on HIV and related infections in prisoners (2016)*, available at: <https://www.thelancet.com/series/aids-2016>

UNODC (2014). *Policy brief, HIV prevention, treatment and care in prisons and closed settings: a comprehensive package of interventions*. United Nations Office on Drugs and Crime, 2014. Available at: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV\\_comprehensive\\_package\\_prison\\_2013\\_eBook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf)

## 5.6. Злоупотребление психоактивными веществами

ВОЗ определяет злоупотребление психоактивными веществами как «вредное или опасное употребление психоактивных веществ, включая алкоголь и наркотики».<sup>285</sup> Сообщается, что расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, широко распространены среди заключенных по прибытии в учреждение и остаются ключевой проблемой для здоровья в тюрьмах.<sup>286</sup> Сюда входят расстройства, связанные с различными видами наркотиков и/или алкоголем, где «расстройство» означает, что употребление психоактивных веществ наносит вред для здоровья человека и/или что у человека развилась зависимость. В этой главе термин «расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ» означает и «злоупотребление», и «зависимость» от наркотиков и/или алкоголя.

### Запрещенные наркотики

Запрещенные наркотики можно определить как «вещества, которые либо стимулируют (например, кокаин или амфетамины), либо подавляют (например, героин или снотворные средства) центральную нервную систему или вызывают галлюциногенные эффекты (например, марихуана или ЛСД), в результате чего их употребление запрещено во всем мире».<sup>287</sup> Хроническое употребление этих видов наркотиков оказывает негативное воздействие на здоровье человека и связано с риском развития зависимости.

Глобальная распространенность употребления наркотиков (5,5% мирового населения в возрасте 15-64 лет) и расстройств, связанных с употреблением наркотиков (0,71% мирового населения в возрасте 15-64 лет)<sup>288</sup> увеличивается в тюрьмах, так как лица, отбывающие тюремное наказание, имеют опыт употребления наркотиков и уже поступают с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ.

На основании обобщения 149 исследований, проведенных в 62 странах, примерно каждый третий заключенный в тюрьмах во всем мире сообщил, что употреблял наркотики хотя бы один раз во время заключения (медиана и среднее значение = 31%), при этом каждый пятый сообщил об употреблении наркотиков в тюрьме за последний месяц (медиана и среднее значение = 19%).

В систематическом обзоре 2017 года, включающем исследования из Европы, Австралии, Новой Зеландии и США, распространенность расстройств, связанных с употреблением наркотиков, среди вновь прибывших заключенных составила 30% [95% ДИ = 22–38%, 13 исследований; диапазон 10–61%] среди мужчин и 51% [95% ДИ = 43–58%; 10 исследований; диапазон 30–69%] среди женщин.<sup>289</sup>

Виды наркотиков, употребляемых в тюрьмах, в основном зависят от их доступности, цены и географического региона, где находится исправительное учреждение. Согласно Всемирному отчету о наркотиках за 2019 год, в некоторых регионах мира (например, в Восточной/Юго-Восточной Европе) наиболее распространены инъекционные наркотики, в то время как в других регионах более распространено пероральное употребление наркотиков. Во всем мире каннабис является наиболее распространенным наркотиком, употребляемым в тюрьмах, за ним следует героин (примерно 10% заключенных во всем мире сообщают об употреблении героина во время заключения).<sup>290</sup>

285 See WHO website: [https://www.who.int/topics/substance\\_abuse/en/](https://www.who.int/topics/substance_abuse/en/)

286 Fazel, Yoon & Hayes (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addict Abingdon Engl. October 2017;112(10): 1725–39*. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.13877>

287 Definition from: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2001. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0080430767038869>

288 UNODC (2019). *World Drugs Report. Global overview of drug demand and supply*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, 2019. Available at: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_2\\_DRUG\\_DEMAND.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf)

289 Fazel, Yoon & Hayes (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addict Abingdon Engl. October 2017;112(10):1725–39*. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.13877>

290 UNODC (2019). *World Drugs Report. Global overview of drug demand and supply*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, 2019. Available at: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_2\\_DRUG\\_DEMAND.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf)



Несмотря на запрет, наркотики всегда попадают в тюрьмы. Хотя некоторые заключенные могут перестать употреблять наркотики при поступлении, другие могут начать употреблять наркотики, начать прием дополнительных наркотиков или переключиться на более вредные методы употребления наркотиков.<sup>291</sup> Кроме того, наркотики часто играют ключевую роль в совершении преступления. Обеспечение соблюдения карательных законов о наркотиках и ответные меры уголовного правосудия в отношении наркотиков во всем мире приводят к переполненности тюрем, вызывая особенный рост числа заключенных-женщин. Хотя число женщин в тюрьмах намного меньше, чем число мужчин, более высокая доля женщин (35%), чем мужчин (19%), отбывают наказание за преступления, связанные с наркотиками.<sup>292</sup> Преступления, связанные с наркотиками, за которые отбывают наказание многие заключенные во всем мире, часто незначительны.<sup>293</sup>

Заключенные, употребляющие наркотики или зависимые от них, могут страдать от многочисленных проблем со здоровьем. К ним относятся, например, интоксикация и острые симптомы неупотребления, которые могут привести к тяжелым состояниям или даже смерти. Заключенные, которые продолжают или начинают употреблять наркотики в заключении, часто делают это небезопасным способом, если профилактические меры им недоступны, и тем самым способствуют распространению инфекционных заболеваний. Для заключенных, употребляющих инъекционные наркотики, тюрьмы представляют собой среду повышенного риска распространения ВИЧ и гепатита В и С. Это результат высокой распространенности обоих заболеваний среди заключенных, а также высокой распространенности совместного использования игл и шприцев в большинстве мест заключения.<sup>294</sup> <sup>295</sup> Например, несколько вспышек ВИЧ и передачи вирусного гепатита были зарегистрированы в тюрьмах как в Европе, так и в Австралии.<sup>296</sup>

Серьезную опасность для здоровья представляет передозировка, часто со смертельным исходом, что случается как в местах содержания под стражей, так и после освобождения. Риск смерти от передозировки наркотиков особенно высок в течение первых двух недель после освобождения, что может быть объяснено воздержанием от предпочтительного наркотика в тюрьме и приводит к снижению толерантности к наркотикам.<sup>297</sup> <sup>298</sup> <sup>299</sup> <sup>300</sup>

## Алкоголь

Существует тесная связь между алкоголем и преступлениями с применением насилия, и распространенностью проблем с алкоголем у заключенных по прибытии в место содержания под стражей выше, чем среди населения в целом.<sup>301</sup> Например, систематический обзор, включающий 10 стран, показал, что распространенность расстройства, связанного с употреблением алкоголя,

- 
- 291 Niveau G, Ritter C. Route of administration of illicit drugs among remand prison entrants. *Eur Addict Res.* 2008;14(2):92–8. Doi: <https://doi.org/10.1159/000113723>
- 292 According to reports from 50 Member States (UNODC, special data collections on persons held in prisons (2010–2014)). In: UN-ODC (2019). *World Drugs Report 2019. Global overview of drug demand and supply*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, 2019. Available at: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_2\\_DRUG\\_DEMAND.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf)
- 293 PRI (2019). *Global Prison Trends 2019*. Penal Reform International, 2019. Available at: [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2019/05/PRI-Global-prison-trends-report-2019\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2019/05/PRI-Global-prison-trends-report-2019_WEB.pdf)
- 294 WHO/Europe. *Prisons and health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)
- 295 UNODC (2019). *World Drugs Report. Global overview of drug demand and supply*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, 2019. Available at: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_2\\_DRUG\\_DEMAND.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf)
- 296 Jürgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis.* январь 2009;9(1):57–66. Doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19095196/>
- 297 Binswanger et al (2007). Release from prison—a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med.* 11. January 2007; 356(2):157–65. Available at: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa064115>
- 298 Fazel and Baillargeon (2011). The health of prisoners. *The Lancet* 2011; 377:956-65. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61053-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61053-7.pdf)
- 299 Merrall et al (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addict Abingdon Engl.* September 2010; 105(9):1545–54. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2955973/>
- 300 WHO/Europe (2014). *Preventing overdose deaths in the criminal justice system*. World health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf)
- 301 WHO/Europe. *Prisons and health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

составляет 24% (95% ДИ = 21–27) среди заключенных, находящихся в тюрьме. По самым низким оценкам, каждый шестой мужчина и каждая десятая женщина по прибытии в тюрьму страдали алкогольным расстройством.<sup>302</sup> Отчет о состоянии здоровья заключенных в Австралии показал, что в течение 12 месяцев до поступления в тюрьму 39% всех поступивших в тюрьму сообщали о том, что употребляли алкоголь с повышенным риском.<sup>303</sup> Шотландское исследование показало, что 73% заключенных страдают алкогольным расстройством, причем 36%, возможно, страдают алкогольной зависимостью.<sup>304</sup>

Как правило, хранение и употребление алкоголя в местах лишения свободы запрещено. Однако тюремное заключение дает уникальную возможность решить проблемы с алкоголем. Было высказано предположение, что проблемы с алкоголем среди заключенных недостаточно выявляются, не регистрируются и не лечатся.<sup>305</sup> Резкое прекращение чрезмерного употребления может привести к серьезным симптомам воздержания, которые могут быть даже опасными для жизни. Если не лечить симптомы абстиненции, потребители алкоголя подвергаются риску замены алкоголя запрещенным наркотиком, доступным им в учреждении.

### **Лечение и уход за лицами с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ**

Меры профилактики, лечения и снижения вреда являются ключевыми при заботе о здоровье заключенных. К сожалению, во многих местах содержания под стражей не предусмотрены надлежащие процедуры идентификации и ухода за заключенными с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, по сравнению с тем, что предлагается в обществе в целом.<sup>306 307 308</sup>

Заключенным с расстройством, связанным с употреблением наркотиков, которые были приговорены к лишению свободы в тюрьме, а не к содержанию в учреждении по лечению наркозависимости, должна быть предоставлена возможность получить лечение от своего заболевания. Лечение наркозависимости направлено на то, чтобы помочь людям с наркозависимостью отказаться от навязчивого поиска и употребления наркотиков. Лечение может принимать разные формы и длиться разное время. Для многих лечение представляет собой длительный процесс. Существует множество научно обоснованных подходов к лечению наркозависимости, которые включают поведенческую терапию (например, когнитивно-поведенческую терапию), лекарства или их комбинацию. На практике также применяется ряд менее документированных методов.

Меры по снижению вреда в контексте употребления наркотиков можно определить как мероприятия по минимизации вреда, направленные на снижение негативных последствий употребления наркотиков как для лиц, употребляющих психоактивные вещества, так и для их окружения.<sup>309</sup> Это меры, направленные на уменьшение неблагоприятных последствий для здоровья и социальных последствий употребления запрещенных наркотиков, прежде всего инъекционных. Они являются дополнительными мерами и не заменяют программы лечения наркозависимости. При этом

- 
- 302 Fazel, Yoon & Hayes (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addict Abingdon Engl. October 2017;112(10):1725–39*. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.13877>
- 303 AIHW (2015). *The health of Australia's prisoners 2015*. Australian Institute of Health and Welfare, 2015. Available at: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/9c42d6f3-2631-4452-b0df-9067fd71e33a/aihw-phe-207.pdf.aspx?inline=true>
- 304 Parkes T et al. (2010). *Prison health needs assessment for alcohol problems*. Edinburgh, NHS Health Scotland, 2010. Available at: <http://www.ohrn.nhs.uk/resource/policy/PrisonHealthNeedsAssessmentAlcohol.pdf>
- 305 MacAskill et al (2011). Assessment of alcohol problems using AUDIT in a prison setting: more than an “aye or no” question. *BMC Public Health. 14 November 2011;11:865*. Available at: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-865>
- 306 WHO/Europe. *Prisons and health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)
- 307 HRI (2018). *The Global State of Harm Reduction 2018*. Harm Reduction International, 2018. Available at: <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf>
- 308 PRI (2019). *Global Prison Trends 2019*. Penal Reform International, 2019. Available at: [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2019/05/PRI-Global-prison-trends-report-2019\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2019/05/PRI-Global-prison-trends-report-2019_WEB.pdf)
- 309 [https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20D/Topic%204/1.Void\\_Topic4\\_Harm\\_Reduction.pdf](https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20D/Topic%204/1.Void_Topic4_Harm_Reduction.pdf)

следует учитывать, что воздержание не является достижимой или желанной целью для некоторых наркозависимых лиц, особенно в краткосрочной перспективе.

Меры по снижению вреда при употреблении инъекционных наркотиков включают в себя, прежде всего, опиоидную заместительную терапию (ОЗТ) и программы обмена игл и шприцев. Их основные цели - «стабилизировать» наркозависимость и предотвратить распространение болезней, включая ВИЧ и гепатит В и С, среди заключенных за счет снижения потребности в употреблении запрещенных наркотиков в первую очередь и предотвратить совместное использование игл и шприцев. ОЗТ и программа обмена более подробно описаны ниже, в то время как раздача презервативов как мера снижения вреда не связана напрямую с употреблением инъекционных наркотиков и поэтому обсуждается в главе о профилактике заболеваний и укреплении здоровья в Разделе 3.

### Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)

В некоторых странах, особенно в развитом мире, заключенные с зависимостью имеют доступ к опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). ОЗТ – это наиболее эффективное лечение опиоидной зависимости, но также и одна из самых действенных профилактических мер против распространения ВИЧ и гепатита В/С среди заключенных.<sup>310 311 312 313</sup> Метадон и бупренорфин - стандартные лекарства, используемые в ОЗТ. Заключенных, находящихся на лечении, иногда размещают вместе, отдельно от остальной части заключенных, чтобы поддерживать благоприятную для лечения среду. Было проведено лишь небольшое количество исследований функционирования таких «свободных от наркотиков» сред / подразделений и их эффективности в помощи заключенным в сокращении / прекращении употребления наркотиков. Хотя исследования показали, что эти помещения / блоки подходят для большого числа заключенных, эффективность этих отделений научно не установлена.<sup>314</sup>

Программы ОЗТ были внедрены в тюрьмах нескольких стран по всему миру, часто с положительными результатами. Программы ОЗТ в тюрьмах показали свою эффективность в плане снижения частоты употребления инъекционных наркотиков и связанного с этим совместного использования игл и шприцев, путем обеспечения определенной дозировки в течение достаточного периода времени. Риск передачи ВИЧ и других передаваемых с кровью вирусов, таких как гепатит В и С, снижается. Более того, было доказано, что ОЗТ в тюрьмах значительно снижает уровень смертности лиц, употребляющих наркотики после выхода из тюрьмы, если продолжить терапию после освобождения.<sup>315</sup>

### Программы обмена игл и шприцев (ПОШ)

ПОШ можно определить как услугу, которая позволяет потребителям инъекционных наркотиков бесплатно получать иглы для инъекций и связанные с ними принадлежности. Первая ПОШ в тюрьме была учреждена в Швейцарии в 1992 году. С тех пор этот подход распространился на многие тюрьмы в странах мира, включая, например, Испанию, Молдову, Румынию, Германию, Люксембург, Таджикистан и Кыргызстан. Оценка этих программ показала, что ПОШ в тюрьмах эффективны в снижении рискованного поведения и фактически не способствуют увеличению потребления инъекционных наркотиков. Вместо этого они привели к значительному сокращению передозировок и увеличению числа направлений в программы лечения наркозависимости. Более

310 WHO/UNODC/UNAIDS (2007). *Interventions to address HIV in prisons. Drug dependence treatments*. World Health Organization / United Nations Office on Drugs and Crime / Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2007. Available at: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug\\_treatment.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf)

311 WHO/UNODC/UNAIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Position paper. World Health Organization, Geneva, 2004. Available at: [www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)

312 Stover and Michels (2010). Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. *Harm Reduction Journal*, 2020, 7:17. Available at: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-7-17>

313 Kastelic, Pont and Stover (2008). *Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings. A Practical Guide*. Available at: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST\\_in\\_Custodial\\_Settings.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST_in_Custodial_Settings.pdf)

314 WHO/UNODC/UNAIDS (2007). *Interventions to address HIV in prisons. Drug dependence treatments*. World Health Organization / United Nations Office on Drugs and Crime / Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2007. Available at: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug\\_treatment.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf)

315 WHO/Europe (2014). *Preventing overdose deaths in the criminal justice system*. World health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf)

того, было показано, что они улучшают здоровье заключенных и большее количество заключенных получают доступ к ОЗТ, не вызывают проблем с безопасностью и безопасностью и снижают риск уколов иглой для тюремного персонала.<sup>316 317</sup>

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, являются хроническими рецидивирующими расстройствами, и их следует лечить, как и любое другое заболевание. Заключенные, употребляющие наркотики и/или алкоголь или зависимые от них, имеют право на доступ к медицинскому обслуживанию, включая лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Отказ в этих правах может быть приравнен к жестокому и бесчеловечному обращению и способствовать развитию абстинентного синдрома, а также продолжению употребления психоактивных веществ, тем самым способствуя распространению заболеваний, передающихся через кровь, и росту насилия и коррупции.

Специальный докладчик по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания уточнил, что: «особой формой жестокого обращения и, возможно, пыток в отношении потребителей наркотиков является отказ в заместительной терапии опиатами, в том числе как способ добиться признания в совершении преступления, вызывая болезненные симптомы отмены. Отказ в лечении метадонем в местах лишения свободы был признан нарушением права на свободу от пыток и жестокого обращения при определенных обстоятельствах.»<sup>318</sup>

Проблемы с употреблением психоактивных веществ в тюрьмах очень сложны и глубоко связаны с коррупцией. Употребление наркотиков представляет собой угрозу безопасности в тюрьмах и часто способствует насилию, преследованию, дискриминации и стигматизации, а также может привести к вымогательству и жестокому обращению. Попытки установить контроль над употреблением наркотиков в тюрьмах могут привести к беспорядкам и даже тюремным бунтам. В некоторых тюрьмах к наркоманам применяются дисциплинарные меры и отказывают в лечении, поскольку у них продолжается рецидив. Кроме того, потребители наркотиков часто имеют большие долги из-за своего употребления наркотиков, что влияет на их семьи, которые вынуждены платить, чтобы предотвратить насилие в отношении наркозависимого заключенного. Более того, некоторые заключенные могут быть принуждены другими заключенными к провозу психоактивных веществ в учреждение, что делает их уязвимыми и заставляет вступать в мир употребления психоактивных веществ.

В Европейский суд по правам человека поступило несколько дел, касающихся лечения и ухода за заключенными с наркозависимостью, а также лечения абстинентного синдрома, и некоторые из них были признаны нарушением статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться ни пыткам, ни бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию»). В следующем примере показано нарушение статьи 3, признанное Судом.

*МакГлинчи и другие против Соединенного Королевства. 29 апреля 2003 г.*

*Этот случай касался адекватности медицинской помощи, оказанной тюремными властями заключенной с героиновой зависимостью, страдающей абстинентным синдромом. Приговоренная к четырем месяцам тюремного заключения за кражу в декабре 1998 года, и находясь в тюрьме, проявляла симптомы отмены, частые приступы рвоты и значительную потерю веса. Ее лечил врач, и, поскольку ее состояние ухудшилось после первой недели пребывания в тюрьме, ее поместили в больницу, где она скончалась в январе 1999 года. Заявители, ее дети и мать жаловались, в частности, на то, что она подверглась бесчеловечному и унижающему достоинство обращению в тюрьме до наступления смерти.*

316 HRC (2007). *Syringe Exchange in Prisons: The International Experience*. Harm Reduction Coalition, 2007. Available at: <https://issuu.com/harmreduction/docs/harmreductionprisonbrief>

317 Lines et al. (2005). Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: The evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries. *International Journal of Prisoner Health* 1(1):49-64. March 2005. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/232992717\\_Taking\\_action\\_to\\_reduce\\_injecting\\_drug-related\\_harms\\_in\\_prisons\\_The\\_evidence\\_of\\_effectiveness\\_of\\_prison\\_needle\\_exchange\\_in\\_six\\_countries](https://www.researchgate.net/publication/232992717_Taking_action_to_reduce_injecting_drug-related_harms_in_prisons_The_evidence_of_effectiveness_of_prison_needle_exchange_in_six_countries)

318 UN (2013). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. UN Human Rights Council, February 2013. Available at: [https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/hrcouncil/regularsession/session22/a.hrc.22.53\\_english.pdf](https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/hrcouncil/regularsession/session22/a.hrc.22.53_english.pdf)

Суд пришел к выводу на основании имеющихся у доказательств, в частности, из медицинских карт, что утверждения заявителей о том, что администрация тюрьмы не предоставила их родственнице лекарства от ее героиновой абстиненции и держала ее в камере в качестве наказания, были необоснованными. Однако в отношении жалоб на то, что принятые меры по лечению родственницу заявителей от симптомов героиновой абстиненции, Суд установил, что, несмотря на то, что ее состояние регулярно контролировалось с 7 до 12 декабря 1998 г. в течение этого периода ее неоднократно рвало, и она сильно похудела. Несмотря на некоторые признаки улучшения ее состояния в последующие дни, Суд пришел к выводу, что к 14 декабря 1998 г. родственница заявителей испытывала значительную потерю веса и обезвоживание. Это не только причинило ей страдания, но и создало серьезную угрозу для ее здоровья. Суд установил, что тюремные власти не выполнили свои обязанности по оказанию ей необходимой медицинской помощи в нарушение статьи 3 Конвенции (запрет бесчеловечного или унижающего достоинство обращения).<sup>319</sup>

Во вставке 10 приведен пример случая в Нью-Йорке, который был признан нарушением права заключенных на здоровье и их права на свободу от жестокого и бесчеловечного обращения.

#### **ВСТАВКА 10:**

#### **НАКАЗАНИЕ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ТЮРЬМАХ НЬЮ-ЙОРКА**

«Отказ в лечении» - это отчет организации «Хьюман Райтс Вотч» (Human Rights Watch) за 2009 год, в котором описывается положение заключенных, употребляющих наркотики в тюрьмах Нью-Йорка. В тюрьмах штата Нью-Йорк трое из четырех заключенных нуждаются в лечении от наркозависимости. К сожалению, очереди на лечение длинные, и большинство заключенных, зависимых от опиоидов, не имеют к нему доступа. Более того, 27 заключенных умерли от передозировки запрещенных наркотиков в период с 1996 по 2005 год. К заключенным, употребляющим наркотики и зависимым от них, применяют суровые меры наказания.

В отчете указывается на неспособность государства обеспечить доступ к лечению от наркозависимости при одновременном применении к наркоманам дисциплинарных мер, запрещающих им лечение. Следующий случай описывает ситуацию:

«Когда представители «Хьюман Райтс Вотч» встретились с Натаном в июле 2008 года, его руки и ноги были скованы тяжелыми цепями. Он находился в одиночной камере («коробка») в течение 14 месяцев (такое наказание применяется при совершении тяжких тюремных правонарушений). Когда Натан попал в тюрьму в 2000 году, он был признан нуждающимся в лечении от наркозависимости и внесен в список ожидания. Поскольку он снова начал употреблять наркотики в нарушение тюремных правил, он потерял место в очереди и был отправлен в одиночную камеру. Натан пристрастился к опиатам и другим наркотикам, и у него продолжались рецидивы, как это часто бывает у людей с наркозависимостью, при этом не получал необходимой медицинской помощи. То есть, он не получал лечения в тюрьме, при этом ему грозило еще 20 месяцев тюремного заключения за употребление наркотиков без доступа к лечению.»

В отчете говорится, что «суровое наказание в Нью-Йорке за употребление наркотиков в тюрьме при отсрочке или отказе в лечении и услугам по снижению вреда, нарушает право заключенных на здоровье и право не подвергаться жестокому и бесчеловечному обращению в соответствии с международным правом.»

HRW (2009). Barred from Treatment, Punishment of Drug Users in New York State Prisons. Human Rights Watch, 2009. Available at: [https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/nyprisons0309webwcover\\_0.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/nyprisons0309webwcover_0.pdf)

#### **Международные стандарты и руководства**

По мнению Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье, наркозависимость – это хроническое рецидивирующее заболевание, которое следует лечить, применяя биопсихосоциальный подход. Докладчик подчеркивает, что люди, употребляющие наркотики, и наркозависимые имеют такое же право на здоровье, как и все остальные, даже если употребление наркотиков является уголовным преступлением. К лечению наркозависимости следует применять те же стандарты

319 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

медицинской этики, что и к другим медицинским состояниям, включая право отказаться от лечения. Более того, доступ к медицинской информации и лечению без дискриминации, а также к программам снижения вреда должен быть доступен для заключенных, которые либо употребляют наркотики, либо находятся в зависимости от них.<sup>320</sup>

В некоторых странах расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, по-прежнему рассматриваются в первую очередь как проблема уголовного правосудия, и органы содержания под стражей по-прежнему несут ответственность за лечение пострадавших без надзора со стороны органов здравоохранения. В соответствии с заявлением Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье, УНП ООН и ВОЗ заявили, что расстройства, связанные с употреблением наркотиков, следует рассматривать в первую очередь как проблему со здоровьем, а не преступное поведение, и, где это возможно, лицам, употребляющим наркотики, единственное преступление которых заключается в хранении наркотиков для личного употребления, следует предоставлять лечение в системе здравоохранения, а не в системе уголовного правосудия.<sup>321</sup>

В нескольких международных стандартах и руководящих документах подчеркивается необходимость лечения наркозависимости, лечения абстинентного синдрома и доступности мер по снижению вреда.

Правила Манделы включают несколько правил в отношении лечения и ухода за заключенными, страдающими употреблением психоактивных веществ. Так, правило 30 (с) гласит, что «Следует уделять особое внимание выявлению любых признаков психологического или иного стресса, вызванного фактом лишения свободы, включая, помимо прочего, риск самоубийства или членовредительства, а также симптомов абстиненции, вызванных употреблением наркотиков, медицинских препаратов или алкоголя; и принятию всех надлежащих индивидуальных мер или проведению соответствующего лечения». Кроме того, в правиле 24 (2) указывается, что «Медико-санитарное обслуживание следует организовывать в тесном контакте с системой государственных органов здравоохранения и таким образом, чтобы обеспечить непрерывность лечения и ухода, в том числе в связи с ВИЧ, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями, а также наркозависимостью.»

Также в Правиле 42.3 (d) Европейских тюремных правил подчеркивается, что «при осмотре заключенного практикующий врач или квалифицированная медсестра, подчиняющаяся такому практикующему врачу, должны уделять особое внимание устранению симптомов отмены, вызванных употреблением наркотиков, лекарств или алкоголя.»

В соответствии с принципом эквивалентности ухода, лечение расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, и абстинентного синдрома, а также меры по снижению вреда в месте заключения должны быть эквивалентными тем, которые доступны в обществе в целом.

ВОЗ, УНП ООН и UNAIDS совместно опубликовали ряд документов «Призыв к действию» (Evidence for Action), в том числе документ о мерах по борьбе с ВИЧ в тюрьмах и лечению наркозависимости. Этот документ включает 7 рекомендаций, которые являются очень полезным справочником для наблюдателя при мониторинге:

1. Тюремные власти в странах, где ОЗТ (опиоидная заместительная терапия) доступна в обществе, должны срочно внедрить программы ОЗТ и как можно скорее расширить масштабы их реализации.
2. Тюремная администрация должна также предоставлять ряд других вариантов лечения наркозависимости для заключенных, в частности, от других веществ, таких как стимуляторы амфетаминового ряда.

---

320 UN (2015). *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. UN General Assembly, 2015. Available at: [http://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/OHCHR/A\\_HRC\\_30\\_65\\_E.pdf](http://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/OHCHR/A_HRC_30_65_E.pdf)

321 UNODC/WHO (2017). *International standards for the treatment of drug use disorders. Draft for field testing*. United Nations Office on Drugs and Crime, 2017. Available at: [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO\\_International\\_Standards\\_Treatment\\_Drug\\_Use\\_Disorders\\_April\\_2020.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf)

3. Тюремная администрация должна уделять особое внимание доступности услуг лечения и социальной поддержки для заключенных после их освобождения и работать в сотрудничестве с соответствующими органами, чтобы обеспечить доступность комплексных услуг ухода после освобождения.
4. Государствам следует утвердить и улучшить подход к лечению, консультированию, обучению и реабилитации в качестве альтернативы осуждению и наказанию за преступления, связанные с наркотиками.
5. Тюремные системы государств должны предоставлять заключенным возможность жить в «свободной от наркотиков» среде.
6. Улучшение ведения документации и принятие мер по сокращению поставок веществ в учреждения должны быть приоритетом для пенитенциарных систем, которые должны выделять значительные средства для принятия этих мер.
7. Тюремным системам с программами обязательного тестирования на наркотики следует пересмотреть анализ мочи на каннабис. (Как минимум, они должны проводить четкую границу между теми, у кого положительный результат тестирования на каннабис и теми, кто употребляет инъекционные наркотики, поскольку последнее представляет значительный риск заражения ВИЧ, а курение каннабиса не представляет такой опасности).<sup>322</sup>

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, следует выявлять при первичном медицинском осмотре, чтобы обеспечить своевременное лечение зависимости и симптомов воздержания. Индивидуальный план лечения (ОЗТ/другое лечение) должен предлагаться в соответствии с тюремными инструкциями (если таковые существуют). Более того, обучение необходимо проводить сразу после поступления в учреждение.

Персонал тюрьмы должен быть надлежащим образом обучен эффективному лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков и алкоголя, что включает в себя знание симптомов воздержания, возможностей лечения, существующих в тюрьме, и уважительное отношение к лицам, употребляющим психоактивные вещества. Медицинские работники должны стремиться стимулировать наркозависимых обращаться к специалистам, а также в их обязанности должно входить информирование администрации тюрьмы о любых наблюдениях за незаконным оборотом наркотиков и торговлей ими. Тюремному персоналу следует четко объяснить, какова его роль в предотвращении употребления психоактивных веществ и обращении с ними, включая наблюдение за наркозависимыми. Тюремный персонал не несет полной ответственности за выявление или лечение лиц, употребляющих психоактивные вещества, поскольку эта ответственность лежит на тюремных службах здравоохранения. Тюремные медицинские работники также должны уделять особое внимание неотложной медицинской помощи для лиц, употребляющих психоактивные вещества (абстинентный синдром и острая наркотическая интоксикация), включая направление в реанимацию при необходимости. Уход, предлагаемый заключенным после освобождения из учреждения, должен включать последующее наблюдение, а также предоставление информации о повышенном риске передозировки после освобождения. Это важно для защиты заключенных от повышенной заболеваемости и смертности.

Можно с уверенностью утверждать, что существует необходимость в усиленных проверках и обысках, чтобы в первую очередь предотвратить попадание наркотиков к заключенным и их распространение. Однако тюремные медицинские работники никогда не должны участвовать в проверках и обысках на предмет наличия наркотиков и не должны соглашаться на личный досмотр или тесты на наркотики, проводимые только по соображениям безопасности. Здесь тюремные медицинские работники часто сталкиваются с дилеммой двойной лояльности: с одной стороны, по отношению к тюремным властям, а с другой – по отношению к своим пациентам, доверие которых они могут потерять, участвуя в такого рода проверках и обысках (см. также главу о роли тюремного медицинского работника и дилеммы двойной лояльности в разделе 3).

---

322 WHO/UNODC/UNAIDS (2007). *Interventions to address HIV in prisons. Drug dependence treatments*. World Health Organization / United Nations Office on Drugs and Crime / Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2007. Available at: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug\\_treatment.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf)

Тюремные медицинские работники разделяют ответственность с тюремной администрацией по оказанию поддержки (которая может включать перевод в другое отделение тюрьмы) всем заключенным, в том числе лиц, употребляющих психоактивные вещества, если они сталкиваются с какой-либо формой стигматизации или жестокого обращения.

Во всех странах, где программы ОЗТ реализуются в обществе, они также должны осуществляться в тюрьмах (принцип эквивалентности оказания медицинской помощи). Это также имеет решающее значение для непрерывности лечения и ухода за людьми, получающими ОЗТ, при их поступлении в систему уголовного правосудия. Прерывание лечения часто приводит к тяжелым симптомам абстиненции в сложный период жизни заключенных, попадающих в систему уголовного правосудия, и может привести к возобновлению употребления инъекционных наркотиков (часто небезопасным образом в тюремных условиях).

Чтобы снизить риск передозировки опиоидов у лиц после освобождения из тюрьмы, заключенным, ранее употреблявшим опиоиды (а также, возможно, их семьям и друзьям), можно выдавать налоксон и обучить их применять этот препарат при передозировке опиоидами.<sup>323</sup> Им также следует предложить направление на соответствующую программу лечения.

Эффективное выявление проблем, связанных с алкоголем, предпочтительно с помощью проверенных инструментов обследования при поступлении в учреждение – это первый важный шаг в борьбе с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя. Инструмент ВОЗ для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) настоятельно рекомендуется использовать в местах лишения свободы для выявления чрезмерного употребления алкоголя при разных моделях алкогольного поведения. Он доступен в двух версиях: для самоприменения и для применения другим лицом.<sup>324 325 326</sup>

Лечение синдрома воздержания у зависимых от алкоголя должно быть доступно для всех заключенных. Алкоголь – одно из самых опасных веществ в плане воздержания, которое приводит к алкогольному делирию, серьезному заболеванию с высоким риском смерти, если его не лечить своевременно и правильно.

Государство обязано защищать право заключенных на здоровье, и поэтому доступ к лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, помощь в чрезвычайных ситуациях, связанных с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (интоксикация и острые симптомы отмены), постоянный уход, последующий уход и доступ к мерам по снижению вреда должны быть доступны во всех местах заключения.

## Методология проведения мониторинга

Наблюдатель должен собрать информацию по следующим вопросам:

- a. Проверка вновь прибывших заключенных. Например, применяются ли утвержденные системой здравоохранения методы проверки на употребление психоактивных веществ и зависимости.
- b. Доступность лечения и поддержки. Например, доступны ли для заключенных программы опиоидной заместительной терапии и обмена игл и шприцев, а также последующий уход после освобождения.
- c. Использование личного досмотра, анализа мочи и дисциплинарных мер (см. также раздел 4, главы о проведении личного досмотра и использовании образцов мочи). В частности, использовался ли когда-либо отказ в лечении и/или мерах по снижению вреда в качестве санкции против заключенных.

323 WHO/Europe (2014). *Preventing overdose deaths in the criminal justice system*. World Health Organization Regional Office for Europe, 2014 (re-print from 2010). Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf?ua=1)

324 Babor et al. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care*. World Health Organization, 2001. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?sequence=1)

325 WHO/Europe. *Prisons and health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

326 WHO/Europe. *Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention*. World Health Organization Regional Office for Europe, 2012. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/181068/e96751-ver-2.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/181068/e96751-ver-2.pdf)



- d. Смерти и насилие, связанные с наркотиками в учреждении. Например, сколько смертей, связанных с наркотиками, и случаев насилия зафиксировано в данном учреждении за последние годы, принимаются ли какие-либо превентивные меры на основе анализа происшествий (см. также главу о смерти в заключении в этом разделе).
- e. Злоупотребление наркотиками и алкоголем (распространенность) и насилие в учреждении. Например, были ли инциденты с применением насилия за последние годы, принимаются ли какие-либо превентивные меры на основе анализа происшествий (см. также главу о насилии в этом разделе).
- f. Информация для заключенных об употреблении психоактивных веществ, последствиях для здоровья и доступных в учреждении мерах по лечению и снижению вреда.
- g. Обучение и письменные инструкции для сотрудников.

Наблюдатель должен выяснить у руководства тюрьмы, существует ли стратегия борьбы с употреблением психоактивных веществ и лечения в этом учреждении, и соответствует ли она национальной стратегии, в том числе какие медицинские услуги предлагаются там. Руководство тюрьмы должно иметь представление о показателях смертности, связанной с употреблением психоактивных веществ. Кроме того, руководство тюрьмы может проинформировать группу наблюдателей о режиме контроля над наркотиками (личный досмотр, обыски, анализ мочи и т.д.) И о том, существуют ли какие-либо дисциплинарные меры для заключенных, если они хранят или употребляют наркотики.

Интервью с заключенными должны быть направлены на выяснение их опыта обследования при поступлении, лечения (добровольного), профилактических мер и медико-санитарного просвещения. Заключенные также могут предоставить информацию о дисциплинарных мерах за хранение или употребление наркотиков и о том, есть ли у них в этом опыт. Кроме того, их можно спросить, испытывают ли они стигматизацию или жестокое обращение из-за употребления психоактивных веществ в учреждении.

Медицинский персонал тюрем может предоставить полезную информацию обо всех особенностях лечения и ухода за заключенными с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Они могут подробно описать политику учреждения в отношении лечения наркозависимости и алкоголизма, а также проводимые профилактические мероприятия, а также выявить, помогут прояснить, внедряется ли этот подход. Они также имеют полную картину употребления психоактивных веществ в учреждении, поскольку они лечат заключенных с передозировкой или с абстинентным синдромом и знают о смертях, наступивших в результате этого. Тюремные медицинские работники могут проинформировать группу наблюдателей о проверке заключенных при поступлении, включая методы проверки, и о том, какие меры принимаются, если заключенный поступает в учреждение с острыми симптомами воздержания. Наконец, в ходе интервью с тюремным медицинским персоналом можно было бы изучить комплексный уход и последующую медицинскую помощь, а также сотрудничество с соответствующими учреждениями в обществе.

Тюремные охранники смогут предоставить наблюдателю информацию о своем видении проблем с наркотиками и алкоголем в учреждении, что может значительно отличаться от информации, предоставленной администрацией и медицинским персоналом. Тюремные охранники часто принимают заключенных при входе и знают, насколько эффективна первичная проверка на предмет употребления психоактивных веществ и абстинентного синдрома, проводится ли она, проводится ли в учреждении правильное и своевременное лечение и уход. Если в учреждении нехватка медицинского персонала (например, медработник приходит один раз в неделю или один раз в две недели), тюремные охранники часто оказываются первыми, кто борется с симптомами абстиненции. Более того, стигматизация, насилие, связанное с наркотиками, и коррупция, а также виды наркотиков, используемых в учреждении, могут быть исследованы в ходе бесед с тюремными охранниками. Наконец, они могут информировать наблюдателя о мерах по снижению вреда, режимах контроля за употреблением психоактивных веществ (например, личный досмотр, анализ мочи, обыск камер и др.) и дисциплинарных мерах за хранение или употребление веществ в учреждении.

Наблюдения могут, например, включать наличие видимых мер по снижению вреда (например, наличие чистых игл и шприцев) и то, как заключенные могут получить к ним доступ.

Наблюдатель должен оценить письменные инструкции по всем соответствующим областям употребления психоактивных веществ. Если существуют какие-либо статистические данные / реестры о дисциплинарных мерах, применяемых за хранение или употребление веществ, обыск камер, личный досмотр или анализ мочи (включая результаты), то они должны быть просмотрены группой мониторинга. В соответствующих случаях наблюдателям следует также изучить отдельные отчеты о случаях, когда заключенные страдали расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ.

В процессе разработки заключения и рекомендаций наблюдатель должен сопоставлять информацию, полученную из разных источников.

### **Дополнительные материалы**

UN (2015). UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCP-CJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCP-CJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

UNODC (2019). *World Drugs Report. Global overview of drug demand and supply*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, 2019. Available at: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_2\\_DRUG\\_DEMAND.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf)

UNODC (2008). *Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: A comprehensive approach*. Discussion paper. United Nations Office on Drugs and Crime, 2008. Available at: <http://www.unodc.org/documents/prevention/Reducing-adverse-consequences-drug-abuse.pdf>

WHO Europe (2014). *Preventing overdose deaths in the criminal justice system*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf)

WHO/Europe (2012). *Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention*. World Health Organization Regional Office for Europe, 2012. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/181068/e96751-ver-2.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/181068/e96751-ver-2.pdf)

WHO/UNODC/UNAIDS (2007). *Interventions to address HIV in prisons. Drug dependence treatments*. World Health Organization / United Nations Office on Drugs and Crime / Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2007. Available at: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug\\_treatment.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf)

## 5.7. Здоровье полости рта

По определению ВОЗ здоровье полости рта – это «состояние отсутствия хронической боли во рту и на лице, рака полости рта и горла, инфекций и язв в полости рта, заболеваний пародонта (десен), кариеса, потери зубов и других заболеваний и расстройств, ограничивающих способность человека кусать, жевать, улыбаться, разговаривать и снижающий его психосоциальное благополучие.»<sup>327</sup>

Термин «здоровье полости рта» часто используется как синоним «здоровье зубов». В этой главе здоровье полости рта используется как общий термин, включающий все проблемы и заболевания полости рта, тогда как здоровье зубов относится только к проблемам с зубами.

В мировом масштабе уровень заболеваемости полости рта очень высок. Заболевания полости рта на самом деле являются «наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями, которые поражают людей на протяжении всей их жизни, вызывая боль, дискомфорт, обезображивание и даже смерть.»<sup>328</sup> Однако доступ к уходу за полостью рта ограничен в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода, и здоровье полости рта часто является областью общественного здравоохранения, которой не уделяют должного внимания.

Многие заключенные страдают от плохого состояния полости рта при поступлении в исправительное учреждение, и проблемы со здоровьем полости рта значительно более распространены среди заключенных, чем среди населения в целом.<sup>329</sup> Было показано, что у заключенных значительно больше разрушенных и отсутствующих зубов и меньше зубов с пломбированием и реставраций, чем у населения в целом. Зарегистрирована высокая распространенность заболеваний пародонта, усугубляемая курением, употреблением психоактивных веществ и такими другими привычками, которые могут отрицательно сказаться на здоровье полости рта.

Заключенные часто имеют ограниченный доступ к уходу за полостью рта до заключения. Более того, поведенческие факторы риска заболеваний полости рта аналогичны другим основным НИЗ, таким как сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные заболевания и диабет. К ним относятся, например, нездоровая диета с высоким содержанием свободных сахаров, курение, употребление наркотиков или алкоголя.<sup>330</sup> Известно, что в местах заключения высока распространенность употребления психоактивных веществ и психических расстройств. Пренебрежение здоровьем, в том числе гигиеной полости рта, существует в обеих группах, и многие виды наркотиков, как запрещенные, так и психотропные, могут повредить зубы и десны.<sup>331</sup>

Также известно, что среди заключенных высока распространенность инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ, и существует четкая связь между ВИЧ и заболеваниями полости рта. Согласно докладу 2005 года, опубликованному в США, поражение полости рта встречаются у 30-80% людей с ВИЧ, при этом на уровень заболеваемости полости рта у больных ВИЧ зависит от доступности антиретровирусной терапии.<sup>332</sup> Оральные проявления ВИЧ включают грибковые, бактериальные или вирусные инфекции, из которых кандидоз полости рта является наиболее распространенным и часто первым симптомом на ранней стадии заболевания. Такие болезни при ВИЧ вызывают боль, дискомфорт, сухость во рту, а также ограничения в еде.<sup>333</sup>

327 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

328 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

329 Cunningham, M.A. et al. (1985). Dental Disease Prevalence in a Prison Population. *J. Public Health Dent.* 45, March 1985. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.1985.tb03845.x>

Heidari, E. et al. (2007). Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *Br. Dent. J.* 202, E5–E5. Available at: <https://doi.org/10.1038/bdj.2007.32>

Jones, C.M. et al. (2005). Dental health of prisoners in the north west of England in 2000: literature review and dental health survey results. *Community Dent. Health* 22, 113–117. Abstract available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15984137>

Nobile, C.G.A. et al. (2007). Oral health status of male prisoners in Italy. *Int. Dent. J.* 57, 27–35.

330 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

331 Fratto, G. & Manzon, L. (2014). Use of psychotropic drugs and associated dental diseases. *Int. J. Psychiatry Med.* 48, 185–197. Available at: <https://doi.org/10.2190/PM.48.3.d>

332 Reznik DA (2005). Oral manifestations of HIV disease. *Top HIV Med.* 2005;13(5):143-148. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3220059/>

333 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Доступность качественных услуг в области гигиены полости рта, а также укрепление здоровья полости рта имеют ключевое значение, особенно в местах содержания под стражей, где заключенные содержатся длительный период времени. К сожалению, во многих развивающихся странах крайне ограничены ресурсы и доступность стоматологических услуг и стоматологического оборудования в местах заключения.

Существуют и другие препятствия для здоровья полости рта как среди заключенных (например, отсутствие информации и страх), так и внутри системы (например, длинные списки ожидания, посещение врача, совпадающие по времени с посещениями адвоката и родственников, перевод из одного учреждения в другое и нехватка охранников для сопровождения заключенных к стоматологу).<sup>334</sup> Информирование заключенных об укреплении здоровья полости рта и изменения в системе охраны здоровья в тюрьмах может помочь в решении этой проблемы. Кампания по укреплению здоровья зубов в тюрьме должна, в частности, включать информирование о необходимости соблюдать гигиену полости рта, об услугах стоматолога по проведению осмотра и лечения, и о возможности сделать анестезию перед болезненным лечением. Комплекты по уходу за полостью рта должны быть доступны для всех бесплатно. Как продемонстрировало исследование, проведенное в Англии в 2007 году, состояние зубов и гигиена полости рта улучшились за счет увеличения доступности зубных щеток, зубной пасты с фтором, зубной нити и зубочисток.<sup>335</sup>

Серьезные проблемы со здоровьем полости рта могут осложнить жизнь заключенного после освобождения, например, из-за финансовых затрат, связанных с продолжением лечения, плохого состояния здоровья при поиске работы, боли и страданий, а также социальной стигмы. Как заявляет Европейское региональное бюро ВОЗ: *«Хорошее состояние полости рта помогает в эффективном общении и имеет большое значение для поддержания общего качества жизни, самооценки и социальной уверенности.»*<sup>336</sup>

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Отсутствие у заключенных стоматологической помощи, эквивалентной той, которая предоставляется населению в целом, может иметь серьезные последствия для их общего состояния здоровья. В некоторых случаях это может рассматриваться как бесчеловечное или унижающее достоинство обращение. Например, отсутствие стоматологического лечения вне тюремного учреждения может привести к развитию и прогрессированию стоматологических заболеваний, что приводит к боли и страданиям, а в худшем случае – к серьезным инфекциям, таким как сепсис, эндокардит и остеомиелит, которые сказываются на общем состоянии здоровья и благополучии.

В Европейский суд по правам человека поступило несколько дел, касающихся отсутствия доступа к стоматологическим услугам для заключенных. Следующий случай является примером дела, признанного Судом нарушающим статью 3 Европейской конвенции о правах человека (*«Никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию»*):

*В. Д. против Румынии (№ 7078/02) от 16 февраля 2010 г. Из-за серьезных стоматологических проблем (практически полное отсутствие зубов) заявитель нуждался в зубном протезе – факт, который врачи неоднократно фиксировали, пока он находился в тюрьме. Но он не смог получить протез, так как у него не было средств для оплаты.*

*Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 (запрет бесчеловечного или унижающего достоинство обращения) Конвенции. Он, в частности, отметил, что еще в 2002 году администрация тюрьмы получила диагноз заключенного, в котором указывалось, что заявителю необходимо установить зубные протезы, что так и не было сделано. Заявитель мог получить их, только заплатив полную стоимость. Поскольку его страховая программа не покрывала расходы и у него не было*

334 Jones, C.M. et al. (2005). Dental health of prisoners in the north west of England in 2000: literature review and dental health survey results. *Community Dent. Health* 22, 113–117.

335 Heidari, E. et al. (2007). Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *Br. Dent. J.* 202, E5–E5. Available at: <https://doi.org/10.1038/bdj.2007.32>

336 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

необходимых финансовых ресурсов (что было известно администрации), он не смог установить зубные протезы.

Этих фактов было достаточно, чтобы Суд пришел к выводу, что правила социального обеспечения заключенных, которые включают оплату части стоимости зубных протезов, не были соблюдены из-за административных препятствий. Правительство Румынии также не представило удовлетворительного объяснения, почему заявителю не были предоставлены зубные протезы в 2004 году, когда правила предусматривали полную оплату расходов государством. Следовательно, несмотря на обеспокоенность заявителя состоянием своего здоровья, ему не были установлены зубные протезы, несмотря на новое законодательство, принятое в январе 2007 года, согласно которому такие услуги предоставляются бесплатно.<sup>337</sup>

Роль и обязанности стоматологов, предоставляющих медицинские услуги заключенным, такие же, как и у других специалистов в области здравоохранения. Обязанность стоматологов по отношению к заключенным и обществу в целом – сообщать о недостатках ухода и систематических злоупотреблениях, таких как пытки и жестокое обращение. Кроме того, они, как и другие врачи, обязаны документировать случаи насилия и пыток.

Помимо отсутствия доступа к стоматологическому лечению, приравниваемого к жестокому обращению, проблемы со здоровьем полости рта также могут быть прямым следствием насилия или пыток. Методы пыток с причинением травмы зубов включают избиение и удары ногами по голове или лицу, а также удаление зубов.

Пытки с повреждением зубов описаны в Стамбульском протоколе следующим образом:

*«Пытки с повреждением зубов заключаются в ломке или удалении зубов или в применении электрического тока к зубам. Это может привести к потере или поломке зубов, отеку десен, кровотечению, боли, гингивиту, стоматиту, переломам нижней челюсти или потере зубных пломб. Синдром височно-нижнечелюстного сустава вызывает боль в височно-нижнечелюстном суставе, ограничение движения челюсти и, в некоторых случаях, подвывих этого сустава из-за мышечных спазмов, возникающих в результате электрического тока или ударов по лицу.»<sup>338</sup>*

### **Международные стандарты и руководства**

Как в Правилах Нельсона Манделы (правило 25), так и в Стандартах ЕКПП (стандарт 35) подчеркивается, что «услуги квалифицированного стоматолога должны быть доступны каждому заключенному».

Всемирная стоматологическая федерация выпустила «Рекомендации для стоматологов против пыток», в которых говорится:

*«Уважая общепризнанные права пациентов, стоматологи должны иметь полную клиническую независимость при принятии решения о лечении лиц, за которых они несут ответственность. Основная их роль – облегчать стоматологические проблемы других людей, и никакие мотивы, личные, коллективные или политические, не должны превалировать над этой высшей целью.» И далее:*

*«Дантист не должен одобрять, мириться или участвовать в применении пыток или других форм жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, независимо от правонарушения, в котором их пациент подозревается, обвиняется или признана виновной, и какими бы ни были убеждения или мотивы пациента, и во всех ситуациях, включая вооруженный конфликт и гражданские беспорядки.»<sup>339</sup>*

337 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

338 UN (2004). *Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, 2004. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8rev1en.pdf>

339 FDI World Dental Federation (2007). *Guidelines for Dentists against Torture*. World Dental Federation, Dubai, October 2007. Available at: [file:///C:/Users/BB/Downloads/fdi\\_world\\_dental\\_federation\\_-\\_guidelines\\_for\\_dentists\\_against\\_torture\\_-\\_2018-07-02.pdf](file:///C:/Users/BB/Downloads/fdi_world_dental_federation_-_guidelines_for_dentists_against_torture_-_2018-07-02.pdf)

Европейское региональное бюро ВОЗ рекомендует, чтобы гигиена полости рта была включена в программы охраны здоровья в тюрьмах и стала неотъемлемой частью оказания медицинских услуг в тюрьмах. Кроме того, рекомендуется, чтобы первичное медицинское обследование заключенных при поступлении в учреждение было также направлено на обследование полости рта и чтобы стоматолог участвовал в первичном осмотре.<sup>340</sup> Если это невозможно, первичное медицинское обследование должно хотя бы включать вопросы об анамнезе здоровья полости рта и текущих симптомах с целью направления в клинику тех, кто нуждается в лечении. Заключенных с травмами зубов всегда следует направлять к стоматологу. По возможности следует стремиться к восстановлению больных зубов, а удаление зубов следует рассматривать как крайнее средство.

Находясь в тюрьме, как заключенные, так и тюремный медицинский персонал должны иметь возможность воспользоваться услугами стоматолога без долгого ожидания. Стоматологические заболевания могут быть чрезвычайно болезненными, поэтому бывает необходима неотложная помощь. Стоматологи, как и любой другой специалист, должен вести записи обследований и лечения, и эти записи должны передаваться вместе с пациентом при освобождении или переводе в другое учреждение, чтобы обеспечить непрерывность лечения. В идеале копию записей следует передать заключенному при освобождении или (с согласия заключенного) отправить его стоматологу по месту жительства (если таковой имеется).

Здоровая полость рта, как часть хорошего общего состояния здоровья заключенных, является совместной обязанностью государства, администрации тюрьмы, медицинского персонала тюрьмы и самих заключенных. Организационная структура стоматологической помощи варьируется в зависимости от учреждения, региона и страны. Заключенных необходимо информировать и стимулировать заботиться о здоровье полости рта с использованием необходимых инструментов, предоставляемых учреждением, а также пользоваться услугами стоматолога.

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель должен оценить подход, существующий в учреждении в отношении проверки, диагностики, лечения, последующего наблюдения и ухода за состоянием полости рта заключенных, а также принимаемые меры профилактики и укрепления здоровья.

Перед посещением наблюдатель должен быть проинформирован о существующих международных и национальных стандартах/принципах ухода за полостью рта в тюрьмах и должен знать общие стандарты, существующие в обществе, а также изучить имеющуюся документацию по вопросам здоровья полости рта.

Во время контрольного посещения наблюдатель должен использовать все доступные источники информации, чтобы оценить вышеупомянутые вопросы и соответствие международным стандартам.

Наблюдатель должен расспросить руководство тюрьмы об общем подходе к вышеупомянутым вопросам, например, о том, проводились ли в их учреждении какие-либо кампании по укреплению здоровья полости рта, а также имеет ли заключенный с острой зубной болью возможность попасть на прием к стоматологу.

Интервью с заключенными должны быть направлены на получение дополнительной информации о том, как организован уход за полостью рта в учреждении. Вопросы, которые можно задать, включают: задавали ли заключенному какие-либо вопросы о состоянии полости рта при поступлении в учреждение, как часто они имеют возможность пройти обследование у стоматолога и какое лечение было предложено на основании полученного диагноза.

При оценке проблем, связанных со здоровьем полости рта в учреждении, очень важно провести интервью со стоматологом (и ассистентами), работающим в учреждении. Стоматолог сможет предоставить наблюдателю информацию о подходе к решению этих вопросов в учреждении, в том числе о том, как заключенные могут попасть на прием к стоматологу (для неотложной помощи и регулярных осмотров), о возможностях стоматологической клиники, о состоянии здоровья полости рта заключенных в целом, были ли случаи, когда состояние зубов заключенного прямо или косвенно указывали на применение насилия или пыток, каковы были приняты меры по этому делу.

340 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

Других медработников тюрьмы, например, можно спросить о том, как обеспечивается регулярная и экстренная стоматологическая помощь в случае отсутствия стоматолога.

Интервью с тюремными надзирателями должны в первую очередь быть сосредоточены на той роли, которую тюремные охранники могут играть в доступе заключенных к стоматологической помощи, а также на мероприятиях и инициативах по укреплению здоровья полости рта, которые проводятся в учреждении.

В течение всего мониторингового визита наблюдатель должен использовать свои навыки наблюдения, чтобы получить больше информации о том, как заботятся о здоровье полости рта в учреждении и какие проводятся мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Наблюдения должны включать оценку стоматологического кабинета с точки зрения чистоты, наличия инструментов и оборудования, доступа к лекарствам и доступности лечения и ухода, наблюдение за состоянием здоровья полости рта заключенных (во время интервью) и за проведением кампаний по пропаганде здоровья полости рта и профилактике заболеваний полости рта.

Последним источником информации, который наблюдатель за состоянием здоровья должен использовать во время своего посещения, являются документы, в том числе письменные инструкции, журналы регистрации и медицинские карты, к которым можно получить доступ, включая записи и журналы стоматолога, если это возможно, и сопоставление с другими медицинскими записями.

В процессе разработки заключения и рекомендаций наблюдатель должен сопоставлять информацию, полученную из разных источников.

### **Дополнительные материалы**

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

FDI World Dental Federation (2007). *Guidelines for Dentists against Torture*. World Dental Federation, Dubai, October 2007. Available at: [file:///C:/Users/BB/Downloads/fdi\\_world\\_dental\\_federation\\_-\\_guidelines\\_for\\_dentists\\_against\\_torture\\_-\\_2018-07-02.pdf](file:///C:/Users/BB/Downloads/fdi_world_dental_federation_-_guidelines_for_dentists_against_torture_-_2018-07-02.pdf)

UN (2004). *Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, 2004. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8rev1en.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

## 5.8. Заключение с особыми потребностями

Некоторые группы заключенных считаются особенно уязвимыми в условиях содержания под стражей и поэтому могут иметь особые потребности. «Уязвимые» в данном контексте означает, что эти группы пострадали или подвергаются большему риску, чем другие, либо чаще, либо более серьезно. К таким уязвимым группам могут относиться несовершеннолетние, престарелые, иностранные граждане, религиозные меньшинства, этнические меньшинства, заключенные с ограниченными возможностями, а также заключенные лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры и интерсексуалы (ЛГБТИ), и этим группам и посвящена данная глава. Им требуется больше внимания, защита и поддержка, что также может быть связано со здоровьем, включая охрану здоровья, лечение и предоставление лекарств.

### Несовершеннолетние заключенные

По закону определение несовершеннолетнего зависит от юрисдикции и ее применения, однако обычно это лицо в возрасте до 18 лет. Общее количество заключенных в возрасте до 18 лет оценивалось примерно в один миллион в 2010 году.<sup>341</sup> Поскольку такие заключенные имеют растущий организм, их особые потребности включают достаточное и адекватное питание и физические упражнения. Кроме того, их потребности в области психического здоровья требуют приоритетного внимания с учетом долгосрочных разрушительных последствий содержания под стражей и психологической уязвимости с учетом их возраста и уровня зрелости. Более того, несовершеннолетние заключенные все больше нуждаются в образовании и тесном контакте со своей семьей.

### Заключенные пожилого возраста

Число пожилых заключенных в местах содержания под стражей во всем мире быстро растет одновременно со старением населения в целом. Это особенно верно в отношении стран с высоким уровнем доходов.<sup>342</sup> Возраст от 60 до 65 лет часто является границей между старшим и младшим населением. Заключенные пожилого возраста могут быть физически менее мобильными и, следовательно, нуждаются в специальных помещениях, учитывающих риски как падений, так и социальной изоляции. Кроме того, пожилые заключенные более подвержены ряду заболеваний и чаще нуждаются в регулярных проверках здоровья и лечении. Увеличение числа пожилых заключенных, которые страдают от возрастных заболеваний, приводит к увеличению смертности в заключении в результате естественных причин, таких как ишемическая болезнь сердца и рак.<sup>343</sup>

### Заключенные с ограниченными физическими возможностями

Данных о количестве заключенных с ограниченными физическими возможностями не достаточно. Однако ожидается, что это число будет расти одновременно со старением заключенных. К физическим недостаткам относится широкий спектр состояний, таких как проблемы со зрением, слухом, речью и мобильностью, которые могут возникать или не возникать как осложнения после инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также после лечения. Трудности, с которыми люди с ограниченными возможностями сталкиваются в обществе, как правило, усиливаются в местах заключения, учитывая характер окружающей среды. Таким образом, заключенным с ограниченными физическими возможностями могут потребоваться значительные ресурсы, включая специальное оборудование, такое как слуховые аппараты, переводчики языка жестов и инвалидные коляски, а также такие услуги, как доступные жилые помещения для инвалидов, доступ к физиотерапии и регулярные проверки здоровья. Они больше всего требуют заботы со стороны других людей, которую чаще всего предоставляют другие заключенные.

341 PRI (2018). *Global Prison Trends 2018*. Penal Reform International and Thailand Institute of Justice, 2018. Available at: [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI\\_Global-Prison-Trends-2018\\_EN\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI_Global-Prison-Trends-2018_EN_WEB.pdf)

342 Hayes A.J. (2017) *Aging Inside: Older Adults in Prison*. In: Elger B., Ritter C., Stöver H. (eds) *Emerging Issues in Prison Health*. Springer, Dordrecht. Doi: [https://doi.org/10.1007/978-94-017-7558-8\\_1](https://doi.org/10.1007/978-94-017-7558-8_1)

343 Carter H. and Goodwin. S (2013). Understanding Clinical Review Following a Death in Custody. *Nursing Standard* 28(12):54–59. Doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24251516/>

Maschi T. and Richter M. (2017). Human Rights and Dignity Behind Bars: A Reflection on Death and Dying in World Prisons. *Journal of Correctional Health Care* 23(1):76–82. Available at: <https://doi.org/10.1177/1078345816685116>



## Заклученные-иностранные

«Заклученный-иностранец» - это лицо, отбывающее наказание в исправительном учреждении, которое не является гражданином данной страны. В местах лишения свободы по всему миру содержится большое количество заклученных-иностранцев. Они часто оказываются в невыгодном положении в системе уголовного правосудия из-за более строгих карательных мер, применяемых к иностранным гражданам-правонарушителям, дискриминации, ограниченной осведомленности о законных правах, отсутствия доступа к юридической консультации, отсутствию социальных контактов и экономической маргинализации.<sup>344</sup>

Заклученные-иностранные могут иметь заболевания, которые распространены в их стране происхождения, но редки в стране заклучения, и поэтому могут иметь особые потребности в лечении. Иностранец имеет право на доступ к услугам здравоохранения в соответствии со стандартами страны, в которой он отбывает наказание. Одной из основных проблем для них является коммуникация, так, во время медицинских осмотров часто требуются услуги переводчика, чтобы не допустить недопонимание и возможные осложнения со здоровьем. Услуги переводчика также необходимы для получения медико-санитарной информации, а также о информации о тюремных законах и правилах (см. правило Нельсона Манделы 54).

## Представители этнических и религиозных меньшинств

Заклученные, принадлежащие к этническому и/или религиозному меньшинству, - это заклученные, этническое происхождение и/или религия которых отличается от большинства людей в стране заклучения. Во многих странах содержится много представителей этнических и религиозных меньшинств. Такие группы часто, подобно заклученным-иностранцам, подвергаются дискриминации, стигматизации, насилию, эксплуатации и даже пыткам со стороны персонала и/или других заклученных в закрытых условиях тюремного учреждения. Многие из них не получают надлежащей медицинской помощи до заклучения, что подвергает их более высокому риску определенных заболеваний, как инфекционных, так и неинфекционных.<sup>345</sup> Таким образом, этнические и религиозные меньшинства могут иметь особые потребности в лечении и лекарствах, а также часто нуждаются в услугах переводчика.

## Представители ЛГБТИ

ЛГБТИ - это лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры и интерсексуалы. Термин «лесбиянка» относится к женщинам с однополой сексуальной ориентацией, а термин «гей» относится ко всем лицам с однополой сексуальной ориентацией, хотя обычно он используется для обозначения мужчин. Термин «бисексуал» относится к людям, которые могут испытывать влечение и сексуальный интерес к другим людям как своего собственного, так и противоположного пола. Термин «трансгендер» означает переход сексуальной идентичности с одного пола на другой и не подразумевает какой-либо конкретной формы сексуальной ориентации. Это обобщающий термин, который часто используется для описания широкого спектра идентичностей и переживаний, включая транссексуалов от женщины к мужчине, транссексуала от мужчины к женщине, трансвеститов и многих других.<sup>346</sup> Интерсексуалы - это люди, рожденные с любым из нескольких вариантов половых характеристик, включая хромосомы, гонады, половые гормоны или гениталии, которые «не соответствуют типичным определениям мужского или женского тела.»<sup>347</sup>

Заклученные из числа ЛГБТИ составляют меньшинство среди заклученных с особыми потребностями. Эти потребности включают, прежде всего, потребность в защите (см. раздел о превентивном мониторинге), а также повышенные потребности в медицинской помощи (особенно для заклученных-трансгендеров и интерсексуалов). Некоторые исследования показали, что

344 UNODC (2009). *Handbook on Prisoners with Special Needs*. United Nations Office on Drugs and Crime, New York, 2009. Available at: [https://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/Handbook\\_on\\_Prisoners\\_with\\_Special\\_Needs.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_Prisoners_with_Special_Needs.pdf)

345 UNODC (2009). *Handbook on Prisoners with Special Needs*. United Nations Office on Drugs and Crime, New York, 2009. Available at: [https://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/Handbook\\_on\\_Prisoners\\_with\\_Special\\_Needs.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_Prisoners_with_Special_Needs.pdf)

346 UNODC (2009). *Handbook on Prisoners with Special Needs*. United Nations Office on Drugs and Crime, New York, 2009. Available at: [https://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/Handbook\\_on\\_Prisoners\\_with\\_Special\\_Needs.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_Prisoners_with_Special_Needs.pdf)

347 UNOHRC (2016). *Free & Equal Campaign Fact Sheet: Intersex*. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, 2015. Available at: [https://web.archive.org/web/20160304071043/https://unfe.org/system/unfe-65-Intersex\\_Fact\\_sheet\\_ENGLISH.pdf](https://web.archive.org/web/20160304071043/https://unfe.org/system/unfe-65-Intersex_Fact_sheet_ENGLISH.pdf)

негетеросексуальные и трансгендерные заключенные подвергаются повышенному риску сексуального насилия. Например, обзор литературы о трансгендерах и заключении в США в 2013 году показал, что риск стать жертвой нападения значительно выше для трансгендерных заключенных.<sup>348</sup> Исследование, проведенное в Австралии в 2014 году, показало, что негетеросексуальные мужчины значительно чаще подвергались сексуальному принуждению в тюрьме, чем гетеросексуальные мужчины.<sup>349</sup> И хотя их исследований видно, что представители ЛГБТИ сталкиваются с дискриминацией и жестоким обращением в местах содержания под стражей, этот вопрос еще недостаточно изучен.

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Неспособность администрации тюрьмы удовлетворить особые потребности некоторых заключенных, т.е. предоставить им адекватную поддержку и соответствующее обращение, может быть приравнена к бесчеловечному или унижающему достоинство обращению.

Чтобы обеспечить адекватную поддержку, тюремные власти должны, например, обеспечить доступ к мерам защиты, поддержке психического здоровья и услугам устного перевода, а также обеспечить отделение несовершеннолетних от взрослых и доступность специальных помещений для заключенных, чья мобильность ограничена. Чтобы обеспечить адекватное лечение, тюремные власти должны обеспечить доступ к медикаментам и медицинскому осмотру, которых требуют определенные уязвимые группы, а также к специальному оборудованию, например слуховым аппаратам и инвалидным креслам. Отсутствие лечения и поддержки может приравниваться к жестокому обращению.

В Европейский суд по правам человека поступает множество дел, связанных с отсутствием доступа к уходу и/или неподходящими условиями жизни для заключенных с особыми потребностями, и большинство из них были признаны нарушениями статьи 3 Европейской конвенции о правах человека («Никто не должен подвергаться пыткам, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию»). Ниже приводится пример заключенного, нуждающегося в особых средствах в связи с физической инвалидностью. Дело было признано Судом нарушающим статью 3:

*Винсент против Франции (Vincent v. France) от 24 октября 2006 г. Заявитель отбывал десятилетний тюремный срок, к которому был приговорен в 2005 году. После несчастного случая в 1989 году от страдает параличом нижних конечностей и не может передвигаться без помощи инвалидной коляски, хотя способен к самостоятельному принятию решений. Он, в частности, жаловался на то, что условия, в которых его содержали в разных тюрьмах, не соответствовали его особым потребностям.*

*Суд постановил, что имело место нарушение статьи 3 (запрет унижающего достоинство обращения) Конвенции в связи с невозможностью для заявителя, страдающего параличом нижних конечностей, автономно передвигаться по тюрьме Френс, что, в частности, не подходит для содержания в заключении лиц с физическими недостатками, которые могут передвигаться только в инвалидном кресле.<sup>350</sup>*

Иногда по соображениям безопасности ЛГБТИ-заключенных содержат в изоляции, они подвергаются сегрегации или «защитной опеке». При этом заключенным может быть отказано в участии в программах лечения, обучения и профессиональной подготовки наравне с другими людьми, или даже в выходе из своих камер.<sup>351</sup> Следовательно, такое «защитное заключение» может иметь вредные физические и психологические последствия. Следующий случай иллюстрирует, как изоляция заключенных по причине их сексуальной ориентации, часто оправдываемая как

348 Glezer, McNeil & Binder (2013). Transgendered and Incarcerated: A review of the Literature, Current Politics and Laws, and Ethics. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 41(4):551-559 · December 2013. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/fd25/07636c06b67325097a58165447913b37f593.pdf>

349 Simpson et al (2014). Factors Associated with Sexual Coercion in a Representative Sample of Men in Australian prisons. *Arch Sex Behav.* 2016 Jul;45(5):1195-205. doi: 10.1007/s10508-015-0653-7 (abstract only).

350 ECHR (2019). *Factsheet – Prisoners' health-related rights*. European Court of Human Rights, February 2019. Available at: [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf)

351 Metzner and Fellner (2010). Solitary Confinement and Mental Illness in U.S. Prisons: A Challenge for Medical Ethics. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 38(1):104–8. Available at: <http://jaapl.org/content/jaapl/38/1/104.full.pdf>

мера защиты, на самом деле равносильна дискриминационному, бесчеловечному и унижающему достоинство обращению.<sup>352</sup>

*К. против Турции (№ 24626/09) от 9 октября 2012 г. Этот случай касался заключенного гомосексуалиста, который после жалобы на акты запугивания и издевательств со стороны сокамерников был помещен в одиночную камеру на срок более 8 месяцев.*

*Суд счел, что эти условия содержания под стражей причинили заявителю душевные и физические страдания, а также унижение достоинства, что представляет собой «бесчеловечное или унижающее достоинство обращение» в нарушение статьи 3 Конвенции. Суд также установил, что основной причиной одиночного заключения заявителя была не его защита, а его сексуальная ориентация. Таким образом, Суд пришел к выводу, что имело место дискриминационное обращение в нарушение статьи 14 Конвенции (запрещение дискриминации).<sup>353</sup>*

Дискриминационное обращение с представителями ЛГБТИ усиливается в местах содержания под стражей, где ЛГБТИ-заключенные часто подвергаются дискриминации, стигматизации, преследованиям, насилию и пыткам.<sup>354</sup> По сравнению с другими заключенными, представители ЛГБТИ чаще других становятся жертвами сексуального насилия, и, следовательно, подвергаются высокому риску заражения венерическими заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД.<sup>355</sup> Опрос, проведенный в тюрьмах США, документально подтвердил, что 12% заключенных, которые определили свою сексуальную ориентацию как геи, лесбиянки, бисексуалы или другие, сообщили, что подвергались сексуальной виктимизации со стороны другого заключенного, а 5,4% сообщили, что подвергались сексуальным преследованиям со стороны тюремного персонала. Уровень сексуальной виктимизации был значительно выше, чем у заключенных, которые определили свою сексуальную ориентацию как гетеросексуальную. Например, уровень сексуальной виктимизации со стороны других заключенных в отношении негетеросексуальных заключенных был как минимум в 10 раз выше, чем у гетеросексуальных заключенных, при этом жертва была мужского пола, африканской расы, латиноамериканского происхождения или имела образование ниже среднего. Эти различия были меньше, но все же значительны среди негетеросексуальных женщин заключенных (в 2,5 раза больше), белых (более чем в 6 раз больше) и выпускников средних школ (в 8 раз больше). Показатели преследования со стороны сотрудников были как минимум вдвое выше среди негетеросексуальных заключенных по сравнению с гетеросексуальными заключенными.<sup>356</sup>

Заключенные ЛГБТИ часто нуждаются в защите и, более того, в психологической поддержке в связи с их виктимизацией. Кроме того, заключенные-трансгендеры могут иметь особую потребность в гормональном лечении. Однако многие из них не получают гормонального лечения, которое они получали до заключения из-за ограничительной и нечувствительной к гендерным вопросам политики здравоохранения или из-за того, что медицинский персонал не знает, как удовлетворить эти потребности.<sup>357</sup>

---

352 ECHR (2018). *Factsheet – Sexual Orientation Issues: 9 October 2012, X. v. Turkey (No. 24626/09)*. European Court on Human Rights, 2018. Available at: [https://www.echr.coe.int/documents/fs\\_sexual\\_orientation\\_eng.pdf](https://www.echr.coe.int/documents/fs_sexual_orientation_eng.pdf)

353 ECHR (2020). *Factsheet - Detention conditions and treatment of prisoners*. European Court of Human Rights, May 2020. Available at: [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Detention\\_conditions\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_conditions_ENG.pdf)

354 APT (2018). *Towards the Effective Protection of LGBTI Persons Deprived of Liberty: A Monitoring Guide*. Association for the Prevention of Torture, Geneva. Available at: <https://www.apr.ch/en/resources/publications/towards-effective-protection-lgbti-persons-deprived-liberty-monitoring-guide>

PRI (2018). *Global Prison Trends 2018*. Penal Reform International and Thailand Institute of Justice, 2018. Available at: [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI\\_Global-Prison-Trends-2018\\_EN\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI_Global-Prison-Trends-2018_EN_WEB.pdf)

355 APT (2018). *Towards the Effective Protection of LGBTI Persons Deprived of Liberty: A Monitoring Guide*. Association for the Prevention of Torture, Geneva. Available at: [https://apr.ch/content/files\\_res/apr\\_20181204\\_towards-the-effective-protection-of-lgbti-persons-deprived-of-liberty-a-monitoring-guide-final.pdf](https://apr.ch/content/files_res/apr_20181204_towards-the-effective-protection-of-lgbti-persons-deprived-of-liberty-a-monitoring-guide-final.pdf)

356 U.S. Department of Justice (2013). *Sexual Victimization in Prisons and Jails Reported by Inmates, 2011–12: National Inmate Survey, 2011–12*. Available at: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/svpjri1112.pdf>

357 White Hughto et al. (2018). Creating, Reinforcing, and Resisting the Gender Binary: A Qualitative Study of Transgender Women's Healthcare Experiences in Sex-Segregated Jails and Prisons. *International Journal of Prisoner Health* 14(2):69–88. Available for download at: [https://www.researchgate.net/publication/318707730\\_Creating\\_reinforcing\\_and\\_resisting\\_the\\_gender\\_binary\\_A\\_qualitative\\_study\\_of\\_transgender\\_women's\\_healthcare\\_experiences\\_in\\_sex-segregated\\_jails\\_and\\_prisons](https://www.researchgate.net/publication/318707730_Creating_reinforcing_and_resisting_the_gender_binary_A_qualitative_study_of_transgender_women's_healthcare_experiences_in_sex-segregated_jails_and_prisons)

## Международные стандарты и руководства

Тюремные власти несут ответственность за защиту здоровья и безопасности лиц, содержащихся под стражей, за обеспечение всем заключенным возможности вести как можно более здоровый образ жизни в условиях, в которых они находятся. Такая ответственность подразумевает, что тюремные власти должны стремиться удовлетворить особые потребности уязвимых лиц в соответствии с международными и национальными стандартами.

Правила Нельсона Манделы включают правила, конкретно касающиеся уязвимых заключенных с особыми потребностями. В правиле 2 указывается, что *«настоящие правила следует применять с беспристрастностью. Дискриминация по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религиозных, политических или других убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного обстоятельства недопустима. Следует уважать религиозные убеждения и моральные установки заключенных. В целях практического применения принципа недискриминации тюремной администрации следует учитывать индивидуальные потребности заключенных, в частности наиболее уязвимых категорий заключенных, находящихся в условиях тюремного заключения. Необходимо принимать меры для защиты и поощрения прав заключенных с особыми потребностями, и такие меры не должны считаться дискриминационными.»*

Правило 5 (п.2) гласит: *«тюремная администрация принимает все разумные меры по размещению и адаптации для обеспечения того, чтобы заключенные с физическими, психическими или иными недостатками имели полный и эффективный доступ к жизни в тюрьме на равноправной основе.»*

## Международные стандарты и рекомендации для несовершеннолетних заключенных

В правиле 11 Правил Нельсона Манделы указано, что *«несовершеннолетних заключенных следует содержать отдельно от совершеннолетних.»*

Помимо Правил Манделы, Минимальные стандартные правила ООН по отправлению правосудия в отношении несовершеннолетних (Пекинские правила)<sup>358</sup> и Правила ООН по защите несовершеннолетних, лишенных свободы<sup>359</sup>, имеют большое значение при мониторинге мест лишения свободы, где содержатся несовершеннолетние. Эти правила устанавливают минимальные стандарты, принятые ООН для защиты и обращения с несовершеннолетними заключенными и правонарушителями.

Международная организация защиты детей (DCI), независимая неправительственная организация, базирующаяся в Женеве, опубликовала практическое руководство по мониторингу мест содержания под стражей для несовершеннолетних<sup>360</sup>, которое необходимо использовать при мониторинге таких мест лишения свободы.

## Международные стандарты и руководства, посвященные заключенным с ограниченными физическими возможностями, в том числе заключенным пожилого возраста

Правило 5 Правил Нельсона Манделы гласит: *«Тюремная администрация принимает все разумные меры по размещению и адаптации для обеспечения того, чтобы заключенные с физическими, психическими или иными недостатками имели полный и эффективный доступ к жизни в тюрьме на равноправной основе.»*

В стандартах ЕКПП подробно рассматривается этот вопрос (стандарте 38):

*«Тюремная служба здравоохранения должна иметь возможность обеспечивать медицинское обслуживание и уход, а также соответствующее питание, реабилитацию или любое другое обслуживание заключенным на том же уровне, что и для населения в целом. Соответственно должны быть предусмотрены условия для работы медицинского и вспомогательного персонала, а также наличие помещений и специального оборудования.»*

358 UN (1985). *United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (The Beijing Rules)*. United Nations, 1985. Available at: <https://www.ohchr.org/documents/professionalinterest/beijingrules.pdf>

359 UN (1990). *UN Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty*. United Nations, 1990. Available at: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/JuvenilesDeprivedOfLiberty.aspx>

360 DCI (2016). *Practical guide, monitoring places where children are deprived of their liberty*. Defence for Children International, Belgium, 2016. Available at: <https://defenceforchildren.org/wp-content/uploads/2016/02/DCI-Practical-GuideEN.pdf>

Конвенция ООН о правах людей с ограниченными возможностями от 2008 года<sup>361</sup> содержит четкие обязательства государства в отношении заключенных с ограниченными возможностями и ухода за ними. Конвенция дает такое определение людей с ограниченными возможностями: «те, кто имеет продолжительные физические, умственные, интеллектуальные или сенсорные нарушения, что является препятствием для их полноценного и эффективного участия в жизни общества наравне с другими» и выделяют следующие общие принципы:

- a. Уважение достоинства, самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимость людей с ограниченными возможностями;
- b. Отсутствие дискриминации;
- c. Полное и эффективное участие в жизни общества;
- d. Уважение к различиям и принятие людей с ограниченными возможностями как часть разнообразия;
- e. Равенство возможностей;
- f. Доступность;
- g. Равенство мужчин и женщин;
- h. Уважение к развитию способностей детей с ограниченными возможностями и уважение права детей с ограниченными возможностями на сохранение своей идентичности.

Конвенция четко направлена на соблюдение равенства и недопущение дискриминации и включает параграфы, касающиеся, например, инклюзивности, личной мобильности и содействия обучению сотрудников, работающих с людьми с ограниченными возможностями, которые в равной степени актуальны и в тюрьмах, и в обществе в целом.

#### **Международные стандарты и руководства, относящиеся к заключенным-иностранцам**

В Правилах Нельсона Манделы (правило 55) указывается, что информация должна быть предоставлена заключенному *«на наиболее широко используемых языках в соответствии с потребностями тюремного контингента. Если заключенный не понимает ни одного из этих языков, необходимо предоставить помощь переводчика»*.

В правиле 62 сказано, что *«иностранным гражданам, находящимся в заключении, следует обеспечивать разумную возможность поддерживать связь с дипломатическими и консульскими представителями их страны.»* и что *«заключенные, являющиеся гражданами стран, которые не имеют дипломатического или консульского представительства в данном государстве, а также беженцы и лица, не имеющие гражданства, должны иметь возможность поддерживать связь с дипломатическими представителями государства, взявшего на себя охрану их интересов, или же с любым национальным или международным органом, занимающимся их защитой.»*

#### **Международные стандарты и рекомендации, касающиеся религиозных меньшинств в тюрьмах**

Правило 66 гласит: *«В пределах практической возможности каждому заключенному должно быть разрешено удовлетворять свои религиозные потребности, участвуя в религиозных обрядах в стенах тюремного учреждения и имея в своем распоряжении религиозные писания, свойственные его вероисповеданию.»*

#### **Международные стандарты, касающиеся заключенных ЛГБТИ**

Международные стандарты, касающиеся обращения с ЛГБТИ-людьми в местах содержания под стражей, кратко изложены в Джокьякартских принципах применения международного права прав человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности.<sup>362</sup> Джокьякартские

361 UN (2008). *Convention on the Rights of persons with Disabilities*. United Nations. Available at: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

362 Anon (2017). *The Yogyakarta Principles plus 10*. Available at: <https://yogyakartaprinciples.org/principles-en/>

принципы – это документ, который был опубликован по итогам международного совещания экспертов и групп по правам человека в г. Джокьякарта (Индонезия) в ноябре 2006 года. Эти принципы не были приняты государствами и, таким образом, юридически не являются частью международного права прав человека, однако они содержат толкование международных соглашений по правам человека. В 2017 году были изложены следующие ключевые дополнения к Принципам, касающимся прав на гуманное обращение во время содержания под стражей:

*Государства:*

- *Принимают и реализуют политику по борьбе с насилием, дискриминацией и другими притеснениями на основании сексуальной ориентации, гендерной идентичности, гендерного выражения или половых характеристик, с которыми сталкиваются лишенные свободы лица, в том числе в отношении таких вопросов, как размещение, обыск, личный досмотр, доступ к лечению и медицинской помощи с подтверждением пола и их продолжение, а также «защитное» одиночное заключение;*
- *Принимают и реализуют политику размещения и обращения с лицами, лишенными свободы, которая отражает потребности и права лиц любой сексуальной ориентации, гендерной идентичности, гендерного самовыражения и половых характеристик, и гарантирует, что люди могут участвовать в принятии решений, касающихся помещений, в которых они размещены;*
- *Обеспечить эффективный контроль за местами содержания под стражей, как в государственном, так и в частном порядке содержания под стражей, с целью обеспечения безопасности всех лиц и устранения конкретных опасностей, связанных с сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью, гендерным самовыражением и половыми характеристиками.*

В заключение, тюремные власти должны учитывать особые потребности уязвимых групп в местах содержания под стражей и, кроме того, прилагать усилия для предотвращения дискриминации, стигматизации, преследований, эксплуатации, насилия, жестокого обращения и пыток в отношении этих групп. Защита и поддержка должны быть обеспечены без негативных последствий, таких как изоляция. В целом тюремные власти должны гарантировать, что все заключенные имеют возможность участвовать в повседневной жизни исправительного учреждения на справедливой основе.

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель должен знать права и особые потребности конкретных уязвимых групп и оценивать, в какой степени тюремная администрация соблюдает эти права и особые потребности, т.е. соответствие учреждения национальным и международным стандартам, удовлетворение потребностей этих групп заключенных на практике, выявлять случаи жестокого обращения с ними.

Во время контрольного посещения наблюдатель может попытаться отобрать заключенных для интервью на основании их пола, возраста, национальности, этнической принадлежности, религии или физических недостатков, если это может быть сделано путем наблюдения и если это приемлемо с этической точки зрения. В случае тематического посещения для мониторинга обращения с заключенными по определенному признаку (например, религиозная принадлежность, физическая инвалидность), об этом можно сообщить заключенным заранее, чтобы те, кто хочет поговорить с группой наблюдателей, имели такую возможность.

Интервью с заключенными всегда должны проводиться в самых безопасных для заключенных условиях и без риска репрессий со стороны сотрудников или других заключенных. Наблюдатель должен прилагать все возможные усилия для того, чтобы они чувствовали себя уверенно и в безопасности, разговаривая с ним. Настоятельно рекомендуется, чтобы наблюдатель, опрашивающий несовершеннолетних, имел опыт работы с детьми и подростками в вопросах социального обеспечения, а также ювенальной юстиции.

Наблюдатель должен расспросить руководство тюрьмы об общем подходе к уязвимым группам с особыми потребностями. Необходимо спросить, какие из уязвимых групп с особыми потребностями представлены в учреждении, каковы основные проблемы с каждой из этих групп, а также где и как они размещены в учреждении.

Интервью с заключенными должны быть направлены на получение информации о том, как они переживают жизнь в тюрьме, о повседневной деятельности, а также о доступном им лечении и поддержке. Для интервью следует попытаться выбрать как заключенных, не принадлежащих к уязвимой группе, так и заключенных, принадлежащих к ней. Необходимо спросить, подвергался ли человек дискриминации, стигматизации, преследованию, жестокому обращению и/или насилию со стороны других заключенных и/или тюремного персонала, а также удовлетворяются ли их особые потребности по защите, лечению и поддержке в данной тюрьме.

Интервью с тюремным медицинским персоналом должны в первую очередь быть сосредоточены на их роли в выявлении уязвимых групп и оценке их особых потребностей (например, при проведении первичного медицинского обследования), на наличии специального лечения и ухода для различных уязвимых групп, а также проходили ли они целевую подготовку по оказанию медицинской помощи лицам с особыми потребностями.

Собеседования с тюремными охранниками должны быть направлены на получение дополнительной информации о повседневной жизни в тюрьмах различных уязвимых групп. Это может, например, включать вопросы об условиях проживания, участии в деятельности, подверженности дискриминации, жестокому обращению, домогательствам, насилию, эксплуатации и/или стигматизации.

В течение всего мониторингового визита наблюдатель должен использовать свои навыки наблюдения, чтобы получить больше информации о том, как уязвимые группы с особыми потребностями живут и справляются с ситуацией в учреждении. Необходимо наблюдать за условиями проживания этих групп и оценивать их (с точки зрения их местонахождения и приспособленности к особым потребностям), а также изолированы ли несовершеннолетние заключенные от взрослых.

Последним источником информации, который наблюдатель с медицинской подготовкой должен использовать во время посещения, являются документы, в том числе любые письменные инструкции, журналы регистрации и медицинские карты, к которым можно получить доступ. Например, изучив медицинскую карту заключенного-трансгендера, можно выяснить, проходит ли он/она какое-либо гормональное лечение в случае, если в этом есть необходимость.

В процессе разработки заключения и рекомендаций наблюдатель должен сопоставить информацию, полученную из разных источников.

## Дополнительные материалы

Anon (2017). *The Yogyakarta Principles plus 10*. Available at: <https://yogyakartaprinciples.org/principles-en/>

APT (2018). *Towards the Effective Protection of LGBTI Persons Deprived of Liberty: A Monitoring Guide*. Association for the Prevention of Torture, Geneva. Available at: <https://www.apr.ch/en/resources/publications/towards-effective-protection-lgbti-persons-deprived-liberty-monitoring-guide>

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

DCI (2016). *Children's Rights behind Bars: Human Rights of Children Deprived of Liberty; Improving Monitoring Mechanisms*. Defence for Children International, Belgium, 2016. Available at: <https://defenceforchildren.org/wp-content/uploads/2015/07/Childrens-right-Behind-Bars-A-European-Overview.pdf>

DCI (2016). *Practical guide, monitoring places where children are deprived of their liberty*. Defence for Children International, Belgium, 2016. Available at: <https://defenceforchildren.org/wp-content/uploads/2016/02/DCI-Practical-GuideEN.pdf>

OSCE & PRI (2018). *Guidance Document on the Nelson Mandela Rules: Implementing the United Nations Revised Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*. OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights and Penal Reform International. 2018. Available at: [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/07/MR\\_Guidance\\_Doc.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/07/MR_Guidance_Doc.pdf)

UN (1985). *United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (The Beijing Rules)*. United Nations, 1985. Available at: <https://www.ohchr.org/documents/professionalinterest/beijingrules.pdf>

UN (1990). *UN Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty*. United Nations, 1990. Available at: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/JuvenilesDeprivedOfLiberty.aspx>

UN (2008). *Convention on the Rights of persons with Disabilities*. United Nations. Available at: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

UNODC (2009). *Handbook on Prisoners with Special Needs*. United Nations Office on Drugs and Crime, New York, 2009. Available at: [https://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/Handbook\\_on\\_Prisoners\\_with\\_Special\\_Needs.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_Prisoners_with_Special_Needs.pdf)

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1)



## 5.9. Особые потребности заключенных женщин и их детей

Более 700 000 женщин и девочек содержатся в пенитенциарных учреждениях по всему миру. Они составляют лишь незначительное меньшинство заключенных, обычно от 2% до 9% от общего числа заключенных в стране. Хотя доля женщин в общей численности заключенных невелика, количество женщин-заключенных резко возросло за последние годы и увеличивается более высокими темпами, чем количество заключенных-мужчин.<sup>363</sup> Тюрьмы, как правило, строятся мужчинами и для мужчин, при этом мало внимания уделяется потребностям женщин. Специфические потребности женщин часто упускаются из виду в различных сферах, включая здравоохранение, меры безопасности, контакты с семьей и возможности для работы.<sup>364</sup>

В целом у женщин-заключенных больше потребностей с точки зрения здоровья, чем у мужчин заключенных, и они отличаются. Они включают потребность в уходе с учетом гендерных аспектов, в том числе потребность в уходе за репродуктивным здоровьем. Потребности женщин включают, например, более регулярное использование душа и средств личной гигиены во время менструации, а также потребность в бесплатных гигиенических прокладках и т. п. Слишком часто такие нормальные человеческие функции женщины, как менструация, вызывают затруднения в условиях тюрьмы, например, тюремные охранники или тюремный медицинский персонал отвечают за выдачу женщинам гигиенических прокладок.<sup>365</sup>

Исследования показывают, что потребности в психическом здоровье женщин-заключенных во всем мире различны, и что в целом, по сравнению с мужчинами-заключенными, женщины заключенные чаще страдают психическими расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством и наркотической зависимостью. Кроме того, распространенность ВИЧ и других инфекционных заболеваний часто выше среди заключенных-женщин, они более склонны к самоповреждению и самоубийству, чем заключенные-мужчины.<sup>366</sup>

Многие женщины с детьми самостоятельно ухаживают за своими детьми. Во многих странах дети, рожденные женщинами в заключении, могут оставаться в тюрьме со своей матерью, а очень маленьких детей помещают в тюрьму с матерью. В таких случаях потребности детей всегда должны быть на первом месте, когда речь идет о решении относительно продолжительности пребывания женщин в месте содержания под стражей.<sup>367</sup> Возраст, до которого ребенок может оставаться с матерью в тюрьме, варьируется от одного года до шести лет<sup>368</sup> в зависимости от страны и даже внутри страны одной страны, как и условия, в которых они могут оставаться с матерью. К сожалению, помещения и окружающая среда часто не приемлемы для детей и не отвечают условиям за пределами тюрьмы. В некоторых странах, например в Камеруне, беременные женщины, кормящие

---

363 Walmsley (2017). *World Female Imprisonment List*. World Prison Brief, Institute for Criminal Policy Research, University of London, Fourth edition, 2017. Available at: [http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world\\_female\\_imprisonment\\_list\\_third\\_edition\\_0.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_imprisonment_list_third_edition_0.pdf)

364 WHO/Europe & UNODC (2009). *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. World Health Organization Regional Office for Europe & United Nations Office on Drugs and Crime, 2009. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76513/E92347.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf)

Van den Bergh et al (2011). Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 689–694. Available at: <https://doi.org/10.2471/BLT.10.082842>

Van Kempen and Krabbe (& UN) (2017). *Women in Prison: A Transnational Perspective*. *Women in prison: the Bangkok Rules and beyond*. Available at: <http://www.epea.org/wp-content/uploads/Women-in-prison-Bangkok-rules-and-beyond.pdf>

365 WHO/Europe & UNODC (2009). *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. World Health Organization Regional Office for Europe & United Nations Office on Drugs and Crime, 2009. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76513/E92347.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf)

366 Van den Bergh et al (2011). Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 689–694. Available at: <https://doi.org/10.2471/BLT.10.082842>

367 WHO/Europe & UNODC (2009). *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. World Health Organization Regional Office for Europe & United Nations Office on Drugs and Crime, 2009. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76513/E92347.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf)

368 WHO/Europe & UNODC (2009). *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. World Health Organization Regional Office for Europe & United Nations Office on Drugs and Crime, 2009. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76513/E92347.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf)

матери и их дети содержатся в тюрьмах, хотя уголовные кодексы этих стран не допускают этого. Следовательно, нет возможности удовлетворить потребности этих женщин и их детей.<sup>369</sup>

Существует много дискуссий о том, в интересах ли ребенка оставаться в тюрьме со своей матерью, и это, конечно, зависит от многих факторов, включая (психическое) состояние здоровья матери, наличие адекватного ухода за пределами тюрьмы со стороны отца или другого члена семьи, а также условий и повседневных занятий, доступных ребенку в тюрьме.

Исследования показывают, что, хотя причинно-следственные связи неясны, дети заключенных в два раза чаще страдают проблемами психического здоровья, чем дети, родители которых не находятся в заключении.<sup>370</sup> Это относится ко всем детям, независимо от того, остаются ли они в тюрьме со своей матерью или с другими опекунами в обществе. Находясь в тюрьме, проживание в плохих условиях и отсутствие доступа к надлежащему уходу может фактически ухудшить их положение.

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Неспособность тюремных властей удовлетворить особые потребности женщин и их детей в своих учреждениях может быть приравнена к бесчеловечному и унижающему достоинство обращению. Например, если женщине необходимо пройти гинекологический осмотр у врача-мужчины, но это противоречит ее религии. Кроме того, отсутствие доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья в целом и плохое питание беременных женщин, безусловно, могут быть приравнены к жестокому обращению. Примеры жестокого обращения с детьми – отсутствие для них возможности проводить какое-то время на свежем воздухе, отсутствие мер по решению проблем с психическим здоровьем детей.

Чтобы удовлетворить потребности женщин (и их детей) в местах заключения, тюремные власти должны следить, чтобы тюремный персонал принимал надлежащие меры безопасности, защиту от физического и психологического насилия и жестокого обращения. Насилие в тюрьмах, где содержатся женщины, имеет место среди самих женщин, а также в отношении женщин со стороны мужчин и может включать физическое, психологическое и сексуальное насилие, включая сексуальные домогательства, изнасилования и жестокое обращение.<sup>371</sup>

В 2014 году организация DIGNITY провела исследование среди женщин, содержащихся под стражей в пяти странах (Албании, Гватемале, Иордании, Филиппинах и Замбии), которое показало, что в ряде случаев условия содержания и лечения беременных женщин не отвечают международным стандартам:

*«Представители DIGNITY опросили женщин, задержанных на последних сроках беременности. Все страдали тревожностью опасной степени. В одном случае заключенная на Филиппинах решила рожать в плохо оборудованной тюремной клинике, потому что она не полностью понимала, какие есть альтернативы. Другая женщина, находившаяся на восьмом месяце беременности, сообщила DIGNITY, что к данным ее медицинской карты не изучались и результаты наблюдения ее врача не учитывались, хотя она рожала в заключении. Как уже отмечалось, на Филиппинах женщинам до сих пор иногда надевают кандалы во время родов - неприемлемая практика, которая вызывает сильный дискомфорт и беспокойство и нарушает международные стандарты»<sup>372</sup>*

Другой пример нарушения прав женщины касается проверки на девственность. Проверка на девственность является дискриминационной, унижительной и причиняет боль и страдания.

369 Linonge-Fontebo & Rabe (2015). Mothers in Cameroonian Prisons: Pregnancy, Childbearing and Caring for Young Children. *African Studies*, 74(3), 290–309. Available at: <https://doi.org/10.1080/00020184.2015.1068000>

370 Murray et al. (2009). *Effects of parental imprisonment on child antisocial behaviour and mental health: a systematic review*. *Campbell Syst Rev*, 4 (2009). Available at: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/229378.pdf>

371 Van Hout & Mhlanga-Gunda (2018). Contemporary women prisoners health experiences, unique prison health care needs and health care outcomes in sub Saharan Africa: a scoping review of extant literature. *BMC International Health and Human Rights*, 18(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0170-6>

372 DIGNITY (2014). *Conditions for women in detention: needs, vulnerabilities and good practices*. DIGNITY - Danish Institute against Torture, Copenhagen, 2014. Другой пример нарушения прав человека женщины касается проверки на девственность. Проверка на девственность является дискриминационной, унижительной и причиняет боль и страдания. Это вторжение в частную жизнь женщины, и его можно рассматривать как форму жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или даже пыток или изнасилования. Available at: [https://dignity.dk/wp-content/uploads/publication\\_series\\_no7.pdf](https://dignity.dk/wp-content/uploads/publication_series_no7.pdf)

Это вторжение в частную жизнь женщины, и его можно рассматривать как форму жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или даже пыток или изнасилования.<sup>373</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Некоторые из Правил Нельсона Манделы (11а, 28 и 29) имеют особое значение при мониторинге мест содержания женщин под стражей. В них указывается, что тюремная администрация должна обеспечить раздельное размещение мужчин и женщин. Для дородового и послеродового ухода и лечения необходимы специальные приспособления. Женщины-заключенные должны рожать в больнице за пределами тюрьмы, но если ребенок все равно рождается в тюрьме, это не должно указываться в его/ее свидетельстве о рождении. В отношении детей заключенных говорится, что решение о том, следует ли разрешить ребенку оставаться с родителем в тюрьме (обычно с матерью), должно приниматься исходя из интересов ребенка и что в случае, если детям разрешено оставаться с родителями в тюрьме, для этого должны быть предусмотрены особые условия.

В декабре 2010 года Генеральная Ассамблея ООН приняла Бангкокские правила, то есть Правила ООН по обращению с женщинами-заключенными и мерам, не связанным с тюремным заключением, для женщин-правонарушителей, опубликованные в 2011 году.<sup>374</sup> Бангкокские правила состоят из 70 правил, учитывающих особые характеристики и потребности женщин правонарушителей и заключенных, и, в дополнение к Правилам Нельсона Манделы, являются ключевым ориентиром при мониторинге мест содержания под стражей женщин (и их детей).

Следующие Бангкокские правила особенно важны при мониторинге состояния здоровья женщин заключенных и их детей, а также доступными для них лечением и поддержкой:

## **5. Личная гигиена**

### **Правило 5**

*Для женщин-заключенных должны быть оборудованы помещения и предоставлены материалы, необходимые для удовлетворения особых гигиенических потребностей женщин, в том числе бесплатные гигиенические прокладки и регулярный запас воды для личного ухода за детьми и женщинами, в особенности для женщин, которые готовят пищу, для беременных и кормящих грудью, а также во время менструации.*

## **6. Медицинские услуги**

### **(а) Первичный медицинский осмотр**

#### **Правило 6**

*Обследование состояния здоровья женщин-заключенных должно включать всестороннее обследование для определения первичных медицинских потребностей, а также чтобы выявить:*

- a) наличие заболеваний, передающихся половым путем или болезней, передающихся через кровь; и, в зависимости от факторов риска, женщинам-заключенным также может быть предложено пройти тестирование на ВИЧ с консультацией врача до и после тестирования;
- b) потребности в психиатрической помощи, включая посттравматическое стрессовое расстройство и риск суицида и самоповреждения;
- c) история репродуктивного здоровья женщины-заключенной, включая текущую или недавнюю беременность, роды и любые связанные с этим проблемы репродуктивного здоровья;
- d) наличие наркотической зависимости;

373 Independent Forensic Expert Group (2015). Statement on virginity testing. *Journal of Forensic and Legal Medicine Volume 33, July 2015, Pages 121-124*. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2015.02.012>

374 UN (2011). *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules)*. United Nations, New York, 2011. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok\\_Rules\\_ENG\\_22032015.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ENG_22032015.pdf)

- е) сексуальное насилие и другие формы насилия, которым женщины могли подвергнуться до заключения.

#### **Правило 7**

1. Если установлен факт изнасилования или других форм насилия до или во время задержания, женщина-заключенная должна быть проинформирована о ее праве обратиться за помощью в судебные органы. Женщина-заключенная должна быть полностью проинформирована о процедурах и действиях, связанных с этим. Если женщина-заключенная соглашается подать в суд, сотрудники тюрьмы должны быть проинформированы и немедленно передать дело в компетентный орган для расследования. Тюремная администрация должна помочь таким женщинам получить юридическую помощь.
2. Независимо от того, решила ли женщина подать в суд, тюремные власти должны стремиться обеспечить ей немедленную специализированную психологическую поддержку или консультации.
3. Должны быть разработаны особые меры безопасности, чтобы защитить тех женщин, которые подают в суд или предпринимает другие правовые действия.

#### **Правило 8**

Всегда должно соблюдаться право женщин-заключенных на врачебную тайну, включая, в частности, право не разглашать информацию и не проходить обследование в отношении их репродуктивного здоровья.

#### **Правило 9**

Если женщина находится в заключении с ребенком, этот ребенок также должен пройти медицинский осмотр, предпочтительно у специалиста по детскому здоровью, для определения необходимости лечения и медицинского обслуживания. Должна быть обеспечена соответствующая медицинская помощь, эквивалентная той, что предоставляется населению в целом.

### **(b) Гендерно-ориентированная медицинская помощь**

#### **Правило 10**

1. Женщинам, находящимся в заключении, должны предоставлять гендерно-ориентированные медицинские услуги, эквивалентные тем, что предоставляются населению в целом.
2. Если женщина-заключенная просит, чтобы ее обследовала или лечила женщина-врач или медсестра, нужно приложить все усилия, чтобы удовлетворить такую просьбу, за исключением ситуаций, требующих срочного медицинского вмешательства. Если практикующий врач-мужчина проводит осмотр вопреки желанию заключенной-женщины, во время осмотра должна присутствовать сотрудник-женщина.

#### **Правило 11**

1. Во время медицинского осмотра должен присутствовать только медицинский персонал, за исключением случаев, когда врач просит сотрудника тюрьмы присутствовать по соображениям безопасности, или женщина-заключенная просит, чтобы сотрудница тюрьмы присутствовала при осмотре, как указано в пункте 2 правила 10 выше.
2. Если необходимо, чтобы во время медицинского осмотра присутствовал немедицинский персонал тюрьмы, таким персоналом должны быть женщины, и осмотры должны проводиться таким образом, чтобы гарантировать неприкосновенность частной жизни, достоинство и конфиденциальность.

### **(c) Психическое здоровье и уход**

#### **Правило 12**

Для женщин-заключенных с проблемами психического здоровья, находящихся в тюрьме или подвергающихся мерам, не связанным с лишением свободы, организуются индивидуальные,

учитывающие гендерные факторы и перенесенные стрессы комплексные программы психиатрического лечения и реабилитации.

### **Правило 13**

Сотрудники тюрьмы информируются о периодах, когда женщины могут испытывать особый стресс, с тем чтобы они чутко относились к положению последних и обеспечивали оказание женщинам необходимой поддержки.

## **(d) Профилактика и лечение ВИЧ, уход и поддержка**

### **Правило 14**

При разработке мер в связи с ВИЧ/СПИДом в тюрьмах в соответствующих программах и услугах учитываются особые потребности женщин, включая предотвращение передачи вируса от матери ребенку. В этой связи тюремная администрация поощряет и поддерживает разработку инициатив по профилактике и лечению ВИЧ и уходу за ВИЧ-инфицированными, таких как просветительская работа в однородных по своему составу группах. (е) Программы лечения наркотической зависимости и токсикомании

### **Правило 15**

Медицинские службы в местах заключения организуют специализированные программы лечения женщин-наркоманок или токсикоманок или содействуют их осуществлению с учетом прежней виктимизации, особых потребностей беременных женщин и женщин с детьми, а также различий в их культуре.

## **(f) Профилактика суицида и самоповреждения**

### **Правило 16**

Частью комплексной политики в области охраны психического здоровья женщин, находящихся в местах заключения, являются разработка и осуществление — в сотрудничестве со службами охраны психического здоровья и службами социального обеспечения — стратегий профилактики суицида и членовредительства среди женщин-заключенных и оказание надлежащей, учитывающей гендерные факторы специализированной поддержки склонным к этому женщинам.

## **(g) Профилактическая работа по охране здоровья**

### **Правило 17**

Женщины-заключенные проходят обучение и получают информацию по вопросам профилактики заболеваний, в том числе ВИЧ, заболеваний, передающихся половым путем, и других заболеваний, переносимых с кровью, а также по гендерным аспектам охраны здоровья.

### **Правило 18**

В интересах женщин-заключенных принимаются профилактические меры по охране здоровья, имеющие отношение непосредственно к женскому организму, такие как тест Папаниколау и обследование на наличие онкологических заболеваний молочной железы и мочеполовой системы, наравне с женщинами того же возраста в общине.

Бангкокские правила также включают правила, конкретно касающиеся детей, находящихся с матерью в тюрьме, и проблемы их разлучения. В дополнение к тому, что включено в Правила Нельсона Манделы, говорится, что женщинам-заключенным, дети которых находятся в тюрьме вместе с ними, должны быть предоставлены максимальные возможности проводить время со своими детьми. Более того, правила 51 и 52 гласят, что:

### **Правило 51**

1. Детям, проживающим со своими матерями в исправительном учреждении, предоставляется постоянное медицинское обслуживание, а за их развитием следят специалисты в сотрудничестве с общинными службами здравоохранения.

2. Для воспитания таких детей создаются условия, максимально приближенные к условиям воспитания детей за пределами исправительного учреждения.

### **Правило 52**

1. Решения о том, в каком возрасте ребенок должен быть разлучен со своей матерью, принимаются исходя из индивидуальной оценки и наилучшего обеспечения интересов детей согласно соответствующему внутреннему законодательству.
2. Перевод ребенка из исправительного учреждения производится в деликатной манере, только после определения альтернативных механизмов ухода за ребенком и – в случае заключенных, являющихся иностранными гражданами, – в консультации с консульскими работниками.
3. После разлучения детей с их матерями и помещения их в семью, к родственникам или в альтернативные места ухода за ними женщинам-заключенным предоставляются самые широкие возможности и условия для встреч со своими детьми, если это отвечает наилучшему обеспечению интересов детей и не ставит под угрозу общественную безопасность.

### **Методология проведения мониторинга**

Наблюдатель должен быть знаком с правами и особыми потребностями женщин и их детей в месте содержания под стражей и оценивать, в какой степени администрация тюрьмы соблюдает эти права и потребности, т. е. соответствие национальным и международным стандартам.

В 2011 году после утверждения Декларации о здоровье женщин в тюрьмах от 2009 года<sup>375</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ и Управление Организации объединенных наций по вопросам наркотиков и преступности совместно выпустили публикацию по общим подходам к охране здоровья женщин в тюрьмах, включающую руководство по действиям и контрольные чек-листы.<sup>376</sup> Публикация является очень полезным инструментом при мониторинге мест содержания под стражей для женщин, поскольку она затрагивает различные аспекты, которые необходимо изучить при оценке их здоровья и доступных им медицинских услуг. В него включены вопросы, которые следует адресовать непосредственно администрации и медицинскому персоналу тюрьмы.

Во время мониторингового визита наблюдатель должен спросить руководство тюрьмы об общем подходе к вопросам охраны здоровья женщин и его практическом воплощении. Например, вопросы могут включать в себя гендерный баланс среди персонала, работающего с женщинами заключенными, имеют ли женщины возможность наблюдения у врача-женщины и доступны ли для сотрудников тренинги по гендерным вопросам. Руководство также можно спросить о случаях сексуального насилия (как со стороны сотрудников, так и со стороны заключенных).

Интервью с женщинами-заключенными должны быть направлены на получение информации об их повседневной жизни в тюрьме, удовлетворяются ли их потребности тюремной администрацией и тюремными службами охраны здоровья. Например, в каких условиях они содержатся, что включает их повседневная деятельность, есть ли у них возможность получить медицинскую помощь по женским болезням у врача-женщины. Женщин также можно спросить об их взаимодействии с тюремным персоналом-мужчинами и о том, как они его оценивают. В случае, когда женщина отбывает срок тюремного наказания с ребенком, необходимо выяснить, оказывается ли ребенку медицинская помощь и создаются ли условия, пригодные для его жизни.

Интервью с тюремным медицинским персоналом должны в первую очередь быть направлены на оказание медицинских услуг с учетом гендерных особенностей женщин. В центре внимания должна быть охрана репродуктивного здоровья, например, вопросы о возможности для женщин получить консультацию гинеколога, а также о средствах и конкретных медицинских услугах, доступных для беременных и кормящих женщин.

---

375 WHO/Europe & UNODC (2009). *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. World Health Organization Regional Office for Europe & United Nations Office on Drugs and Crime, 2009. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76513/E92347.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf)

376 WHO/Europe & UNODC (2011). *Women's health in prison: action guidance and checklists to review current policies and practices*. World Health Organization Regional Office for Europe & United Nations Office on Drugs and Crime, 2011. Available at: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO\\_UNODC\\_2011\\_Checklist\\_Womens\\_health\\_in\\_prison.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO_UNODC_2011_Checklist_Womens_health_in_prison.pdf)

Интервью с тюремными охранниками должны быть в первую очередь направлены на получение дополнительной информации о повседневной жизни женщин-заключенных, включая условия проживания, доступ к душевым, получение гигиенических прокладок и условия для беременных и кормящих женщин.

Наблюдатель должен использовать свои навыки наблюдения в течение всего контрольного визита, наблюдая за жилыми помещениями, жилыми помещениями и объектами, в которых проживают женщины.

Изучение имеющихся документов предоставит дополнительную информацию о том, как в учреждении решается вопрос о гендерных потребностях женщин-заключенных. Медицинские карты могут содержать информацию о доступе к медицинской помощи с учетом гендерной специфики, включая услуги по охране репродуктивного здоровья и консультации гинеколога. Когда дети находятся в учреждении со своей матерью, медицинские карты детей должны быть проверены на предмет их предоставляемых медицинских услуг, регулярных осмотров и вакцинации.

В процессе разработки заключения и рекомендаций наблюдатель должен сопоставлять информацию, полученную из разных источников.

### **Дополнительные материалы**

APT (2019). *Detention Focus: Women*. Association for the Prevention of Torture, 2019. Available at: <https://www.apr.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database/groups-situations-vulnerability/women>

UN (2011). *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules)*. United Nations, New York, 2011. Available at: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok\\_Rules\\_ENG\\_22032015.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ENG_22032015.pdf)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WHO/Europe & UNODC (2009). *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. World Health Organization Regional Office for Europe & United Nations Office on Drugs and Crime, 2009. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76513/E92347.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf)

WHO/Europe & UNODC (2011). *Women's health in prison: action guidance and checklists to review current policies and practices*. World Health Organization Regional Office for Europe & United Nations Office on Drugs and Crime, 2011. Available at: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO\\_UNODC\\_2011\\_Checklist\\_Womens\\_health\\_in\\_prison.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO_UNODC_2011_Checklist_Womens_health_in_prison.pdf)

## 5.10. Насилие

По определению Всемирной организации здравоохранения насилие – это «преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб.»<sup>377</sup>

Насилие в местах содержания под стражей может проявляться в различных формах, включая физическое, психологическое (угрозы, издевательства или унижение) и сексуальное насилие/нападения/изнасилование. Насилие также делится на следующие категории:

1. Насилие между заключенными.
2. Насилие между заключенными и тюремным персоналом. Это можно разделить на две категории:
  - Насилие со стороны заключенных по отношению к персоналу, которое может даже включать беспорядки, когда сотрудникам приходится защищаться, защищать других заключенных и документацию с необходимым применением силы.
  - Насилие со стороны персонала по отношению к заключенным, включая жестокое обращение, пытки и чрезмерное применение силы.

Насилие заключенных по отношению к самим себе приравнивается к самоповреждению или самоубийству, и поэтому рассматривается в соответствующей главе, посвященной самоповреждению и суициду в данном разделе. Эта глава посвящена исключительно двум вышеуказанным категориям насилия.

### Частота насилия в местах заключения

Насилие (между заключенными и между заключенными и персоналом) существует в тюрьмах во всем мире, а также в странах с высоким, средним и низким уровнем доходов. Согласно исследованиям глобальных тенденций в тюремной системе, проведенным «Penal Reform International», семь заключенных были убиты в американском штате Алабама, главный омбудсмен обнаружил «неприемлемый» уровень насилия в тюрьмах Новой Зеландии, а тюремные беспорядки в 2017, которые имели место в нескольких странах, включая Филиппины, Индонезию, Нигерию, Конго и Южную Африку, привели к гибели заключенных.<sup>378</sup>

С насилием могут столкнуться все заключенные (и тюремный персонал), но определенные группы заключенных подвергаются повышенному риску насилия со стороны других заключенных или сотрудников. К ним относятся, например, ЛГБТИ, иностранные граждане, заключенные с проблемами психического здоровья, этнические/религиозные меньшинства, а также лица, совершившие сексуальные преступления.<sup>379</sup> В некоторых учреждениях насилие между соперничающими группировками представляет собой серьезную проблему, как из-за высокой частоты, так и из-за серьезности насилия.

Как описано в публикации ВОЗ «Тюрьмы и здоровье», 25% заключенных (мужчин и женщин) подвергаются насилию во время пребывания в тюрьме, а в некоторых учреждениях 20% заключенных подвергаются насилию со стороны сотрудников и заключенных. Кроме того, 4-5% подверглись сексуальному насилию, а 1-2% были изнасилованы.<sup>380</sup> Эти цифры различаются в зависимости от учреждения, региона и страны, при этом следует учитывать занижение данных.

377 WHO/Europe & UNODC (2009). *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. World Health Organization Regional Office for Europe & United Nations Office on Drugs and Crime, 2009. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76513/E92347.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf)

378 PRI (2018). *Global Prison Trends 2018*. Penal Reform International, United Kingdom, 2018. Available at: [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI\\_Global-Prison-Trends-2018\\_EN\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI_Global-Prison-Trends-2018_EN_WEB.pdf)

379 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)  
Wolff et al (2007). Physical Violence Inside Prisons: Rates of Victimization. *Crim. Justice Behav.* 34, 588–599. Available at: <https://doi.org/10.1177/0093854806296830>

380 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)



В целом, заключенные-мужчины чаще подвергаются насилию как со стороны заключенных, так и со стороны персонала, чем заключенные-женщины. В то же время сотрудницы тюрьмы продемонстрировали эффект снижения уровня насилия в тюрьмах.<sup>381</sup>

Неопубликованные данные исследования, проведенного «DIGNITY», показали, что из общего числа обследованных 454 заключенных в пяти странах (Гондурас, Филиппины, Косово, Албания и Сьерра-Леоне), 6 из 10 заключенных сообщили, что подвергались насилию со стороны сотрудников исправительных учреждений (физическим, психологическим и сексуальным). Примерно половина из них подверглась физическому насилию, а еще больше - психологическому насилию со стороны сотрудников.

Насилие в местах содержания под стражей часто трудно точно оценить, потому что эти факты умалчиваются, а показатели часто занижаются. Насилие в большинстве случаев является незаконным и наказуемым, поэтому сообщения заключенных о насилии, совершенном другими заключенными или тюремным персоналом, могут привести к репрессиям и мести. Это даже чаще случается в случае сексуального насилия.

### **Причины насилия в местах лишения свободы**

К сожалению, в местах заключения насилие – это частое явление. Размещение широкого круга людей с разным происхождением и взглядами, многие из которых официально имеют опыт совершения насильственных действий и/или проблемы с психическим здоровьем, затрудняет предотвращение насилия, особенно в переполненных тюрьмах с плохими условиями содержания.

Насилие между заключенными часто связано с соперничеством между группировками, переполненностью камер, личными конфликтами и структурой тюрем, способствующей применению насилия. Физическая агрессия может быть импульсивной или же хорошо спланированным действием. Сюда входит психологическое, сексуальное насилие, избиения и нападения с применением самодельного оружия, включая ножи, бритвы и т. д. Когда многие заключенные участвуют в насилии, это называется тюремным бунтом. Они часто привлекают широкое внимание средств массовой информации и часто связаны с соперничеством между группировками (насилие между заключенными) или могут быть реакцией, вызванной общим недовольством заключенных условиями и обращением в месте заключения и направленной против персонала (насилие со стороны заключенных/бунт).

В некоторых тюрьмах развивающихся стран остро ощущается нехватка персонала, поэтому заключенные выстраивают между собой иерархию, в которой одни заключенные отвечают за других. Это часто связано с применением насилия, которое трудно предотвратить и отреагировать из-за нехватки персонала.

Когда насилие в местах лишения свободы связано с наркотиками и деньгами, причиной часто является коррупция. Например, заключенных, таких как члены банды низшего звена в иерархии, могут заставить контрабандой провозить наркотики, и они особенно уязвимы в случае неудачи. Когда речь идет о больших суммах денег, и все контролируют сотрудники и «сильные» заключенные. Более того, конкурирующие группировки могут бороться за доступ к рынку наркотиков как внутри, так и за пределами тюрьмы, а лидеры могут принуждать заключенных выплачивать долги насильственными методами.

### **Актуальность превентивного мониторинга**

Тюремная администрация обязана предотвращать насилие в местах лишения свободы, совершаемое сотрудниками или заключенными. Это включает использование средств для снижения насилия, когда оно имеет место, а также применение превентивных мер. Действия по минимизации насилия в тюрьмах, включают, например, выявление заключенных, подвергающихся риску (уязвимые группы)

---

381 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)  
Wolff et al (2007). Physical Violence Inside Prisons: Rates of Victimization. *Crim. Justice Behav.* 34, 588–599. Available at: <https://doi.org/10.1177/0093854806296830>

и обеспечение защиты (например, недопущение совместного пребывания<sup>382</sup>), уменьшение слепых зон в учреждении (вне поля зрения/слышимости тюремного персонала и/или камер наблюдения), а также обучение тюремного персонала тому, как предотвратить насилие и как действовать в случае применения насилия. Следует избегать конфликтов между сотрудниками и заключенными, создавая отношения, основанные на уважении и общении. Важной частью профилактики насилия является урегулирование конфликтов до того, как они перерастут в насилие и/или применение силы (динамическая безопасность).

Все вышеуказанное распространяется на любое посягательство на достоинство, физическую или психическую неприкосновенность человека, которое может варьироваться от отсутствия защиты до жестокого обращения и пыток, как показано в приведенном ниже случае. Это дело описано в отчете «Жестокое обращение с задержанными: дела по статьям 2 и 3 в Европейском суде по правам человека», опубликованном Фондом справедливости открытого общества в 2014 году.<sup>383</sup> В отчете представлены краткие сведения о решениях Европейского суда по статьям 2 и 3 прав человека.

*Д.Ф. против Латвии (2013).*

*Дело касалось жалобы Д.Ф. на то, что, как бывший оплачиваемый осведомитель полиции и сексуальный преступник, он постоянно подвергался риску насилия со стороны своих сокамерников, когда отбывал заключение в Даугавпилсской тюрьме с 2005 по 2006 год, и что латвийские власти не смогли перевести его в более безопасное место содержания под стражей. В 2006 году заявитель был признан виновным в изнасиловании и непристойном нападении на несовершеннолетних и приговорен к тринадцати годам лишения свободы. Его продержали в Даугавпилсской тюрьме более года, где, как утверждает, он подвергался насилию со стороны других заключенных, поскольку они знали, что он действовал в качестве осведомителя полиции и был сексуальным преступником. Тюремная администрация часто переводила его из одной камеры в другую, подвергая его риску насилия со стороны большого числа других заключенных. Он неоднократно ходатайствовал о переводе в специальную тюрьму с отделением для заключенных, которые работали или сотрудничали с полицией. Однако его запросы неоднократно отклонялись, поскольку администрация тюрьмы не нашла подтверждения тому, что он был осведомителем полиции. В конце концов его перевели в особую тюрьму.*

Суд постановил, что из-за неспособности властей эффективно координировать действия Д.Ф. подвергался страху неминуемого жестокого обращения более года, несмотря на то, что власти знали о существовании такого риска. Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (ЕКПП) обнаружил, что заключенные, обвиняемые в сексуальных преступлениях, подвергаются повышенному риску насилия со стороны других заключенных и неоднократно выражал особую озабоченность по поводу такого насилия в Даугавпилсской тюрьме. Администрация тюрьмы четко осознавала характер обвинений против заявителя и риск, которому он подвергался. Кроме того, в государственных структурах хранилась информация о сотрудничестве заявителя с полицией в прошлом, но передача этой информация не налажена. Суд единогласно постановил, что имело место нарушение статьи 3 Конвенции (запрещение бесчеловечного и унижающего достоинство обращения).

Применение персоналом мер физического сдерживания к заключенным, которое в некоторых случаях может рассматриваться как форма насилия, рассматривается в соответствующей главе раздела 4. Насилие со стороны персонала над заключенными, которое включает пытки, рассматривается в разделе 6.

### **Международные стандарты и руководства**

В правиле 1 Правил Нельсона Манделы говорится, что «Все заключенные должны пользоваться уважительным отношением вследствие присущего им достоинства и их ценности как человеческой личности. Ни один заключенный не должен подвергаться пыткам и другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания, все заключенные должны быть защищены от них, и никакие обстоятельства не могут служить оправданием для них. Должна

382 Например, в Дании члены конкурирующих банд размещены в отдельных частях учреждения, чтобы не было между ними контактов и конфликтов.

383 OSJI (2014). *Abuse of Detainees: Article 2 and Article 3 cases before the ECHR*. Open Society Justice Initiative, New York, 2014. Available at: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/briefing-ECHR-art%202-3-cases-20150505.pdf>

*постоянно обеспечиваться охрана и безопасность заключенных, персонала, лиц, предоставляющих услуги, и посетителей.»*

Правило 2 (п. 2) касается ответственности тюремной администрации по защите уязвимых заключенных: *«в целях практического применения принципа недискриминации тюремной администрации следует учитывать индивидуальные потребности заключенных, в частности наиболее уязвимых категорий заключенных, находящихся в условиях тюремного заключения. Необходимо принимать меры для защиты и поощрения прав заключенных с особыми потребностями, и такие меры не должны считаться дискриминационными.»*

Правило 34 указывает, какие меры необходимо принимать, если медицинский работник замечает признаки насилия: *«Если в ходе осмотра заключенного при поступлении или оказании заключенному медицинской помощи впоследствии медицинским специалистам становится известно о каких-либо признаках пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания, они должны документировать такие случаи и сообщать о них компетентным медицинским, административным или судебным органам. Следует соблюдать надлежащие процессуальные гарантии, для того чтобы не подвергнуть заключенного или связанных с ним лиц предполагаемому риску причинения вреда.»*

Ассоциация по предотвращению пыток (АПТ) рекомендует следующие меры для ограничения насилия между заключенными, некоторые из которых также отражены в Правилах Нельсона Манделы ООН:

- Раздельное содержание разных категорий заключенных.
- Тщательный выбор заключенных, которые содержатся в одной камере.
- Легкодоступная и конфиденциальная система подачи жалоб.
- Достаточное количество обученного персонала.
- Воздержание от привлечения заключенных к дисциплинарным мерам или выполнения контролирующих функций.
- Хорошо организованная и заметная политика «борьбы с издевательствами».<sup>384</sup>

Для защиты уязвимых заключенных тюремная администрация должна тщательно классифицировать заключенных и держать уязвимых вне досягаемости «сильных» и агрессивных заключенных, за которыми следует осуществлять особое наблюдение.

Выявление лиц, которым грозит опасность стать жертвой насилия, и лиц, которые могут быть потенциальным источником насилия, является ключевым элементом предотвращения насилия. В соответствии с рекомендациями Европейского регионального бюро ВОЗ первичное медицинское обследование – это хороший способ выявить уязвимых заключенных и тех, кто подвергся насилию до заключения и/или имеют физические признаки насилия, а медицинские работники могут дать рекомендации этим заключенным или группам заключенных, соблюдая при этом конфиденциальность.<sup>385</sup>

Случаи насилия, замеченные тюремным медицинским персоналом, должны быть расследованы и классифицированы соответствующим образом. Например, если обнаружены признаки травм и повреждений, необходимо провести расследование для предотвращения насилия в будущем. В некоторых странах каждый случай телесного повреждения освидетельствует судмедэксперт.

Регистрация и документирование случаев насилия (между заключенными, между сотрудниками и заключенными, а также насилие, пережитое заключенным до прибытия) и других повреждений является обязанностью медицинских работников и администрации тюрьмы. Данные обследования помогают выявить причину насилия и, следовательно, помочь в предотвращении насилия и травм в учреждении. В определенных случаях проблемы, приводящие к насилию в тюрьме, можно решить

384 APT (2004). *Monitoring places of detention: a practical guide*. Association for the Prevention of Torture, Geneva, 2004. Available at: [https://www.ap.t.ch/content/files\\_res/monitoring-guide-en.pdf](https://www.ap.t.ch/content/files_res/monitoring-guide-en.pdf)

385 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

только при вмешательстве вышестоящих органов, в связи с этим собранная информация может быть полезна при обсуждении этих проблем в органах, принимающих решения.

Медработники должны, насколько это возможно, документировать следы насилия и принимать соответствующие меры. Если это вообще возможно, рекомендуется, чтобы тюремные медицинские работники отчитывались перед независимым органом, что гарантировало бы защиту заключенных от репрессий. Независимым органом может быть, например, Министерство здравоохранения или правозащитная организация. Сообщение о случаях применения насилия может быть сделано анонимно или с информированного согласия заключенного.<sup>386</sup> В случаях серьезного насилия, о которых следует сообщать в полицию как о преступлении (что ведет к новому судебному разбирательству и возможному приговору), информированное согласие не требуется.

### **Методология проведения мониторинга**

При мониторинге насилия в местах содержания под стражей группа наблюдателей должна стремиться найти ответы как минимум на следующие вопросы:

- Регистрируются ли случаи насилия.
- Как часто жертвы насилия обращаются к тюремному врачу?
- Как тюремный врач фиксирует признаки насилия?
- В каких случаях о насилии сообщается руководству?
- Что делается для предотвращения насилия?
- Что делается для защиты заключенного, пережившего насилие, от насилия в будущем?

Наблюдателям следует внимательно следить за тем, как тюремная администрация обращается с заключенными с агрессивным поведением. Применение силы должно быть пропорциональным и

не должно превышать того, что считается необходимым для контроля над ситуацией. Дисциплина должна поддерживаться в соответствии с правилами, которые понятны и известны всем сотрудникам и заключенным. Любой случай насилия следует расследовать и анализировать, выявляя причины и последствия, в том числе роль сотрудников в возникновении или эскалации конфликта. Все случаи применения физической силы сотрудниками необходимо документировать и предоставлять информацию администрации, которая должна анализировать их на предмет необходимости и соразмерности (см. главу о применении силы в разделе 4).

Наблюдатель должен расспросить руководство тюрьмы об общих инициативах по предотвращению насилия в учреждении и о том, какие принимаются меры в случае насилия, как в учреждении предотвращается применение насилия и как поступают с членами группировок (например, отделяют ли их от других заключенных).

Интервью с заключенными должны быть нацелены на получение информации о повседневной жизни и возникновении, управлении и предотвращении насилия. Необходимо спросить чувствует ли себя заключенный в безопасности в учреждении и был ли он/она когда-либо жертвой насилия (или каким-либо образом участвовал в акте насилия) в данном или предыдущем исправительном учреждении (об этом заключенному говорить может быть легче и безопаснее). Такая информация будет полезна для группы наблюдателей, имеющей общий мандат на мониторинг мест содержания под стражей в стране.

Интервью с тюремным медицинским персоналом даст представление о роли тюремного медицинского персонала в оценке и документировании случаев насилия, а также о предоставляемой жертве насилия медицинской и психологической поддержке.

Тюремные охранники могут предоставить ценную информацию о повседневной жизни в учреждении, рассказать об актах насилия, которые имели место в учреждении. Вопросы, которые можно задать, включают, например, прошли ли они какое-либо обучение по управлению конфликтами и проявлениями насилия, как они действуют в случае насилия.

---

386 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

Наблюдения во время контрольного посещения дают представление об отношениях между заключенными и персоналом. Например, на чем основаны эти отношения: на взаимном уважении или на проявлении силы и дистанцировании. Что касается взаимоотношений между заключенными, наблюдения покажут, насколько заключенные дружелюбно настроены, готовы приносить пользу, запуганы ли они, существует ли иерархия между ними?

Если существует журнал, где фиксируются случаи насилия, эти данные необходимо оценить. При этом необходимо учитывать, что заключенные и сотрудники редко сообщают о случаях насилия, особенно в агрессивной среде. Следовательно, всегда следует учитывать, что данные умалчиваются, а информацию следует сопоставлять с информацией, полученной в ходе индивидуальных бесед, и, возможно, с медицинскими картами заключенных, которые предположительно подвергались насилию и впоследствии были обследованы.

В процессе разработки заключения и рекомендаций наблюдатель должен сопоставлять информацию, полученную из разных источников.

### **Дополнительные материалы**

WHO (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization, Geneva, 2002. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;jsessionid=35F478A426DA61FADC2D7CA2D5E36BE1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=35F478A426DA61FADC2D7CA2D5E36BE1?sequence=1)

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WHO (1996). *Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority*. World Health Organization, Geneva, 1996. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179463/WHA49\\_R25\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179463/WHA49_R25_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

## 5.11. Смерть в заключении

Смерть в заключении означает смерть человека, находящегося в месте содержания под стражей. Согласно определению Миннесотского протокола о расследовании потенциально противозаконной смерти, смерть в заключении - это «смерть, наступившая, когда лицо было задержано государственными органами и находилось в заключении. Это включает, например, все случаи смерти лиц, содержащихся в тюрьмах, в других местах содержания под стражей (официальных и иных) и в других местах, где государство осуществляет усиленный контроль над их жизнью».<sup>387</sup> Сюда также входят случаи смерти в больницах сразу после перевода из государственного исправительного учреждения.

Во многих странах мира смерть в заключении является частым явлением, что представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения с точки зрения условий содержания под стражей.<sup>388</sup>

Причина смерти – это конкретное повреждение или заболевание, которое приводит к смерти.

Способ наступления смерти – это то, как повреждение или болезнь вызывают смерть.

Способы наступления смерти в заключении можно классифицировать следующим образом:

1. Естественная смерть.
2. Смерть от несчастных случаев, в том числе, например, смерть от смертельного отравления и в результате пожара.
3. Смерть в результате самоубийства.
4. Смерть в результате убийства, в том числе в результате насилия со стороны заключенных, со стороны сотрудников (в том числе в результате пыток и чрезмерного применения силы, включая меры физического сдерживания)
5. Причина не установлена.

### 1. Естественная смерть

Естественная смерть – смерть, вызванная болезнями.<sup>389</sup> Исследования различаются по своим результатам в отношении распространенности естественной смерти в заключении по сравнению с обществом в целом. В нескольких исследованиях сообщается о более высоких показателях смертности среди заключенных, в основном из-за более низкого общего состояния здоровья заключенных, более высокой распространенности инфекционных заболеваний и более высокой распространенности внезапных неожиданных смертей.<sup>390</sup> Однако в других исследованиях подчеркивается, что уровень смертности от естественных причин в тюрьмах ниже, чем среди населения в целом (для групп населения того же возраста), что может быть объяснено тем фактом, что содержание под стражей для некоторых людей дает шанс улучшить состояние здоровья (например, за счет сокращения употребления запрещенных наркотиков и улучшения доступа к

---

387 UN OHCHR (2016). *The Minnesota Protocol on the Investigation of Potentially Unlawful Death (2016)*. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, 2016. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MinnesotaProtocol.pdf>

388 Gaggioli and Bernice (2017). Death in Custody: Towards an International Framework for Investigation and Prevention. *Emerging Issues in Prison Health*. Pp. 35–53. Available at: [http://link.springer.com/10.1007/978-94-017-7558-8\\_3](http://link.springer.com/10.1007/978-94-017-7558-8_3)

Larney et al (2014). Opioid Substitution Therapy as a Strategy to Reduce Deaths in Prison: Retrospective Cohort Study. *BMJ Open* 4(4): e004666. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3987723/>

389 Olsson et al (2016). Risk Factors for Unnatural Death: Fatal Accidental Intoxication, Undetermined Intent and Suicide: Register Follow-up in a Criminal Justice Population with Substance Use Problems. *Drug and Alcohol Dependence* 162: 176–181. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871616001514?via%3DIhub>

390 Fazel and Baillargeon (2011). The health of prisoners. *The Lancet* 2011; 377:956-65. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61053-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61053-7.pdf)

услугам здравоохранения).<sup>391</sup> Также необходимо иметь в виду, что неизлечимо больных заключенных часто переводят в больницу или освобождают до того, как они умрут, и поэтому смерть не может быть зарегистрирована как естественная смерть в заключении.

Быстро растущее число пожилых заключенных, особенно в странах с высоким уровнем доходов, может привести к общему увеличению числа смертей в местах лишения свободы.<sup>392</sup> Заключенные пожилого возраста относительно чаще страдают от связанных с возрастом заболеваний, и, следовательно, на их долю приходится все большая доля смертей от естественных причин, таких как ишемическая болезнь сердца или рак.<sup>393</sup>

## 2. Смерть в результате несчастного случая

Смерть в заключении в результате несчастного случая может произойти, например, в случае падения с лестницы или от пожара. Смертельное отравление наркотиками также часто классифицируется как смерть в результате несчастного случая, поскольку человек не имеет намерения совершить передозировку и, следовательно, умереть от приема наркотиков.

Отравление наркотиками – частая причина смерти как в заключении, так и в период после освобождения. Фактически передозировка наркотиков является основной причиной смерти в нескольких странах, особенно в первые недели после освобождения из тюрьмы. Кроме того, в местах лишения свободы могут произойти отравления со смертельным исходом.<sup>394</sup> Это может произойти из-за употребления запрещенных наркотиков заключенным, у которого, низкий порог приема наркотиков, или как следствие неосторожного хранения и обращения с лекарствами в местах содержания под стражей, а также из-за отсутствия надлежащего ухода и ошибок при назначении лекарств, что приводит к ошибкам в лечении и нежелательным побочным эффектам прописанных лекарств.

Пожары, которые происходят в местах заключения, слишком часто имеют фатальные последствия. Например, в переполненной тюрьме в Гондурасе более 380 заключенных погибли в результате пожара в 2012 году. Большинство из них не смогли покинуть свои камеры.<sup>395</sup> Другой пример – пожар в тюрьме в Гватемале в 2017 году, когда 41 девочка-подросток умерла от ожогов и отравления дымом. Официальным лицам и полицейским были предъявлены обвинения в непредумышленном убийстве.<sup>396</sup> Риск смерти среди заключенных в случае пожара был изучен в тюрьмах во Франции, исследователи пришли к выводу о том, что риск смерти в случае пожара почти в пятнадцать раз выше в тюрьмах, чем среди населения в целом. Риск смерти от пожара в местах лишения свободы можно снизить, установив детекторы дыма и обучив тюремный персонал. Кроме того, ключевое значение имеет наличие плана эвакуации при пожаре.

---

391 WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

Fazel and Baillargeon (2011). The health of prisoners. *The Lancet* 2011; 377:956-65. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61053-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61053-7.pdf)

392 Hayes (2017). *Aging Inside: Older Adults in Prison*. In: Emerging Issues in Prison Health. Bernice S. Elger, Catherine Ritter, and Heino Stöver, eds. Pp. 1–12. Dordrecht: Springer Netherlands. Available at: [http://link.springer.com/10.1007/978-94-017-7558-8\\_1](http://link.springer.com/10.1007/978-94-017-7558-8_1)

393 Carter and Goodwin (2013). Understanding Clinical Review Following a Death in Custody. *Nursing Standard* 28(12): 54–59. Maschi & Richter (2017). Human Rights and Dignity Behind Bars: A Reflection on Death and Dying in World Prisons. *Journal of Correctional Health Care* 23(1): 76–82. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1078345816685116>

394 Bukten et al (2017). High Risk of Overdose Death Following Release from Prison: Variations in Mortality during a 15-Year Observation Period: High Risk of Overdose Following Release. *Addiction* 112(8): 1432–1439. Abstract available at: <https://doi.org/10.1111/add.13803>

WHO/Europe (2014). *Prevention of Acute Drug-Related Mortality in Prison Populations During the Immediate Post-Release Period*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014 (updated from original 2010). Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf)

Binswanger et al (2007). Release from Prison – A High Risk of Death for Former Inmates. *New England Journal of Medicine* 356(2): 157–165. Available at: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa064115>

395 <https://www.nytimes.com/2012/02/16/world/americas/prison-fire-in-honduras-leaves-high-death-toll.html>

396 PRI (2018). *Global Prison Trends*. Penal Reform International, London, 2018. Available at: [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI\\_Global-Prison-Trends-2018\\_EN\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI_Global-Prison-Trends-2018_EN_WEB.pdf)

### 3 Смерть в результате самоубийства

Дополнительную информацию о смертях в результате самоубийства см. в соответствующей главе этого раздела.

### 4. Смерть в результате убийства

Насилие является существенной причиной смерти в местах заключения.<sup>397</sup> В некоторых случаях насильственная смерть составляет более 17% смертей в заключении. Насильственные смерти происходят как в результате агрессии заключенных, а также со стороны охраны по отношению к заключенным, и заключенных по отношению к охране. В частности, беспорядки и драки между членами разных группировок могут привести к насильственной смерти, что часто можно предотвратить путем отдельного содержания членов группировок. Кроме того, убийства происходят в тюрьмах в глобальном масштабе. Убийства в местах содержания под стражей является показателем пренебрежения мерами безопасности, например, отсутствие или недостаточная оценка рисков содержания в одной камере.<sup>398</sup>

Смерть в заключении также может быть прямым следствием пыток. Однако зачастую причину смерти жертвы пыток не определяют, так как вскрытие редко проводится в случаях, связанных с пытками. Поэтому медицинские последствия смертельных пыток часто остаются неясными.<sup>399</sup>

Чрезмерное применение мер физического сдерживания и силы может привести к смерти в условиях содержания под стражей в случаях, когда, например, физическое сдерживание или чрезмерное применение силы приводит к неспособности дышать надлежащим образом или очищать дыхательные пути. Кроме того, ограничение движений из-за физического сдерживания может привести к смерти, вызванной, например, тромбозом и эмболией легких, риск, такое происходит, если положение тела сдерживаемого приводит к закупорке вен в течение длительного периода времени. Сотрудники нуждаются в обучении тому, как сдерживать агрессивных людей, если это остро необходимо, не подвергая опасности их жизнь и здоровье. Подробнее о применении мер физического сдерживания см. соответствующую главу в разделе 4.

### 5. Смерть при невыясненных обстоятельствах

Способ наступления смерти может оставаться невыясненным, несмотря на четко установленную причину смерти, когда невозможно выяснить обстоятельства смерти. Кроме того, может быть несколько вариантов наступления смерти, и не хватает информации для определения способа наступления смерти. В этом случае может помочь вскрытие. Вскрытие – это хирургическая процедура, состоящая в тщательном обследовании трупа путем вскрытия для определения причины, способа и обстоятельств смерти, для выяснения заболевания или повреждения, а также в научных или образовательных целях.

### Актуальность превентивного мониторинга

Смерть в заключении может быть связана с условиями содержания в тюрьме, которые равносильны жестокому обращению и пыткам. Она может быть прямым следствием пыток или следствием жестокого обращения, такого как отказ заключенным в праве на здоровье и медицинскую помощь. Если причиной смерти являются ненадлежащие условия содержания под стражей, это является нарушением международных прав человека и права заключенных на жизнь.<sup>400</sup>

---

397 UNHCHR (2019). *Human rights in the administration of justice. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. Available at: [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/RuleOfLaw/Violence/A\\_HRC\\_42\\_20\\_AUV\\_EN.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/RuleOfLaw/Violence/A_HRC_42_20_AUV_EN.pdf)

398 Liebling (2017). The Meaning of Ending Life in Prison. *Journal of Correctional Health Care* 23(1): 20–31. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1078345816685070>

399 Pollanen (2018). The Pathology of Torture. *Forensic Science International* 284: 85–96. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379073817305388?via%3Dihub>

400 Gaggioli & Bernice (2017). Death in Custody: Towards an International Framework for Investigation and Prevention. *Emerging Issues in Prison Health*. Pp. 35–53. Available at: [http://link.springer.com/10.1007/978-94-017-7558-8\\_3](http://link.springer.com/10.1007/978-94-017-7558-8_3)



В обязанности администрации входит расследование смерти в заключении.<sup>401</sup> Тем не менее, во многих местах содержания под стражей отсутствует осознание важности таких расследований, а смерть в заключении часто классифицируется как естественная, несмотря на отсутствие надлежащего расследования. При этом смерть может быть связана с условиями содержания в тюрьме, а именно отсутствием адекватной медицинской помощи, непрерывности лечения, лекарств, побочные эффекты прописанных лекарств, плохая гигиена и санитария, переполненность, голод и недоедание, что контролируется тюремными властями.<sup>402</sup>

Изучение качественных показателей смерти в заключении показало, что существует потребность в достижении консенсуса на международном уровне по определению смерти в заключении, чтобы определить причины смерти, связанные с тюремной средой.<sup>403</sup> Отсутствие достаточных мер предотвращения смертей в местах лишения свободы, в том числе в результате пожаров, беспорядков или конфликтов между группировками и отдельными лицами, является неспособностью тюремной администрации защитить здоровье, безопасность и жизнь заключенных. Более того, тюремная администрация бывает не способна обеспечить охрану жизни заключенных, так как игнорирует международные стандарты, касающиеся смерти в заключении, а также международные руководящие принципы по расследованию смертей в местах лишения свободы (см. ниже). Если не предотвращать и не расследовать смерть в заключении, то условия содержания, приведшие к ней, не изменятся, а факты применения пыток не будут раскрыты. Это может также указывать на то, что власти игнорируют бесчеловечные и унижающие виды обращения в своих учреждениях.

Например, в 2017 году Европейский суд по правам человека заявил, что во время содержания под стражей в России имело место нарушение права заключенного на жизнь. Заключенный скончался от туберкулеза в заключении, находясь под контролем властей. Суд установил, что тюремные власти не смогли защитить жизнь заключенного, потому что ему не было предоставлено адекватное лечение туберкулеза из-за отсутствия эффективных лекарств в течение почти четырех месяцев после того, как был поставлен диагноз. Кроме того, Суд установил, что администрация тюрьмы не провела тщательное расследование обстоятельств смерти.<sup>404</sup>

### **Международные стандарты и руководства**

Четыре правила Нельсона Манделы касаются смерти в заключении (правила 8, 69, 71 и 72). В них указывается, что информация об обстоятельствах и причинах любых телесных повреждений или смерти, а в последнем случае – о том, куда направляется тело умершего, должна вноситься в личное дело заключенного (правило 8). В случае смерти заключенного директор тюрьмы должен немедленно сообщить об этом его ближайшим родственникам или контактному лицу (правило 69). Правило 71, посвященное расследованию смерти в заключении, гласит что *«независимо от начала внутреннего расследования директор тюремного учреждения немедленно уведомляет о любом случае смерти, исчезновения или тяжкого телесного повреждения в заключении судебный или иной компетентный орган, который не зависит от тюремной администрации и которому поручено проводить срочное, беспристрастное и эффективное расследование обстоятельств и причин таких случаев. Тюремная администрация должна в полной мере сотрудничать с этим органом и обеспечивать сохранность всех доказательств»*, а также, что это правило применяется, *«когда имеются разумные основания полагать, что в тюремном учреждении имели место акты пыток или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания, независимо от того, была ли получена официальная жалоба.»* Правило 72 гласит, что *«тюремная администрация должна относиться к телу скончавшегося заключенного достойно и с уважением. Тело скончавшегося заключенного должно быть возвращено его ближайшим родственникам в разумно кратчайшие сроки и самое позднее по завершении расследования. Тюремная администрация должна содействовать проведению похорон*

401 UNOHCHR (2017). *The Minnesota Protocol on the Investigation of Potentially Unlawful Death (2016): The Revised United Nations Manual on the Effective Prevention and Investigation of Extra-Legal, Arbitrary and Summary Executions*. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, New York & Geneva, 2017. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MinnesotaProtocol.pdf>

402 Bollmann et al. (2018). *Investigation of Deaths in Custody*. In: *Monitoring Detention, Custody, Torture and Ill-Treatment: A Practical Approach to Prevention and Documentation*. Pp. 231–247. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group

403 Ruiz, et al (2014). *Understanding Death in Custody: A Case for a Comprehensive Definition*. *Journal of Bioethical Inquiry* 11(3): 387–398. Abstract available at: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11673-014-9545-0>

404 Case accessible at: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22documentcollectionid%22:%5B%22GRANDCHAMBER%22,%22CHAMBER%22%5D%7D>

с учетом культурных традиций, если нет другой ответственной стороны, желающей или способной сделать это, и должна хранить все материалы по данному вопросу.»

### Управление и расследование смерти в заключении

Всеобъемлющие руководящие принципы в отношении расследования смертей в местах содержания под стражей и обязанностей всех сторон изложены в Миннесотском протоколе о расследовании потенциально противозаконной смерти, первоначально утвержденном в 1991 году, обновленном и опубликованном Управлением Верховного комиссара Организации объединенных наций по правам человека в 2017 году.<sup>405</sup> Протокол «направлен на защиту права на жизнь путем содействия эффективному расследованию потенциально незаконной смерти или предполагаемого насильственного исчезновения». В нем говорится, что в соответствии с международным правом расследования должны быть быстрыми, эффективными и тщательными, независимыми, беспристрастными и прозрачными.

Также в 2013 году Международный комитет Красного Креста опубликовал Руководство по расследованию смертей в заключении.<sup>406</sup>

Любая смерть, произошедшая в заключении, должна рассматриваться как подозрительная до тех пор, пока квалифицированная независимая группа не проведет расследование, и все случаи смерти должны расследоваться в соответствии с международными стандартами и руководящими принципами.

Расследования случаев смерти в заключении должны проводиться с целью выяснения обстоятельств смерти и предоставления эффективных средств правовой защиты семье, определения ответственных лиц и обеспечения безопасности других заключенных. Выяснение обстоятельств, причин и способов смерти может помочь выявить определенные закономерности, связанные со смертью, которые тюремные власти должны устранить, чтобы предотвратить смертельные случаи в будущем.<sup>407</sup>

Расследование смерти в заключении включает, помимо прочего, обследование тела умершего, осмотр одежды, изучение истории болезни и патологоанатомические исследования. Результаты всех этапов расследования должны быть тщательно задокументированы. В случае ожидаемой естественной смерти в заключении, т.е. смерти в результате диагностированной неизлечимой болезни, расследование может быть упрощено.

### Предотвращение смерти в заключении

Тюремные власти несут ответственность за охрану здоровья, безопасность и жизнь заключенных, содержащихся в исправительном учреждении. Администрация должна определить, можно ли было предотвратить смерть в заключении, является ли неадекватное медицинское обслуживание одной из причин смерти, классифицируемой как естественная, имеют ли охранники специальную подготовку по вопросам смертельного риска физического меры сдерживания, наличие детекторов дыма и планов действия в чрезвычайных ситуациях на случай пожара, предотвращение убийств при помощи оценки риска и соответствующих мер вмешательства, а также наличие программы предотвращения самоубийств. Более того, тюремная администрация отвечает за предотвращение смерти после освобождения из тюрьмы, особенно с точки зрения передозировки наркотиков после освобождения среди заключенных с опиоидной зависимостью (см. более подробную информацию в главе о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ в данном разделе).

---

405 UNOHCHR (2017). *The Minnesota Protocol on the Investigation of Potentially Unlawful Death (2016): The Revised United Nations Manual on the Effective Prevention and Investigation of Extra-Legal, Arbitrary and Summary Executions*. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, New York & Geneva, 2017. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MinnesotaProtocol.pdf>

406 ICRC (2013). *Guidelines for Investigating Deaths in Custody*. International Committee of the Red Cross, Geneva. Available at: <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/publications/icrc-002-4126.pdf>

407 ICRC (2013). *Guidelines for Investigating Deaths in Custody*. International Committee of the Red Cross, Geneva. Available at: <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/publications/icrc-002-4126.pdf>

## Регистрация смерти в заключении

Смерть в заключении необходимо официально регистрировать, включая обстоятельства, причины и способы смерти. Число смертей в месте содержания под стражей может быть занижено, поскольку смерть в больнице, вызванные болезнями, насилием или травмами, могут не классифицироваться как смерть в заключении. Кроме того, из статистики могут быть исключены неизлечимо больные заключенные, о которых заботятся родственники в последний период их жизни. В реестре может быть неверно указан способ смерти, например, запись самоубийств как случайные отравления или наоборот.<sup>408</sup> Как уже упоминалось, может также существовать тенденция ошибочной классификации неестественных смертей как естественных, из-за отсутствия надлежащего расследования.

## Методология проведения мониторинга

Группа наблюдателей должна оценить подход в исправительном учреждении к предотвращению и расследованию случаев смерти в заключении. Группа наблюдателей должна строго проверять соблюдение учреждением международных стандартов и руководств с точки зрения обеспечения надлежащей регистрации обстоятельств смерти во время содержания под стражей и проведения надлежащего расследования.

Наблюдатель должен выяснить у руководства тюрьмы общий подход к смерти в заключении. Например, что происходит, когда наступает смерть в условиях содержания под стражей, и сообщается ли о смерти независимому органу. Руководство также можно спросить о действующих в учреждении профилактических мерах, направленных на снижение риска смерти заключенных в результате насилия, убийства, самоубийства, несчастного случая, пожара и применения средств физического сдерживания.

Интервью с заключенными могут дать наблюдателю некоторую информацию о том, что было сделано администрацией после смерти другого заключенного.

Медицинский персонал тюрем мог бы, среди прочего, предоставить информацию о своей роли при наступлении смерти заключенного и ее регистрации.

Интервью с тюремными охранниками помогут узнать о процедурах в случае смерти заключенного, и о том, проходили ли сотрудники специальную подготовку по предотвращению смерти в заключении, а именно предотвращению самоубийств и самоповреждения, безопасном применении мер физического сдерживания.

Группа наблюдателей должна оценить все случаи смерти в месте содержания под стражей, включая различные причины и способы смерти. Для этого необходимо запросить данные о случаях наступления смерти в месте содержания под стражей. Оценка смертности и смерти заключенных от вредных привычек и по причинам, которые можно предотвратить, имеет решающее значение при мониторинге. Если существует подробная информация (например, кто и от чего умер в прошлом году), группа могла бы, например, оценить медицинские карты, свидетельства о смерти, отчеты вскрытия и другие материалы расследования смертей в местах лишения свободы ответить на следующие вопросы:

- Были ли точно установлены способ и причина смерти?
- Достаточно ли были изучены обстоятельства дела на основе тщательного и независимого расследования, были ли приняты адекватные меры для выявления недостатков работы учреждения и предотвращения смерти по этим причинам в будущем?
- Наступила ли смерть в результате неправильного лечения?
- Какие изменения необходимы для предотвращения будущих случаев (рекомендации властям)?

Таким образом, группа мониторинга должна тщательно изучить инициативы администрации учреждения по предотвращению смертей в заключении.

В процессе разработки заключения и рекомендаций наблюдатель должен сопоставить информацию, полученную из различных источников.

---

408 Olsson et al (2016). Risk Factors for Unnatural Death: Fatal Accidental Intoxication, Undetermined Intent and Suicide: Register Follow-up in a Criminal Justice Population with Substance Use Problems. *Drug and Alcohol Dependence* 162: 176–181. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871616001514?via%3Dihub>

## **Дополнительные материалы**

ICRC (2013). *Guidelines for Investigating Deaths in Custody*. International Committee of the Red Cross, Geneva. Available at: <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/publications/icrc-002-4126.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

UNOHCHR (2017). *The Minnesota Protocol on the Investigation of Potentially Unlawful Death (2016): The Revised United Nations Manual on the Effective Prevention and Investigation of Extra-Legal, Arbitrary and Summary Executions*. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, New York & Geneva, 2017. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MinnesotaProtocol.pdf>

## **РАЗДЕЛ 6: ВЫЯВЛЕНИЕ ПЫТОК**

### **6.1. Вступление**

В предыдущих разделах подробно рассматривался широкий круг вопросов охраны здоровья, медицинского обслуживания в местах лишения свободы, а также факторов здоровья, при этом особое внимание уделялось их значимости для превентивного мониторинга пыток и жестокого обращения.

Однако еще не были изложены последствия различных методов пыток для физического и/или психического здоровья жертвы. Эти знания помогут наблюдателю распознать конкретные проблемы со здоровьем, связанные с определенными методами пыток. Это также поможет наблюдателю при проведении интервью с заключенным, утверждающими, что к ним применялись пытки.

В этом разделе будут представлены некоторые ключевые методы пыток и их последствия, а также методика мониторинга пыток (включая идентификацию и документирование)

## 6.2. Методы пыток

Невозможно составить исчерпывающий список методов пыток, применяемых в мире, поскольку постоянно появляются новые методы. Одной из важных тенденций является применение пыток, которые вызывают сильную боль или страдание, но не оставляют следов на теле или оставляют лишь очень ограниченные следы. Еще одна важная тенденция – рост использования психологических методов пыток.

Однако некоторые особенности пыток не зависят от используемых методов, и различные методы могут применяться в одинаковых целях, а именно, чтобы вызывать страх, причинить боль и использовать потребность жертвы в контроле, поиске смысла и цели существования.<sup>409</sup>

И все же полезно различать разные виды пыток для определенных целей. Различают физические, психологические и сексуальные пытки. Однако важно помнить, что это различие отчасти искусственно и что они имеют много общего.

Все виды физических пыток также приводят к тяжелым душевным страданиям, а сексуальные пытки содержат элементы как физических, так и психических страданий. Тем не менее, различие между разными типами пыток все же может быть полезно помнить при опросе жертвы и при систематизации информации, предоставленной жертвой.

Ниже приведены некоторые примеры пыток по этим трем категориям:

### Физические пытки:

Бессистемные избиения (включая удары ногами и кулаками), систематические избиения (например, фалака), позиционные пытки (ограничение движения, принудительное удержание в определенном положении), подвешивание, ожоги, удары током, удушение, химическое воздействие (кислота, перец чили и т. д.), порезы и уколы, насильственное проглатывание или инъекции, а также воздействие температурой.

### Психологические пытки:

Лишение сна, лишение нормальной сенсорной стимуляции, унижение, имитация казни, угрозы жертве или другим лицам, например членам семьи, принуждение жертвы быть свидетелем пыток, применяемых к другим, и нарушение табу (например, принуждение мусульманина есть свинину).

### Сексуальные пытки:

Насилие в отношении гениталий, изнасилование, принудительная мастурбация, принудительная нагота, введение предметов в гениталии.

Часто разные виды пыток используются одновременно, чтобы увеличить страдания жертвы. И при определенных обстоятельствах применяются одинаковые модели пыток. Рассказ жертвы можно считать достоверным, если описанная картина отвечает уже существующим сведениям о пытках в данном конкретном месте. Следовательно, наблюдатель должен перед каждым посещением ознакомиться с предыдущими сообщениями о пытках в данном исправительном учреждении или регионе. Знание о методах пыток, обычно используемых в конкретном месте, поможет наблюдателю оценить достоверность информации, предоставленной предполагаемой жертвой пыток. Однако никогда нельзя исключать применение пыток, если человек дает достоверное описание других видов пыток, не соответствующих местной или региональной схеме.

Очень часто жертвы пыток сообщают, что подвергались более чем одному методу пыток. Когда разные методы используются в сочетании, один из них применяется для усиления действия других. Например, лишение сна может снизить болевой порог человека, тем самым увеличивая эффект физических пыток. Недосток сна может также лишить потерпевшего ориентации, и тем самым сделать его/ее более уязвимым к угрозам. В некоторых ситуациях комбинация различных методов пыток систематизирована до такой степени, что существуют названия, охватывающие комбинацию различных методов, таких как, например, «пять методов допроса», использовавшиеся британскими

---

409 Pérez-Sales, Pau. *Psychological torture: definition, evaluation and measurement*. New York, Routledge, 2017.

военными в Северной Ирландии, которые включали длительное удерживание у стены, надевание мешка на голову, шум, лишение сна и лишение пищи и питья.<sup>410</sup>

В заключение нужно сказать, что существует много видов пыток, и наблюдатель должен понимать, как систематизировать информацию о различных видах пыток, полученную ранее и в данном учреждении, о которых он узнал во время интервью. Знание о различных видах пыток не только позволит наблюдателю задать правильные вопросы и получить полную картину того, что произошло, но также позволит четко зафиксировать эту информацию.

Наблюдатель всегда должен запрашивать у жертвы информированное согласие на документирование дела и на дальнейшие действия.

---

410 См.: [https://en.wikipedia.org/wiki/Five\\_techniques](https://en.wikipedia.org/wiki/Five_techniques)

### 6.3. Последствия пыток

Также, как и методы пыток, последствия пыток на индивидуальном уровне можно классифицировать по-разному. Врачи будут использовать термины «острые» и «долгосрочные», где «острые последствия» относятся к последствиям, которые жертва испытывает непосредственно через несколько дней или недель после получения травм и повреждений. Долгосрочные последствия - это последствия, которые остаются или проявляются через несколько недель, месяцев или даже лет. Если через некоторое время у человека все еще возникают симптомы и они не исчезают после хирургического вмешательства или других процедур, можно говорить о симптомах как о хронических, то есть об их долгосрочном характере.

Другой способ систематизировать последствия пыток – по объекту воздействия. Физические последствия связаны с физическими симптомами, тогда как психологические последствия связаны с симптомами психики, а социальные последствия связаны с последствиями, которые человек испытывает в своей социальной жизни во взаимодействии с другими. Это может, например, включать отношение жертвы к членам семьи и другим людям, но также отношением к работе, дому, социальному статусу, деятельностью и т. д. Часто последствия не ограничиваются одним аспектом жизни, поэтому говорят, что последствия пыток носят биопсихосоциальный характер.

Очевидно, что в условиях тюрьмы социальные последствия пыток могут отличаться по характеру от того, что наблюдается в обществе, и жертва пыток не чувствует себя уверенно среди других людей, изолируется от других заключенных и персонала.

Симптомы могут меняться с течением времени и зависеть от множества различных факторов, таких как, например, продолжительность пыток, время, прошедшее с момента пыток, уязвимость жертвы и общая ситуация, стойкость, доступность лечения и реабилитации и т. д. У некоторых симптомы могут возобновляться, когда они переживают трудные времена или сталкиваются с ситуациями, напоминающими им о том, какие пытки они пережили (повторная травма).

#### Физические последствия пыток

В острой фазе пытки вызывают различные физические симптомы и травмы. Типичные травмы, которые сразу видны, включают, помимо прочего, синяки, ссадины, отеки, ожоги, открытые раны и переломы, другими словами, те же типы повреждений, которые можно увидеть после получения других травм, не связанных с пытками. Таким образом, одна из проблем, с которыми сталкивается наблюдатель при идентификации жертвы пыток, состоит в том, чтобы оценить, является ли повреждение результатом пытки или другой травмы. При этом история жертвы имеет первостепенное значение, даже если интервью проводится после заживления острых травм. Важно попросить самого пострадавшего объяснить, какие острые симптомы и повреждения он получил сразу после пыток. Это может повысить доверие к жертве пыток. Кроме того, некоторые острые повреждения имеют типичный вид, например, так называемые «ушибы технологической колеи» (два параллельных линейных синяка, разделенных более бледным неповрежденным участком кожи) после ударов твердым предметом в форме стержня, и ожоги после поражения электрическим током или тушения сигареты об кожу.

Острые травмы после пыток обычно сопровождаются болью, но в случае повреждения нервов, например, после подвешивания или тяжелых ожогов, также может возникнуть онемение. Наиболее острые, видимые поражения (синяки, ссадины и т. д.) заживают в течение примерно шести недель, некоторые из них не оставляют никаких стойких следов, что объясняет, почему жертву пыток должен осмотреть квалифицированный врач как можно скорее после травмы, задокументировать все признаки физического воздействия до их исчезновения. Вот почему наблюдатель должен внимательно проверять результаты первичного медицинского обследования заключенных при поступлении в учреждение, поскольку большинство пыток имеет место в предыдущем месте содержания под стражей, чаще всего в полицейском участке.

В некоторых случаях последствия пыток остаются заметными даже через несколько месяцев или лет, например, рубцы от ожогов, выпадение волос, изменение пигментации кожи и неправильное заживление переломов. Однако зачастую этого не происходит, и видимые следы пыток могут



полностью исчезнуть. Поэтому важно помнить, что отсутствие физических признаков не означает, что пытки не применялись.<sup>411</sup>

К сожалению, после того, как кожа зажила после острого поражения, такого как рана, и оставила рубец, очень трудно определить возраст рубца и возможную причину. Это еще одна причина, почему важно задокументировать поражения как можно скорее после их возникновения.

Пытки могут затронуть практически все органы тела. Некоторые последствия пыток могут быть напрямую связаны с определенной формой пыток или с конкретным органом, но другие сложнее идентифицировать. Вот некоторые примеры последствий, напрямую связанных с конкретными видами пыток:<sup>412</sup>

*Кожа* - раны и шрамы после ожогов или поражения электрическим током, отеки и синяки после избиений, ссадины после удушения веревками или избиения предметами с шероховатой и неровной поверхностью, рваные раны (неравномерные раны продолговатой формы), тупая травма.

*Уши* - проблемы со слухом после пыток с воздействием на слух (teléfono-пытки), приводящие к разрыву барабанной перепонки или повреждению внутреннего уха.

*Глаза* - проблемы со зрением из-за побоев, приводящие к кровоизлияниям в глаза или смещению хрусталика.

*Лицо, включая нос и челюсть* - переломы лицевых костей после побоев.

*Зубы* - потеря зубов в результате ударов по лицу или зубных пыток.

*Сердце* - острая сердечная аритмия после удара током.

*Легкие* - острые и хронические проблемы с дыханием после удушения и вдыхания инородных тел (например, после погружения в воду или сухого удушения).

*Туловище* - сломанные ребра после побоев.

*Внутренние органы* - внутренние кровотечения после побоев.

*Костно-мышечная система* - нарушение подвижности суставов после подвешивания, переломы костей, потеря мягких тканей подошв стопы после фалаки.

*Мочеполовая система* - сексуальная дисфункция, после сексуальных пыток, заболеваний, передающихся половым путем, и беременности после изнасилования.

*Нервная система* - повреждение лицевых нервов, приводящее к параличу лицевого нерва и сенсорным нарушениям после ударов по голове, повреждение головного мозга после ударов, побоев по голове или асфиксии, например, при удушении или погружении в воду, паралич и сенсорные нарушения из-за повреждения нервов после ударов или переломов, перенапряжение во время подвешивания или принудительного удерживания в одном положении и т. д.

Однако некоторые жалобы на физическое состояние, поданные жертвами пыток, не обязательно связаны напрямую с идентифицируемой прямой травмой одной части тела. Причины для этого много: жертвы могут быть не в состоянии вспомнить во всех подробностях, что с ними произошло, боль в спине может быть результатом того, что тело пытается компенсировать боль в ногах и ступнях, что приводит к разным формам ходьбы, нервы могут быть повреждены в одной части тела, а боль возникает в другой части тела, которая обслуживается этим нервом и т. д. Наблюдается, что выжившие после пыток часто обращаются к врачу через несколько месяцев или лет после пыток, когда испытывают страдания, связанные с хроническими головными болями, болями в спине и мышцах, желудочно-кишечными заболеваниями и сексуальную дисфункцию. Эти симптомы могут

---

411 UN (2004). *Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Para 176-186.* United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, 2004. Para 157-159, 161. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8rev1en.pdf>

412 UN (2004). *Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Para 176-186.* United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, 2004. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8rev1en.pdf>

иметь изменчивую природу, то есть разную интенсивность в разное время, и на них могут влиять многие другие факторы, например лечение, психологическое благополучие жертвы и т. д.

### **Психологические последствия пыток**

Жертва пыток попадает в крайне экстремальную ситуацию, во время которой находится под абсолютным контролем истязателей и оказывается лишенной воли. Все методы пыток, которые не причиняют прямой физической боли, имеют цель усилить психологическую боль и «сломить разум» жертвы или унижить, чтобы добиться признания и информации. Это делают, вводя жертву в замешательство или дезориентацию, вызывая страх, отчаяние, одиночество и полное лишение воли, самостоятельности и достоинства.<sup>413</sup>

Таким образом, жертвы пыток часто остаются с серьезными психологическими симптомами, часто сопровождаемыми физическими повреждениями. Общие психологические симптомы включают депрессию, беспокойство, бессонницу, кошмары, воспоминания, вспышки гнева и проблемы с памятью. Эти психологические симптомы могут иметь серьезные последствия.

Физические последствия могут быть, как указано выше, напрямую связаны с конкретным методом пыток, например избиением одной конкретной части тела, ведущее к боли и ее физическим изменениям. В некоторых случаях конкретный психологический симптом также может быть напрямую связан с тем, что случилось с жертвой, например крайнее беспокойство, когда жертва взаимодействует с людьми, одетыми в форму, напоминающую форму мучителей. Однако психологические последствия часто носят более неспецифический характер и, подобно боли, переходящей из одной части тела в другую, не могут быть напрямую связаны с конкретными методами пыток. Одним из конкретных возможных последствий пыток является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которому уделяется особое внимание в главе, посвященной проблемам психического здоровья, раздела 5.

### **Социальные последствия пыток**

Во многих случаях пытки могут иметь социальные последствия для жертв и их семей. Многие, если не все люди, которые провели время в заключении, сталкиваются с проблемами при возвращении к обычной жизни, включая социальную изоляцию, потерю работы и дохода, проблемы в семейной жизни и т. д. Физические и психологические последствия травмы, которой подвергаются жертвы пыток, усугубляют эти проблемы.

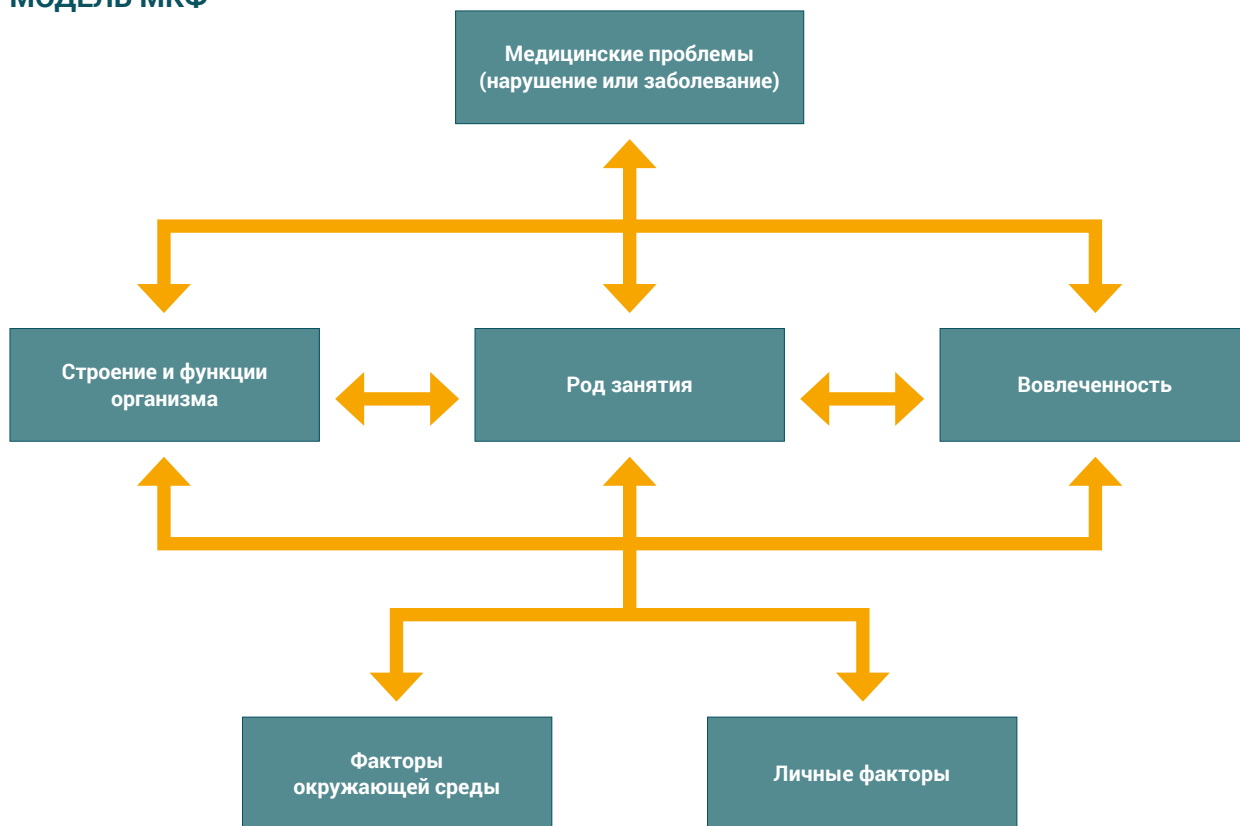
Множество различных факторов в сумме влияют на типы социальных последствий, с которыми может столкнуться жертва пыток. Одна модель, которая может помочь проанализировать взаимодействие между различными факторами – это модель МКФ, представленная в рамках Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья ВОЗ,<sup>414</sup> как показано на рисунке 7.

---

413 См. пример в *Torturing Environment Scale in Pau Pérez-Sales: Psychological torture: definition, evaluation and measurement*. New York, Routledge 2017.

414 См. сайт ВОЗ: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

РИСУНОК 7.  
МОДЕЛЬ МКФ



Reference:

WHO (2001). International Classification of Functionality, Disability and Health, p.18. World Health Organization, Geneva, 2001. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf;jsessionid=313069D-2F593CC2199109F44592A770E?sequence=1>

Модель МКФ объясняет, что различные факторы могут влиять на уровень функционирования человека и, следовательно, на то, как он/она могут участвовать в социальной и семейной жизни и т. п. Другими словами, уровень функционирования человека зависит не только от, например, физических проблем, которые он испытывает, но и от видов деятельности, которые он/она должен выполнять (например, насколько сложна работа физически или психологически). К этому добавляются факторы окружающей среды и личные факторы, также называемые контекстными факторами. Например, тот, кто встречает понимание на работе и дома, может лучше справиться с тревожным расстройством, чем человек, который отбывает наказание в месте заключения. А тот, кто от природы обладает стойкостью, лучше справляется с физическим недостатком, возникшим в результате пыток. Верно и обратное: человек, находящийся в заключении, хуже справляется с физическими или психическими проблемами, так как испытывает постоянное давление среды.

В обществах, где есть высокий риск подвергнуться пыткам, когда их обвиняют в преступлениях или в заключении, будучи политически активными или принадлежащими к группам меньшинств, у них возникает страх и недоверие к властям. Большое значение имеет реакция людей и общества в целом. Лица, применяющие пытки, могут сами испытывать психологические проблемы после пыток. Врачи, работающие с жертвами пыток, могут получить вторичную травму. Супруги, дети, другие члены семьи и друзья тоже страдают от того, что жизнь и отношения меняются, когда кто-то из их близких стал жертвой пыток или пострадал от их последствий.

## 6.4. Методология проведения мониторинга

Проводя мониторинг применения пыток в учреждении наблюдатель за состоянием здоровья может использовать все источники информации. Наблюдатель должен сначала идентифицировать возможные пытки на основе обвинений, подозрений или наблюдений, а затем это задокументировать.

### Идентификация

Мониторинг пыток в учреждении – непростая задача, поскольку жертвы могут не желать или бояться рассказывать о своем опыте, а сотрудники обычно делают все, чтобы не дать наблюдателю встретиться с жертвой и увидеть инструменты пыток.

Перед проведением контрольного посещения медработник-наблюдатель должен ознакомиться с местными условиями и наиболее распространенными формами пыток и жестокого обращения. Это означает, что помимо теоретического понимания юридического определения пыток и их последствий, наблюдатель должен получить как можно больше информации об обращении с задержанными в полицейских участках и других местах содержания под стражей, а также о наиболее распространенных методах пыток, чтобы знать, что изучать во время мониторингового посещения. Наблюдатель должен также выяснить, не поступали ли ранее сообщения о пытках или жестоком обращении из данного исправительного учреждения. Это упростит подготовку наблюдателя и поможет ему задавать правильные вопросы заключенным для сбора необходимой информации.

Во время мониторингового визита наблюдатель должен быть внимательным и бдительным, чтобы выявить (возможные) случаи и орудия пыток. Наблюдатель может встретить человека, который утверждает, что подвергался пыткам, или человека, к которому наблюдатель подозревает применение пыток. В таких случаях методология мониторинга пыток обычно состоит из следующих трех компонентов:

- a. Первое собеседование наблюдателя с человеком, в ходе которого высказываются утверждения в применении пыток или возникают подозрения.
- b. Возможное дополнительное интервью с врачом (см. ниже).
- c. Сбор других доказательств, таких как фотографии инструментов, которые предположительно использовались или могут быть использованы для пыток в учреждении, медицинские записи и фотографии повреждений.

Если первоначальное интервью проводится членом группы наблюдателей, который не является медицинским работником, необходимо провести дополнительное интервью, чтобы определить, есть ли какие-либо видимые следы или состояние психического здоровья, которые могут указывать на то, что применялись пытки, и оценить утверждения заключенного об острых последствиях и текущих симптомах.

Интервью с заключенными будут ключевым источником информации для наблюдателя, однако необходимо поговорить об этом с администрацией тюрьмы, медицинским персоналом и сотрудниками тюрьмы. Например, администрацию тюрьмы можно спросить, увольняли ли когда-либо сотрудника по обвинению/подозрению в жестоком обращении с заключенными. Руководство также может проинформировать наблюдателя, сообщали ли они о случаях пыток в соответствующие органы. Медработники могут сообщить наблюдателю, встречались ли они когда-либо с заключенными, подвергшимися жестокому обращению, и если да, то как возникло подозрение и что за этим последовало. Сотрудников необходимо спросить, были ли свидетелями пыток в данном учреждении.

Простое наблюдение во время контрольного посещения может помочь наблюдателю заметить инструменты или приспособления, которые могут быть использованы для пыток. Медицинские карты необходимо проверить на предмет любых упоминаний о жестоком обращении.

### Документация

Наблюдатель за состоянием здоровья, как и любой медицинский работник, несет моральное обязательство документировать пытки и сообщать о них. В случае, если наблюдатель встречает

заклученного, который утверждает, что подвергался пыткам, наблюдатель должен отслеживать расследование этого дела и запрашивать информированное согласие заключенного.

Стандарт расследования и документирования пыток и жестокого обращения описан в Руководстве по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения (Стамбульский протокол).<sup>415</sup> Однако у наблюдателя за состоянием здоровья обычно нет ни времени, ни возможностей, чтобы расследовать и документировать так подробно, как изложено в Стамбульском протоколе. Тем не менее наблюдатели должны ознакомиться с описанием физических доказательств и психологических последствий пыток, как указано в главах V и VI Стамбульского протокола, и с Принципами Стамбульского протокола, изложенными в приложении 1 к Стамбульскому протоколу.

Хорошие навыки проведения интервью являются основополагающими для успешного сбора информации и документирования. Как отмечается в параграфе 100 Стамбульского протокола, следует «позволить человеку рассказать свою собственную историю, при этом помогать ему в этом, задавая вопросы для уточнения деталей».

Наблюдатель должен стремиться получить следующую информацию:

- **Кто:** кто виновен? Если неизвестно, можно ли их как-то описать (одежда, возраст, пол, внешность, язык)? Описание любых свидетелей пыток важно для будущего уголовного процесса. Обратите внимание, что в число свидетелей могут входить сокамерники, присутствовавшие, когда потерпевший вернулся с допроса.
- **Что:** каким физическим, психологическим и сексуальным пыткам подвергалась жертва? Какие орудия пыток использовались (кабели, полиэтиленовый пакет, генераторы, веревки и т. д.)? Какие части тела были задействованы? Какова продолжительность применения каждого вида пыток? Описание физических или психологических симптомов/последствий пыток, которые наблюдаются у жертвы.
- **Кого:** кто подвергался пыткам? Это включает в себя описание личности жертвы, включая характеристики человека, влияющие на выбор метода пыток (например, физическое или психическое состояние, возраст, пол, этническая принадлежность или другие характеристики).
- **Когда:** когда применялись пытки? Сюда входят дата и продолжительность арестов и задержаний, а также описание того, когда к жертве применялись различные методы пыток.
- **Где:** где применялись пытки? Место содержания под стражей, если известно, включая как можно более подробное описание помещения. В частности, детали комнат и камер, которые могут быть использованы для дальнейшего определения места проведения пыток. Наблюдатель мог бы осмотреть эти помещения, чтобы найти доказательства пыток.
- **Почему:** почему человека пытали? Мотив пыток важен для понимания предыстории и установления личности преступников. Классические мотивы – получение информации или признания, или наказание жертвы.

Несколько факторов могут усложнить задачу получения информации по всем вышеперечисленным аспектам. К ним относятся, например, то, что жертва может испытывать трудности, вспоминая и описывая свой опыт из-за травмы, может опасаться репрессий, поскольку все еще находится в заключении в данном учреждении, где были применены пытки, и поэтому боится делиться информацией с наблюдателем. Также реальная история может быть довольно сложной, например, включать множество арестов и задержаний, множество допросов во время каждого задержания и множество эпизодов и методов пыток. Еще одна сложность может заключаться в том, что жертва может повторно переживать пытку, рассказывая историю, и поэтому запись должна быть прекращена.

Если время ограничено, наблюдатель может не успеть собрать всю информацию. Если наблюдателю за состоянием здоровья необходимо расставить приоритеты, и он может направить собеседника для обсуждения определенных вопросов к другому специалисту, при этом наиболее важным с точки зрения здоровья будет вопрос о том, **что** и **когда**, поскольку ответ на эти вопросы поможет

415 UN (2004). *The Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment*. Office of the UN High Commissioner for Human Rights, 2004. Available at: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

наблюдателю за состоянием здоровья интерпретировать последовательность рассказа. Однако это не означает, что другие аспекты имеют меньшее значение, так как он является частью группы, для которой важна вся информация, однако другую информацию могут собрать члены группы, не являющиеся специалистами в области медицины.

Наблюдатель за охраной здоровья должен записывать, что он слышит от жертвы, и, если это возможно и целесообразно, проводить базовое медицинское обследование жертвы. Это должно быть сделано с учетом уязвимости жертвы, чтобы свести к минимуму риск повторной травмы. С согласия человека медицинский наблюдатель должен, если это возможно, фотографировать физические признаки пыток. По возможности следует использовать судебно-медицинскую линейку для фотографий, чтобы проиллюстрировать размер и цвет поражений, а на фотографиях следует четко указать дату и код, идентифицирующий жертву. Наблюдатель может встретиться с жертвами, испытывающими как острые, так и долгосрочные/хронические последствия пыток, и должен знать, как симптомы могут развиваться с течением времени, чтобы правильно оценить услышанное и увиденное. Возможность сбора дополнительных доказательств неизбежно зависит от ряда факторов, в том числе от выделенного времени, присутствия свидетелей, условий проведения допроса и возможностей наблюдателей.

Как упоминалось в разделе 2 настоящего руководства, медицинское обследование заключенного может иметь значение только в том случае, если заключенный утверждает, что подвергался пыткам. Если заключенный утверждает, что, например, состояние кожи или другое видимое состояние, которое, по его словам, не было устранено из-за отсутствия медицинской помощи, наблюдатель может осмотреть заключенного, но в его задачу не входит фактическое медицинское обследование. Такую информацию следует использовать, чтобы проанализировать, как проводится предупреждение пыток и жестокого обращения и как работает медицинская служба, поэтому необходимо выяснить причины таких случаев и проверить, являются ли они системными. Если наблюдатель за состоянием здоровья кратко осматривает заключенного, он должен дать понять, что лечение не входит в его обязанности.

### **Последующие действия**

Как правило, наблюдателю необходимо получить информированное согласие жертвы пыток, чтобы использовать информацию, полученную во время интервью/обследования, называя имя человека для совершения последующих действий. Например, это может быть запрос на полное обследование жертвы судебным врачом в соответствии со Стамбульским протоколом. Группа наблюдателей должна быть хорошо осведомлена о процедурах в стране, в которой они работают, например: как и когда привлекать прокурора, полицию и администрацию тюрем на государственном уровне. В исключительных случаях наблюдатель должен использовать информацию даже в том случае, если информированное согласие не дано. Это, например, может быть оправдано, если многие другие рискуют подвергнуться таким же пыткам/жестокому обращению, если ничего не предпринять. Информацию также можно использовать в более общем плане (без указания на личность заключенного) в отчете о мониторинге места содержания под стражей, фактически не включая эту информацию в медико-правовое заключение. Кроме того, наблюдения за инструментами и приспособлениями, которые могут быть использованы в целях пыток, должны быть описаны в отчете о контрольном посещении.

### **Дополнительные материалы**

UN (2004). *Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, 2004. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8rev1en.pdf>

WMA (2007). *Resolution on the Responsibility of Physicians in the Documentation and Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment*. World Medical Association, 2007. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/>

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1: СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ И РУКОВОДЯЩИХ ПРИНЦИПОВ

APT. *Detention Focus* (online source). Association for the Prevention of Torture. Available at: <https://www.apr.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database>

CoE (2006). *European Prison Rules*. Council of Europe, Strasbourg, 2006. Available at: [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules\\_978-92-871-5982-3.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules_978-92-871-5982-3.pdf)

CPT (2010). *CPT Standards 2002, revision 2010*. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, 2010. Available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>

ICRC (2013). *Water, sanitation, hygiene and habitat in prisons*. By Pier Giorgio Nembrini. Updated version from 2005. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2013. Available at: [https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc\\_002\\_0823.pdf](https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0823.pdf)

ICRC (2016). *Health care in detention. A practical guide*. International Committee of the Red Cross, Geneva, 2016. Available at: [https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?store=default&\\_ga=2.52141101.545157892.1571396163-1731022843.1567763882](https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-a-practical-guide.html?store=default&_ga=2.52141101.545157892.1571396163-1731022843.1567763882)

PHR (2012). *Dual Loyalty and Human Rights. Guidelines for Prison, Detention and Other Custodial Settings*. Physicians for Human Rights, Boston, USA. Available at: <https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf>

UN (1982). *Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations General Assembly, 1982. Available at: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/medicalethics.aspx>

UN (1984). *The UN Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations, 1984. Available at: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx>

UN (2004). *The Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment*. Office of the UN High Commissioner for Human Rights, 2004. Available at: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

UN (2006). *Optional Protocol to the UN Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations, 2006. Available at: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OPCAT.aspx>

UN (1991). *Basic Principles for the Treatment of Prisoners*. United Nations resolution, adopted by the General Assembly, 28 March 1991. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>

UN (2010). *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules)*. United Nations General Assembly, New York, December 2010. Available at: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2016/07/BangkokRules-Updated-2016-with-re-numbering-SMR.pdf>

UN (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. United Nations, 2015. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ\\_Sessions/CCPCJ\\_24/resolutions/L6/ECN152015\\_L6\\_e\\_V1503048.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6/ECN152015_L6_e_V1503048.pdf)

WHO/Europe (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)



WMA (1975, rev. 2006). *Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment*. World Medical Association, 2006. Available at: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c18/>

WMA (1991, rev. 2017). *WMA Declaration on Hunger Strikes ('Malta Declaration')*. World Medical Association. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/>

WMA (2019). *WMA Statement on Solitary Confinement*. World Medical Association, October 2019. Available at: [https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/#.XcpPquAh\\_Mk.email](https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/#.XcpPquAh_Mk.email)

DIGNITY РУКОВОДСТВО

# МОНИТОРИНГ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

## РУКОВОДСТВО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

Бренда ван ден Берг, Лиза Михаэлсен, Мари Брасхольт, Йенс Мьодвиг

©2020 DIGNITY – Датский институт по борьбе с пытками

[www.dignity.dk](http://www.dignity.dk)

ISBN: 978-87-93675-55-1 (печать)

Оформление обложки: DIGNITY – Danish Institute Against Torture



**MINISTRY OF  
FOREIGN AFFAIRS  
OF DENMARK**