

ОРГАНИЗАЦИЈА И УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО ЗАТВОРИТЕ

Упатство

Јерг Понт

Томоти Вилфрид Хардинг

Совет на Европа

За мислењата изразени во оваа публикација одговорен е авторот и не ја одразуваат секогаш официјалната политика на Советот на Европа.

Сите барања во врска со репродукција или превод на целиот или на дел од овој документ треба да се упатат до Директоратот за комуникација (F-67075 Strasbourg Cedex или на publishing@coe.int). Сета останата кореспонденција во врска со овој документ треба да се упати до Генералниот директорат за човекови права и владеење на правото.

Дизајн на насловната и уредување: Оддел за документи и подготовка на публикации (СПДП), Совет на Европа
Фотографија на насловната страница: Шатрсток

Совет на Европа, февруари 2019 Печатено во Совет на Европа

Автори:

Тимоти Вилфрид Хардинг, почесен професор по правна медицина, Универзитет во Женева, Швајцарија

Јерг Понт, поранешен советник за медицински прашања во Министерството за правда на Австрија

Содржина

Листа на кратенки.....	4
Вовед.....	5
Претходни активности	5
Организација на здравствената заштита во затворите.....	7
Меѓународните стандарди - основа за обезбедување здравствена заштита на осудените лица	8
Правото на здравствена заштита.....	8
Правна рамка и законски импликации	12
Медицинската етика во затворите.....	13
Организациски и управувачки структури за здравствена заштита во затворите во земјите-членки на Советот на Европа	18
Меѓусекторска соработка	22
Здравствена заштита на осудените лица: одговорност на целата држава.....	23
Затворот: патогена средина и можност за подобрување на здравјето.....	23
Соработка и интеграција на услугите за здравствена заштита во затворите.....	25
Ангажирање и вработување на здравствени работници.....	29
Примарна здравствена заштита	32
Секундарна здравствена заштита и болничка нега	34
Грижа за менталното здравје на осудените лица	36
Главни прашања за организација и управување со здравствената заштита во затворите–	
Листа за проверка.....	39
Организација, правна и административна рамка.....	39
Простории.....	39
Здравствени работници.....	39
Примарна здравствена заштита	40
Секундарна здравствена заштита и болничка нега	40
Превенција и унапредување на здравјето.....	41
Здравствена документација.....	41
Лекови и опрема за здравствена заштита.....	41
Здравствена етика	42
Користена литература.....	43
Прилог 1:.....	47
Меѓународни документи за организација и управување со здравствената заштита во затворите	47

Совет на Европа:	47
Организација на обединети нации:	47
СЗО/УНОДЦ:	47
Прилог 2:	48
Дополнителна литература.....	48

Листа на кратенки

ПМР	Постојан медицински развој
ЕКПТ	Европски комитет за спречување на тортура и нечовечко или понижувачко постапување и казнување
ЕКомЧП	Европска комисија за човекови права
ЕКЧП	Европска конвенција за човекови права
ЕСЧП	Европски суд за човекови права
ЕМЕ	Електронска медицинска евиденција
ХИВ	Вирус на хумана имунодефициенција
МКБ	Меѓународна класификација на болести
МКЦК	Меѓународен комитет на црвениот крст
ПЗЗ	Примарна здравствена заштита
СОП	Стандардна оперативна процедура
СВОТ	Силни страни, слабости, можности, закани
ООН	Организација на обединетите нации
УНОДЦ	Канцеларија на ООН за дрога и криминал
СЗО	Светска здравствена организација
СМА	Светска медицинска асоцијација

Вовед

Претходни активности

Со години јавноздравствените органи, како на национално така и на меѓународно ниво, не обрнуваа многу внимание на здравствената заштита во затворите. Светската здравствена организација (СЗО) во првите четири децении од своето постоење не спроведе никакви значајни истражувања и не објави документи за здравствените услуги во затворите или за здравјето на осудените лица. Здравјето во затворите многу малку се проучуваше, не беше дел од академските програми и навистина ретко беше предмет на стручните текстови во медицинските журнари. Затворите беа „посебен свет“ и малкумината лекари кои работеа во затворите беа вработени и одговорни пред затворската управа и воопшто немаа контакт со локалните или националните здравствени установи, медицинските школи или други стручни тела.

Тешко беше да се обезбедува болничка нега за осудените лица и тие во болниците беа жртва на понижувачки безбедносни мерки, како што се врзување со лисици за креветите и присуство на обезбедување за време на интимни прегледи и испитувања. Немаше стандарди во врска со бројот на медицински персонал; чуварите ги контролираа барањата за лекарски прегледи, беа целосно запознаени со дијагнозата и лекувањето на осудените лица; а честопати и беа задолжени да даваат лекови и да ставаат инјекции.

Имајќи го сето ова предвид, не изненадува што тешко и бавно оди спроведувањето на промените со цел здравствената заштита во затворите да биде во согласност со таа што се дава на останатото население, да се обезбеди потребната поврзаност меѓу здравствените служби во затворите и здравствените установи надвор, што е многу значајно за целосно да се одговори на здравствените потреби на осудените лица. Здравствените потреби на осудените лица се изменија и сега сè поголем број на осудени лица имаат хронични заболувања предизвикани од возраста и од начинот на живот (висок притисок, дијабетес и срцеви заболувања), а значителен дел од затворската популација страда од ментални болести, инфективни заболувања кои се предизвикани од сиромаштијата и се зависни од инјектирање на наркотици.

Особено тежок предизвик е да се обезбеди болничка нега, понекогаш дури и кога е итно потребна, во човечни услови и со пристап до различни дијагностички и терапевтски мерки. Само во малку држави може да се обезбеди итна психијатриска нега во затворите, во услови кои се достапни за останатите пациенти кои не се во затвор.

Кај превентивната здравствена заштита исто така има недостатоци, се спроведуваат само неколку профилатички мерки како што е вакцинацијата, а условите во затворите честопати му штетат на здравјето: премногу осудени лица, лоша вентилација, застарени санитарии (честа употреба на кофи за урина и дефекација) и слаба исхрана.

Дури во 1980-те години здравствените власти за прв пат им обрнаа внимание на овие проблеми и тоа како директен резултат на пандемијата на СИДА. Во 1985 година, стана очигледно дека преваленцијата на инфекцијата со вирусот ХИВ е многу повисока меѓу затворската популација отколку надвор од затворите, поради фактот што во затворите има многу осудени зависници. Ова беше потврдено со бројни епидемиолошки студии, особено со студијата што ја побара Советот на Европа и ја објави во научниот журнал Ленсет во 1987 година.¹ Исто така во 1987 година, СЗО за прв пат се запозна со условите во затворите, а Посебната програма на СЗО за

¹ Хардин ТВ. Сидата во затворите. Ленсет 330, i8570, 1260-1263, 1987

СИДА спроведе студија и објави насоки чија цел беше спречување и лекување на инфекциите со ХИВ во затворите. Особено внимание се обрна на ризикот од пренос на ХИВ преку пенетративни сексуални односи или преку размена на опрема за инјектирање. Иако препораките на СЗО се однесуваа специфично за ХИВ/СИДА тие имаа многу пошироко влијание: јавноздравствените власти станаа свесни за важноста на инклузивниот пристап при што целосно треба да се земе предвид и затворската средина како и за начелата за еднаквост при добивање нега, а покрај тоа прв пат јасно беа наведени превентивните мерки. Доколку осудените лица со инфекција со ХИВ имаат право на истиот пристап и истата заштита (доверливост, несегрегација и недискриминација) како и пациентите надвор од затворите, истото треба да важи и за другите медицински состојби.

Другата причина за промените во 1980-те беше работата на Европската Комисија за човекови права (ЕКомЧП), „Комисијата“ која веќе и не постои, а која за прв пат тогаш направи анализа на поплатите што ги доставиле лица врз основа на Европската конвенција за човекови права (ЕКЧП). Таа го воспостави начелото кое подоцна го потврди и Европскиот суд за човекови права (ЕСЧП), а тоа е дека необезбедувањето соодветна здравствена заштита и средина за осудените лица кои страдаат од сериозни медицински состојби може да претставува повреда на член 3 од ЕКЧП (забрана на тортура). Овој пример го следеше и Европскиот комитет за спречување на тортура и нечовечко и понижувачко постапување или казнување (ЕКПТ), кој во 1991 година, во рамките на својот мандат, започна со посети на местата за притвор и брзо ги идентификува пропустите во здравствената заштита на осудените лица кои се голема причина за загриженост. Во 1993 година ЕКПТ за прв во своите годишни извештаи се осврна на стандардите за здравствена заштита во затворите (дадени подолу). Ова потоа стана модел кој се следеше при изработката на препораките на Комитетот на министри во Советот на Европа. Тоа одигра и важна улога за алармирање на СЗО да развијат активности во врска со здравјето во затворите, на што најмногу работеше Регионалната канцеларија на СЗО во Копенхаген.

Сите охрабрувачки активности во последните дваесет години треба да се гледаат низ призмата на овие минати случувања. Тие исто така го објаснуваат отпорот и сомнежите и кај затворските и кај здравствените управи во врска со развивање значајни врски, линии за комуникација и механизми за решавање на конфликти кои честопати се фокусираат на одговорноста за буџетот и прашањата за безбедноста при здравствената заштита на осудените лица.

Организација на здравствената заштита во затворите

Основните начела за организација на здравствената заштита во затворите беа изработени уште пред 20 години и интегрирани во Препораките на Комитетот на министри на Советот на Европа Res (98)7 во врска со Етичките и организациските аспекти на здравствената заштита во затворите.² Им се препорачува на земјите-членки да ги земат предвид овие начела и да направат анализа на своето законодавство и практики во однос на обезбедувањето на здравствена заштита во затворите. Препораките истакнуваат дека медицинските практики надвор од затворите и во затворите треба да се водат од истите етички начела и дека почитувањето на основните права на осудените лица подразбира обезбедување на превентивно лекување и здравствена заштита еднакви на тие што се обезбедуваат во заедницата. Препораките исто така ги посочуваат реформите во структурата, организацијата и регулирањето на услугите за здравствена заштита во затворите кои се спроведоа во неколку земји-членки, вклучувајќи и различни административни структури на сојузно и на државно ниво. Препораката (98)7 на Комитетот на министри и понатаму е најважен документ за оваа област.

Основните права на осудените лица и етичките начела во врска со обезбедување на здравствена заштита во затворите во својата суштина останаа непроменети. Во меѓувреме, во текот на последните дваесет години, нивната практична примена беше разработена во бројни меѓународни документи, а реформите во структурата, организацијата и управувањето со здравствените услуги во затворите во неколку земји-членки на Советот на Европа значително напреднаа. Главната движечка сила за организациските промени беше сè поголемото уверување дека здравствената заштита во затворите мора, во голема мера, да е усогласена и интегрирана со здравствената заштита во заедницата. Промените во структурата и организацијата во тие држави создаде неколку различни модели, кои пак на останатите држави им нудат можност да го идентификуваат и изберат најсоодветниот модел за себе.

Ова издание има за цел да даде насоки за носителите на политики и за службените лица во релевантните институции со цел здравствените политики во затворите да се интегрирани во, и компатибилни со националните политики во здравството. Изданието на Советот на Европа „Здравствената заштита и медицинската етика во затворите “ - Прирачник за здравствените работници и за другите вработени во затворите кои се одговорни за добросостојбата на осудените лица, е комплементарно упатство кое содржи практични информации за обезбедување здравствена заштита во затворите.³

² Препорака Бр. R (98) 7 <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>

³ Здравствената заштита и медицинската етика во затворите. Прирачник за здравствените работници и другите вработени во затворите одговорни за добросостојбата на осудените лица. Совет на Европа, ноември 2014 <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>

Меѓународните стандарди - основа за обезбедување здравствена заштита на осудените лица

Правото на здравствена заштита

Начелата на Обединетите нации истакнуваат дека „секој има основно право на највисокиот можен стандард на физичко и ментално здравје“⁴, дека „државите имаат обврска да го почитуваат правото на здравје со, меѓу другото, воздржување од негирање или ограничување на еднаквиот пристап за сите лица, вклучително и за осудени или притворени лица, малцинства, баратели на азил и незаконски мигранти, до превентивни, куративни или палијативни здравствени услуги“ и дека „сите здравствени установи, добра и услуги мора да ја почитуваат медицинската етика...“⁵

Правото на осудените лица на здравствена заштита е едно од основните начела на Препораката на Комитетот на министри на Советот на Европа Rec (2006)2 за Европските затворски правила во кои се наведува дека „сите лица лишени од слобода ги задржуваат сите права кои не им се законски одземени со одлуката со која се осудуваат или задржуваат во притвор“.⁶

ЕКЧП не го наведува изречно правото на здравствена заштита, но државите кои им негираат на осудените лица соодветна здравствена заштита постојано се критикувани од ЕСЧП за повреда на член 2 (правото на живот) или член 3 „(забрана на тортура) од ЕКЧП“.⁷ Во оваа насока е и Тематскиот извештај за здравствените прашања во праксата на Европскиот суд за човекови права⁸, кој ќе се споменува во релевантните поглавја подолу.

Во праксата на ЕСЧП јасно се гледа дека согласно член 3, државата „имајќи ги предвид практичните услови за отслужување на казната, мора да обезбеди дека здравјето и добросостојбата на осуденото лице се соодветно заштитени, меѓу другото, и со тоа што ќе му ја обезбеди потребната медицинска помош“ од Кудла против Полска (Kudla v. Poland) (пресуда од 26 октомври 2000 година). Во одлуките присутни се три начела: соодветност, предизвикано страдање и фактот што има придонесувачки фактори кои не се сведуваат само на медицинската помош, туку се поврзани со физичкото и емотивното опкружување во затворската установа.

Корисно е да се разгледаат и некои поединечни одлуки за да се разбере кои ситуации ЕКЧП ги смета за проблематични согласно член 3 од ЕКЧП.

Два од предметите кои ги разгледуваше ЕКомЧП покажуваат како ова прашање стана актуелно. Согласно одлуката од 5 декември 1978 година, Бонешо против Швајцарија (Bonneschaux v. Switzerland) швајцарските власти мораа да обезбедат пристап до соодветна здравствена

⁴ Обединетите нации: Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права, член 12 <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

⁵ Комитет на ООН за економски, социјални и културни права (CESCR), Општ коментар бр. 14: Право на највисокиот можен стандард на здравје (член 12 од Пактот), 11 август 2000 година, E/C.12/2000/4, достапен на: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

⁶ Европски затворски правила 2006 година, Совет на Европа, Правило 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

⁷ Европска конвенција за човекови права, Совет на Европа https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

⁸ Европски суд за човекови права, Тематски извештај - здравствените прашања во праксата на Европскиот суд за човекови права, 2015. http://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf

заштита во затворот за постаро осудено лице кое боледува од дијабетес. Комисијата отиде и подалеку во еден подоцнеж предмет (Де Варга Хирш против Франција (De Varga Hirsch v. France), одлука од 9 мај 1983 година), во кој исто така станува збор за постар притвореник кој боледува од дијабетес, срцева слабост и артериопатија на долните екстремитети. Комисијата ја испитала не само медицинската нега во затворот, туку исто така и можноста за хоспитализација во јавна болница надвор од затворскиот систем. И во двата предмети, ЕКомЧП сметала дека уверувањата кои ги обезбедиле властите биле убедливи и поради тоа предметите не биле упатени до ЕСЧП. Сепак, пред повеќе од 35 години беше утврдено дека ЕКЧП е релевантна за здравствената заштита во затворите и ја опфаќа не само работата на затворската здравствена служба туку и пристапот до јавните болници.

Оттогаш, ЕСЧП одлучуваше во врска со стотици жалби за здравствената заштита на осудените лица и во значителен број од нив утврди повреди на член 3 (забрана на тортура) и во неколку случаи и повреди на член 2 од ЕКЧП (право на живот) кога смртта на осуденото лице била причинета од несоодветното медицинско лекување. Покрај тоа, во бројни предмети ЕСЧП побара земјата страна во постапката да обезбеди соодветна медицинска нега додека трае постапката пред ЕСЧП согласно Правило 39 (времени мерки), со тоа истакнувајќи ги сериозните последици од несоодветна нега и од доцните реакции на државните органи.

Во предметот (Погосијан против Грузија (Poghossian c. Géorgie)) ЕСЧП истакнал дека постои системски проблем во врска со обезбедувањето на соодветна медицинска нега на осудените лица кои, меѓу другото, се инфицирани со хепатит Ц, бидејќи речиси 40 апликации биле доставени до судот во врска со несоодветна медицинска нега.

Јасно, недостатоците кои ЕСЧП ги смета за повреди на Конвенцијата не се изолирани случаи и се индикација за нашироко раширени недостатоци во здравствената заштита, кои постојат и денес. Поради тоа препораките кои произлегуваат од Советот на Европа, СЗО, Меѓународниот комитет на црвениот крст (МКЦК) и други имаат само ограничен ефект. Засегнатите органи, и во здравствениот и во казниот сектор се должни да ја земат предвид честотата на повредите на член 3, а во врска со несоодветна здравствена заштита за осудените лица во многу држави.

Кои проблеми ги откриваат предметите кои ги разгледува ЕСЧП, кои честопати и се потврдуваат од извештаите од посетите на затворите кои ги објавува ЕКПТ?

► Честопати се утврдуваат недостатоци во примарната здравствена заштита во затворите: доцна се добива пристап до лекар или медицинска сестра (ЕКПТ честопати наведува сериозен недостиг на лекари и медицински сестри); нема дијагностички алатки кои вообичаено треба да се достапни во примарна здравствена заштита (електрокардиограм, едноставни лабораториски тестови); не се следат постојано осудените лица со хронични заболувања (висок притисок, срцеви заболувања, хепатит Б или Ц и дури и со туберкулоза); ограничен број на достапни лекара, особено антибиотици, антивирусни лекови за лекување на инфекции со ХИВ или хепатит Б. Распространет проблем е и немањето на поединечни медицински картони. ЕКПТ честопати го критикува фактот што лекарските прегледи во затворите се евидентираат со два-три збора во регистарот, без да постои дури и индивидуален картон; проблеми со упатување на осудените лица на специјалистички преглед или на испитувања кои не можат да се направат во затворот.

► Недостапноста на стоматолошки услуги во затворите. Во извештаите на ЕКПТ стои дека постојат предолги периоди на чекање за стоматолошки преглед и единствена бесплатна постапка е вадење на заб.

► Многу повреди на член 3, кои ги утврдил ЕСЧП се однесуваат на пристапот до секундарна здравствена заштита. Во еден предмет, осуденото лице со хроничен хепатит и сериозни заболувања на бубрезите што довеле до хронична слабост на бубрезите, не бил прегледан или лекуван од специјалист речиси четири години (Холомиов против Република Молдавија (Holomiov v. Republic of Moldova)); во друг предмет, осудено лице кое страдало од чир на дванаесетпалачното црево, дијабетес и срцева болест, кому му била потребна редовна специјалистичка медицинска нега, подолг период бил исто така оставен без специјалистички преглед или лекување (Ашот Харитинјан против Ерменија (Ashot Harutyunyan v. Armenia)); недостатоци во управувањето со пациенти со неколку истовремени заболувања, како на пример задоцнета хоспитализација и невршење на потребните испитувања, на пример тест за хеликобактер пилори кај пациент со пептичен чир, кој несоодветно бил лекуван за повреди на рбетниот столб со лекови кои може да предизвикаат гастроинтестинално крварење (Колесникович против Русија (Kolesnikovich v. Russia)).

► Неколку предмети се однесувале на долги чекања за операција што довело до долго и непотребно страдање; на пример кај пациент со повеќе камења во бубрезите кој како последица имал чести епизоди со силни болки и кој не можел да оди на операција повеќе од четири години (Пилчиќ против Хрватска/Pilcic v. Croatia); закажана операција која се извршила со доцнење од една година (Коцафтис против Грција/Kotsaftis c. Grèce).

► Пациенти со терминални болести на кои не им било овозможено да умрат достоинствено надвор од затворот; на пример човек со метастазиран карцином на простата ([Дорнено против Романија/Dorneanu c. Roumanie](#)), каде властите рекле дека мора да им дадат приоритет на формалните процедури пред хуманитарните аспекти.

► Недостатоци во управувањето со осудените лица кои имаат инфективни заболувања: непотребно издвојување на осудено лице со инфекција ХИВ (Маркалис и други против Грција/Martzaklis and others v. Greece); задоцнето лекување (Алексанјан против Русија/Aleksanyan v. Russia).

► Физичко врзување за време на прегледи и лекување во болница или за време на хоспитализација (Муизел против Франција/Mouisel v. France; Таранјева против Русија/Tarariyeva v. Russia).

► ЕСЧП утврдил и бројни грешки во управувањето со осудени лица со ментални заболувања кои предизвикале непотребно страдање па дури и смрт со самоубиство. Некои од проблемите биле предизвикани поради необезбедување лекување од психијатар, како и немање пристап до потребните лекови. Сепак, фокусот во праксата на судот во врска со осудените лица со ментални заболувања е штетниот ефект на „нормалното“ опкружување во затворите. Поради тоа, човек кој отслужува многу долга затворска казна и има хронична психоза не треба да се чува во нормалното затворско опкружување (Ривиер против Франција/Riviere c. France); двајца затвореници кои страдале од акутни психотични симптоми и кои извршиле самоубиство со бесење откако поминале неколку недели во затвор требало да бидат хоспитализирани, а не да се чуваат во изолација (Кинан против Обединетото Кралство/Keenan v. United Kingdom, Ренолд против Франција/Renolde v. France). Генерално, опкружувањето во затворите може да доведе до непотребно страдање: таквите осудени лица имаат потреба да бидат пренесени во заштитена средина или во психијатриска болница (Дибеки против Албанија/Dybeku v. Albania; Славомир Мусиал против Полска/Slawomir Musial v. Poland). Во еден предмет ЕСЧП сметал дека е несоодветно да се очекува други осудени лица да ги следат и да им даваат поддршка на лицата со ментални болести (Каприковски против Полска/Kaprykowski v. Poland); во друг предмет судот

утврдил дека психијатриското крило во самиот затвор не ја обезбедува потребната нега и заштита која му е потребна на осудено лице со сериозни ментални нарушувања (Клес и други против Белгија/Claes et autres c. Belgique), мислење кое оди во прилог на тоа што ЕКПТ го утврдил во многу земји.

Предметите кои беа наведени се каталог на грешките во здравствената заштита на осудените лица од многу држави. Јасно е дека овие предмети се само мал дел и дека во многу држави овие грешки се системски. Ова се гледа и од наодите на ЕКПТ при посетите на многу земји, кога делегациите и понатаму утврдуваат потстандардна здравствена заштита за осудените лица. И националните механизми за инспекција исто така наведуваат неприфатливи стандарди за здравствена заштита.

Во оваа фаза, од сето ова треба да се извлечат неколку општи заклучоци, кои ќе се фокусираат на мерките кои се потребни за да се надминат овие системски проблеми и недостатоци:

1. Честопати во затворите нема доволно персонал и ресурси за примарна здравствена заштита. Нема доволно дијагностички материјали. Честопати нема поединечни медицински картони за осудените лица. Лекарите кои работат во затворите имаат голем проблем да добијат задоволителен одговор од болниците и од другите специјалистички служби, кога тоа им е потребно.
2. Специјалистичката здравствена заштита која би можела да се обезбедува во затворите или воопшто ја нема или нема доволно ресурси: таква е состојбата со стоматолошката здравствена заштита, специјалистичките прегледи, како и со психијатриската нега.
3. Вообичаеното затворско опкружување е штетно и претставува нечовечко и понижувачко постапување за некои осудени лица: за тие со терминални болести, со сериозни ментални заболувања, како и за тие со хронични инфективни заболувања.
4. Се јавуваат проблеми кога е потребна хоспитализација на осудените лица. Болниците ја немаат потребната инфраструктура за да понудат безбедна средина, што води до врзување. Долго се чека за специјалистички прегледи и за операции.

Неколку меѓународни документи, изработени од Обединетите нации, Советот на Европа, СЗО и СЗО / Канцеларијата на ООН за дроги и криминал (УНОДЦ) ги наведуваат основите за организација и управување со здравствената заштита во затворите и етичкото однесување на медицинскиот персонал во затворите (види Прилог I).

Суштината на овој документ може да се претстави преку следното: единствена задача на здравствените работници во затворите и во центрите за притвор е да обезбедат здравствена заштита со целосна лојалност кон пациентите; да обезбедат примарна здравствена заштита како и евидентирање и пријавување на знаците на лошо постапување, да делуваат како лице за лична грижа на пациентот без да учествуваат во медицински постапки кои не се во прилог на здравјето и добросостојбата на пациентот; пристапот до здравствена заштита не треба да се ограничува; квалитетот на здравствената заштита треба да биде еднаков на тој обезбеден надвор од затворите, да се врши во доверба и со почит кон самостојноста на пациентот и да се спроведува со неограничена клиничка независност и висока професионални познавања и треба да содржи превентивна и хуманитарна поддршка; здравствената заштита на осудените и на притворените лица е одговорност на целата држава и треба да е интегрирана и компатибилна со националната здравствена политика во најголема можна мера.

Правна рамка и законски импликации

Правото на здравје или „на највисок можен стандард на здравје“⁹ за осудените лица е предвидено во меѓународните пактови и конвенции за човекови права, односно е законски задолжително за државите потписнички.¹⁰

Во ЕКЧП¹¹ правото на здравје за лицата лишени од слобода се подразбира и во член 2, право на живот и во член 3, забрана на тортура.

Сепак, ниту еден од меѓународните инструменти не содржи дефиниција за тоа кои се највисоките можни стандарди на физичко и ментално здравје и што точно претставува нечовечно и /или понижувачко постапување во контекст на здравствената заштита. Ова овозможува значителна дискреција при толкување на стандардите за обезбедување здравствена заштита. Поради тоа, во многу меѓународни декларации, препораки, правила, стандарди и упатства се наведува дека здравствената заштита на осудените лица треба да биде со ист квалитет како и таа обезбедена за граѓаните во заедницата (Прилог 1). Ова не е задолжително и поради тоа се нарекува и „меко право“, но сепак ЕСЧП се почесто упатува на овие стандарди во своите пресуди, во однос на обезбедување здравствена заштита за осудените лица.

На државно ниво, во најголем дел од земјите-членки на Советот на Европа, во конкретни закони или во кривичниот законик одредбите кои се однесуваат на здравствената заштита на осудените лица се во согласност со меѓународните конвенции и препораки. Потребите за здравствена заштита на осудените лица не треба да се различни од тие на граѓаните во заедницата. Особено слободниот пристап до здравствена заштита и превентивна нега од највисок можен квалитет, автономијата на пациентот, лекарската доверливост, независноста на медицинското лице и потврдените медицински знаења, треба да се регулирани и со општите закони за здравство. Во неколку земји-членки има одделни законски одредби за здравствена заштита во заедницата и за лицата во притвор и осудените лица. Во некои случаи таквите одделни одредби за осудените лица не се целосно во согласност со тоа што е предвидено за граѓаните во заедницата.

Сепак, исто така треба да се земат предвид законските особености за обезбедување на здравствена заштита во затворите, односно дека, за разлика од здравствената заштита во заедницата, односот меѓу медицинскиот персонал и пациентите во затворите не се заснова целосно на слободна волја. Во слободниот свет, прегледот кој го закажал пациентот кај некој лекар, значи основна согласност на пациентот за тој лекар да утврди дијагноза и да понуди лекување. Во затворските услови таквата имплицирана согласност не може да се претпостави бидејќи притворениците не можат вообичаено да ги избираат своите лекари и лекарскиот преглед при прием во затворот ретко го иницира самиот пациент, туку вообичаено го наредуваат затворските власти. Имплицираната согласност на осуденото или притвореното лице за да добие медицинска нега, може да се претпостави само доколку на пациентот му е

⁹ Основачки документ на Светската здравствена организација www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Комитет на ООН за економски, социјални и културни права (CESCR), Општ коментар бр. 14: Правото на највисокиот можен стандард на здравје (член 12 од Пактот), 11 август 2000 година, E/C.12/2000/4, достапен на: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

¹⁰ Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права, член 12; Конвенција на ООН за елиминирање на сите форми на дискриминација против жените, член 12

¹¹ Европска конвенција за човекови права, Совет на Европа https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

јасно ставено на знаење дека лекарот е обврзан да понуди преглед при прием во затворот. Во таква ситуација, за градење на одржлив однос меѓу пациентот и лекарот потребно е притворениот пациент да може да се потпре на неограничената клиничка независност на лекарот.

Медицинската етика во затворите

Една од многуте специфичности во затворите и во другите центри за притвор е што две групи стручни лица со целосно различни задолженија работат под еден ист покрив. Задачите на затворската управа и на чуварската служба се да обезбедат притвор додека се чека судењето, да извршуваат казни, да внимаваат на безбедноста и обезбедувањето како и да дадат поддршка за социјална и криминолошка рехабилитација на осудените лица, согласно кривичните закони. Здравствените работници имаат задача да го одржуваат здравјето, да спречуваат, откриваат и лекуваат здравствени нарушувања и да се грижат за поединечната здравствена заштита на осудените пациенти согласно професионалните правила и здравствената етика. За да се постигнат овие различни задолженија на двете категории стручни лица од основна важност е взаемното разбирање и прифаќање на правилата, етиката и предизвиците на другите, а истовремено јасно разделување на професионалните улоги. Здравствените работници кои обезбедуваат здравствена заштита во затворите и во центрите за притвор мора да ги разберат и да ги прифатат правилата за безбедност согласно законите за затворите, а затворската управа и стражарската служба мора да ги разберат и прифатат правилата на медицинскиот персонал и медицинската етика согласно наведеното во меѓународните прифатени документи. И покрај различните управувачки структури во здравствената заштита во затворите, конфликтите и недоразбирањата меѓу здравствените работници и стражарските структури произлегуваат примарно од незнаење и неразбирање на етиката и прифаќањето на професионалниот профил на другата професија.

Со оглед дека овие упатства главно се наменети за носителите на одлуки кои не се медицински лица, а кои се одговорни за управување со здравствената заштита во затворите, приложено е и резиме на етичките стандарди и нивните практични импликации.

Здравствената етика во затворите по ништо не се разликува од етиката која се применува при здравствена заштита во заедницата, односно се заснова на светски прифатениот Меѓународен кодекс за медицинска етика на Светската медицинска асоцијација.¹² Сепак, етиката при обезбедување на здравствена заштита за притворени и осудени лица е дополнително специфицирана во бројни меѓународни документи.¹³

¹² Меѓународен кодекс на медицинска етика, Светска медицинска асоцијација, <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>

¹³ Канцеларија на високиот комесар за човекови права: Начела на медицинската етика релевантни за улогата на медицинскиот персонал, особено на лекарите при заштита на осудените и притворените лица од тортура и друго сурово, нечовечко и понижувачко постапување или казнување, 1982, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>;

Совет на Европа. Стандарди на ЕКПТ: Делови од општите извештаи на ЕКПТ. Извадок од 3-иот Општ извештај од 1993 година, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

Стандарди за минимум правила за постапувањето со осудените лица на Обединетите нации (Правилата на Нелсон Мандела). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf Препорака Бр. Р (98) 7 <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>

Единствената задача на здравствените професионалци е да се грижат за здравјето и добросостојбата на притворените и осудените лица, што значи да обезбедат примарна здравствена заштита и евидентирање и пријавување знаци на насилство и лошо постапување. ЕКПТ нагласува дека „Лекарот во затворот делува како личен лекар на пациентот. Поради тоа, во интерес на заштитата на односот лекар-пациент, од него не треба да се бара да потврди дека осуденото лице може да издржи казнување. Ниту пак треба да врши физички претрес или испитувања кои од него ќе ги побараат властите, освен во итна ситуација кога не може да се повика друг лекар”.¹⁴ Во Објавите на СМА се предвидува и невклучување на медицинскиот персонал во физичките претреси и во други активности кои ќе доведат до изолација како дисциплинска казна.¹⁵ Медицинските интервенции кои ги бараат органите, а кои не се во интерес на осуденото лице, како што е тестирањето за дрога, интимни претреси на телото или форензички испитувања треба да ги вршат медицински лица кои не се вклучени во секојдневната нега за осудените лица.

Етичките основни постулати за здравствената заштита во затворите се засноваат на следните нешта:¹⁶ а. Пристап до здравствена заштита; б. Еквивалентност на негата; в. Пациентот да е согласен и да постои доверливост; г. Превентивна здравствена заштита; д. Хуманитарна помош; ё. Професионална независност; е. Професионална стручност.

а) **Пристапот до здравствена заштита** подразбира обврска на здравствените работници да понудат медицински преглед при прием во затворот без доцнење (во рок од 24 часа) и пристап до примарна здравствена заштита која ја обезбедува квалификуван општ лекар или семеен лекар и сестра-помошник, како и стоматолог/забар секогаш кога тоа е потребно. Барањето преглед треба да биде направено во доверба и без пречки и селекција од страна на вработени кои не се медицински лица. Информациите за тоа како да се дојде до лекарски преглед како и за самата организација на здравствената заштита во затворот треба да му се дадат на секое ново лице кое се прима во затворот, пожелно во писмена форма. Пристапот до секундарна (специјалистичка) и болничка нега, по упат на општиот лекар, мора да го гарантираат или вработени или ангажирани специјалисти, особено психијатри, и секогаш кога е потребно тоа треба да биде во целосно опремени болници. Мора да постојат соодветни процедури за итна медицинска помош во секое време при итни ситуации. Непречен пристап до здравствената заштита во центрите за притвор и во затворите значи дека затворската управа и властите мора да обезбедат доволно здравствени работници во затворот и добра комуникација и соработка со здравствените работници и болници надвор од затворот.

б) **Еквивалентност на негата** значи да се обезбеди еднакво ниво на негата и во затворот како и во заедницата. Ова може да се постигне единствено со блиска соработка и интеграција на здравствената заштита во затворот со здравствената заштита во заедницата и јавното здравство, во однос на регулативи, постапки за лиценцирање, надзор и контрола на минималните услови

Европски затворски правила 2006 година, Совет на Европа Правило 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

¹⁴ Совет на Европа. Стандарди на ЕКПТ: Основен текст од Општите извештаи на ЕКПТ, Извадок од 3-иот Општ извештај од 1993 година, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

¹⁵ Изјава за физички претрес на осудените лица, Светска медицинска асоцијација, 2017 година,

<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners>

Изјава за чување во изолација, Светска медицинска асоцијација, 2017 година,

<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement>

¹⁶ Види фуснота 14.

за опрема и квалификации, заедничка обука на вработените и исти постапки за ангажирање на медицински персонал, како и вклучување на осудените лица во националните програми за здравство. Покрај тоа што е етичко начело, интеграцијата и еквивалентноста на здравствената заштита во затворите и заедницата е исклучително важна и за јавното здравство како што е и јасно наведено во меѓународните документи.¹⁷¹⁸ Имајќи предвид дека интеграцијата е институционална последица на начелото на еквивалентност, некои стручни лица предлагаат дури и да се нарекуваат единствено начело на еквивалентност и интеграција.¹⁹ Имајќи предвид дека процентот и сериозноста на многу здравствени проблеми кај осудените лица се многу повисоки отколку во заедницата и дека државата има обврска да се грижи за овие лица, стручните лица наведуваат дека може и да не е доволно нивото на здравствената заштита во затворите да биде еднакво на тоа во заедницата, туку дека треба да биде дури и повисоко.²⁰

в) **Согласноста на пациентот и медицинската доверливост** не треба да се разберат само како важни етички начела на здравствената заштита, туку исто и како неизбежна професионална алатка за обезбедување здравствена заштита: без соработка и согласност од пациентот не може да се очекува успех во лекувањето, а без доверба во професионалната доверливост на медицинскиот тим, нема да може да се добие целосна анамнеза од пациентот.

Секој пациент способен за расудување може слободно да одбие лекување или некоја друга медицинска интервенција. Секое отстапување од ова основно начело треба да биде согласно закон и само поради јасно и строго дефинирани исклучителни околности кои важат и за целото население.

Лекарската доверливост мора да се заштити во текот на испитувањата и прегледите, кои по правило, треба да се вршат на само, во ординацијата на лекарот. Другите вработени лица во затворот не треба да го слушаат разговорот за време на прегледите - освен ако лекарот не побара поинаку – и не треба да гледаат што се случува за време на прегледот. Доверливоста исто така мора да се почитува и при подготвување и чување на медицинските картони. Целта е да не се откријат податоци без јасна дозвола на пациентот или со судска наредба. Медицинските информации треба да се доверливи, освен во ситуација кога одржувањето на таквата доверливост ќе доведе до реална и непосредна опасност за пациентот или за други лица.

Сите повреди на начелата за согласност на пациентот и медицинската доверливост во ситуација кога тоа е потребно, мора да се добро образложени и внимателно документирани од страна на лекарот во картонот на пациентот.

г) Покрај куративната и палијативната нега, здравствената заштита во затворите вклучува и **превентивна здравствена заштита**, како на пример:

¹⁷ СЗО/УНОДЦ: Добро управување со здравствената заштита во затворите во 21 век. Стратешки документ за организација на здравствената заштита во затворите.
https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

¹⁸ Декларација на СЗО Москва за здравствената заштита во затворите, како дел од јавното здравство.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>

¹⁹ Види фуснота 17.

²⁰ Лајнс Р. Од еквивалентност на стандардите до еквивалентност на целите: Право на осудените лица на стандарди за здравствена заштита кои се повисоки од тие надвор од затворите. Меѓународен журнал за здравјето на осудените лица (2006) 2:269-280.

► контрола над условите за живот, како што се простор, чистота и хигиена, санитарни услови, контрола на квалитетот на храната и водата, греење, осветлување, вентилација, физички и ментални вежби. Иако во најголем дел од затворските системи согласно казнените закони, раководителот на медицинскиот тим во затворот или главниот лекар има право да врши надзор над овие услови за живот, потребно е да се сфати дека за сеопфатен надзор со висок квалитет, вклучително и за редовна бактериолошка проверка потребна е поддршка, експертиза и технички алатки кои ги има во целосно опремените здравствени установи и лаборатории. Ова е уште еден аргумент за поблиска соработка/ интеграција со јавното здравство во заедницата;

► за подобрување на здравјето на сите лица кои живеат и работат во затворската средина, како и подобрување на менталното здравје, спречување на насилство и самоубиства исто така е потребна поддршка од јавноздравствените установи како што наведено и подолу во поглавјето „Затвор: патогена средина и можност за подобрување на здравјето“;

► за спречување на ширењето на заразни болести, како што се туберкулозата, туберкулозата отпорна на лекови и други вирусни инфекции кои се пренесуваат преку крв; хепатит Б и Ц и ХИВ/СИДА, кои се со многу повисока преваленција во затворите отколку во заедницата и за други превентивни активности, дијагностика, лекување, епидемиолошки анализи и документирање на таквите инфективни болести, исто така е потребна интеграција со јавноздравствените институции и нивните релевантни национални програми.

д) **Хуманитарна помош** во затворите е потребна за осудените лица кои се особено ранливи во тоа опкружување поради нивниот пол, возраст, физички или ментални пречки, видот на кривичното дело, или пак нивната припадност на етнички, религиозни, политички или сексуални малцинства. Здравствените работници можат да ја идентификуваат нивната ранливост при доверливи лекарски прегледи / испитувања и со нивна согласност, да ја советуваат затворската управа да им ги задоволи тие нивни посебни потреби и да обезбеди нивна заштита, како на пример избор на соодветно место за нивни престој во затворот.

ѓ) *Професионалната независност на медицинскиот персонал од затворските власти е голем предизвик за здравствената заштита во затворите. Според Светската медицинска асоцијација, професионалната автономија и клиничката независност се „гаранција дека лекарите ќе имаат слобода да носат професионални одлуки во врска со негата и лекувањето на нивните пациенти, без непотребно влијание од надворешни страни или лица“, и дека „тоа е важна компонента на квалитетната медицинска нега и основно начело за професионалноста во здравствената заштита“.²¹ Одржувањето на професионална клиничка независност е особено тешко во средина каде што има принуда, како што се центрите за притвор и затворите. Ризикот од мешање на затворската управа во клиничката независност е поголем доколку здравствената заштита е директно подредена на управата, особено во хиерархии слични на воените. Здравствените работници кои истовремено работат и во затвор и во заедницата поверојатно ќе го зачуваат своето чувство на професионална независност. Колку е поголема соработката со и надзорот од националните здравствени органи, толку е помал ризикот да има несоодветно мешање во*

²¹ Светска медицинска асоцијација. Сеулска декларација за професионална автономија и клиничка независност, 2008 година. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>

клиничката независност од страна на затворските власти.²² Подобрувањето на клиничката независност на медицинските работници во затворите е една од причините поради која надлежноста над здравствената заштита во затворите се пренесе од затворската управа врз здравствените органи во заедницата. Државите кои ја имаат пренесено надлежноста над здравствената заштита во затворите кај министерствата за здравство или на јавноздравствените установи пријавуваат се поголема професионална независност на здравствените работници²³.

е) Професионалната стручност и клиничките вештини кои се потребни за да се обезбеди здравствена заштита во затворите обично се потценуваат и од останатите професии и од колегите медицински работници. На ниво на примарна здравствена заштита, покрај сета стручност на општ или семеен лекар, или пак медицинска сестра, потребно е и добро познавање на медицинската етика во затворите, на честите здравствени проблеми во затворите, како што се ментални заболувања, зависности и преносливи болести, како и знаење за професионални проверки, документирање и пријавување на насилство.

Здравствените работници кои работат во затворите мора да ги посетуваат истите настани за стручен развој (постојана медицинска едукација) како и нивните колеги кои работат во заедницата; со цел да се обезбеди професионална обука и постојана медицинска едукација како и акредитација и лиценцирање на медицинскиот персонал во затворите, неопходна е блиска соработка и интеграција со јавноздравствените органи.

²² Понт Џ, Енгист С, Стовер Х, Вилијамс Б, Грајфингер Р, Волф Х: Управување со здравствената заштита во затворите: гаранции за клиничка независност. Американски журнал за јавно здравје (2018) 108(4) 472-476

²³ Хајтон П, Гедерер А, Фрејзер А. Пациент или затвореник: дали е важно кое министерство е одговорно за здравјето на осудените лица? Информативен документ за состанок на мрежата, Копенхаген; Светската здравствена организација, Регионална канцеларија за Европа, EUR/10/05, октомври, 2010 година.

Организациски и управувачки структури за здравствена заштита во затворите во земјите-членки на Советот на Европа

Во последните години, во бројни држави направени се промени во структурата на здравствените служби во затворите. Степенот на соработка со јавното здравство е различен во различни земји. Во некои држави, одговорноста за управување со здравствената заштита во затворите е одговорност на Министерството за здравство, додека во други има посебен сектор во Министерството за правда, а пак во неколку држави единствено одговорни за здравствената заштита во затворите е самите затворски управи. Различните пристапи во земјите-членки на Советот на Европа исто така се гледаат и од одговорите на прашалникот кој Советот на Европа го испрати во 2015 година до релевантните институции во своите земји-членки, преку нивните претставници во Европскиот комитет за проблеми со криминалот (ЦДПЦ). Од 47 земји-членки, 34 земји во кои има 49 затворски системи (вклучително со државите и кантоните во сојузните држави) доставија пополнети прашалници. Поради тоа собраните информации даваат само општ преглед на различните структурни модели или на тековните промени, недостатоци и предизвици со кои се соочуваат релевантните институции.

Истражувањето покажа дека начинот на буџетирање на здравствената заштита во затворите значително варира во различни земји-членки: или вкупниот буџет го обезбедува министерството одговорно за затворскиот систем (заедно или одделно од вкупниот буџет за затворите) или пак тој се обезбедува делумно од министерството одговорно за затворската служба и делумно од здравствените институции во заедницата, а тој процент варира од 3% до 96.5 %. Во една земја-членка, Министерството за здравство ги покрива трошоците на здравствените услуги кои се обезбедуваат преку програми кои ги финансира државата (како што се програмите за онкологија, туберкулоза, ХИВ/СИДА). Во друга, поддршката ја обезбедува Глобалниот фонд за ХИВ и туберкулоза. Во четири земји здравствената заштита во затворите целосно се обезбедува со средства од здравствените институции во заедницата.

Се препорачува разделување на буџетот за здравствената заштита од буџетот за затворите на институционално и на централно ниво со цел да се овозможи подобро управување со потребите за здравствена заштита, одделно од финансиските потреби поврзани со работењето на затворите.

Само во некои земји-членки за осудените лица има и задолжително јавно здравствено осигурување. Во неколку други земји, осудените лица имаат или државно задолжително здравствено осигурување стекнато пред нивното одење во затвор, или пак од нив се бара самите да го плаќаат трошокот за здравствените услуги.

Според меѓународните стандарди,²⁴²⁵ обезбедувањето на потребните здравствените услуги треба да е бесплатно.

Вкупниот износ по жител кој се троши на здравствената заштита во затворите се движи од 85 евра до 9205 евра, а средината е некаде 801 евро. Оваа голема разлика мора внимателно да се

²⁴ Стандарди на ООН за минимум правила при постапување со осудените лица (Правилата на Нелсон Мандела). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

²⁵ Коментар за препораката P(2006)2 Европските затворски правила на Комитетот на министри до земјите-членки во врска со Европските затворски правила;
https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

толкува, бидејќи не е одраз само на големите разлики во богатството на земјите-членки, туку исто така произлегува и од разликите во структурата и ефикасноста на администрацијата.

Во некои случаи за **управување** со затворите или со центрите за притвор се ангажирани надворешни соработници односно комерцијални приватни компании или пак само за здравствените услуги во државните затвори се ангажирани компании кои работат за профит.

Начинот на **вработување** на здравствените работници исто така е различен: во најголем дел од земјите работат цивилни лекари, државни службеници и приватно ангажирани лица, додека во некои држави целосно или делумно здравствените работници се интегрирани со униформираниот персонал во затворот. Медицинскиот персонал некаде е вработен со полно работно време некаде со половина работно време, некаде е платен од министерството одговорно за затворската служба, а некаде од здравствените установи во заедницата. Висината на платите во некои држави е еднаква, некаде повисока а некаде пак пониска од платата на таквите профили вработени во заедницата.

Во однос на **соработката** на здравствениот персонал од затворот со здравствените работници во заедницата исто така има значителни разлики: во некои држави има определена соработка со Министерството за здравство / јавноздравствените органи, како на пример во врска со оценката и инспекцијата на хигиената, храната, животните услови и медицинската документација, лиценцирањето/сертификацијата на здравствените услуги во затворите и спречување на заразните болести во затворите. Кај некои земји постојат национални стандарди за здравствената заштита во затворите и/или стандардни оперативни процедури во вид на национални упатства за управување со постојните здравствени услуги како и за идни структурни и управувачки процеси поврзани со здравствената заштита во затворите.²⁶

Во сите држави кои одговориле на прашалникот, **примарна здравствена заштита** се обезбедува во затворите, додека болничка нега се обезбедува или само во цивилните болници или истовремено и во затворските болнички објекти и во цивилни објекти.

Во некои држави, **управувањето со здравствената документација** и со картоните, се врши преку електронски софтвер во сите затвори, во други држави така е само во некои затвори и во останатите држави ваквото управување воопшто не се врши електронски.

Информациите од 2017 година кои се надополнување на претходно собраните податоци²⁷ покажаа дополнително неколку земји-членки во кои здравствената заштита во затворите била целосно под надлежност на Министерството за здравство и/или јавните здравствени власти, додека бројот на оние земји каде здравствените органи биле делумно или регионално одговорни за здравствената заштита во затворите или пак биле во процес на преземање на таквата одговорност останал ист, а се намалил бројот на оние земји каде управувањето со здравствената заштита во затворите било во целосна надлежност на министерството одговорно за затворите, односно Министерството за правда, Министерството за поправно-казнени прашања или Министерството за внатрешни работи.

Со намера да се обезбеди поголема независност на здравствените работници и на здравствената управа од управата на затворот, неколку земји-членки имаат формирано

²⁶ На пр. Стандарди за медицински услуги и дополнителни стандарди за медицински услуги за лицата со посебни потреби во затворите и објектите за притвор во Грузија.

²⁷ Совет на Европа, Мултилатерална средба за организација и управување со здравствената заштита во затворите, Стразбур, 12-13 октомври, 2017 година. Одделение за соработка за прашања во врска со кривичното право, <https://www.coe.int/en/web/criminal-law-coop>

медицински сектори директно под надлежност на релевантното министерство или под директен надзор на собранието. Таквите модели на управување овозможуваат независен буџет, одделен од другите големи финансиски потреби во затворите.

Во ситуација кога има голема разноликост на структурите за управување со здравствената заштита во затворите во земјите-членки на Советот на Европа, прашањето што се поставува е кој од овие модели би бил најдобар и би обезбедил најголем квалитет и ефикасност во обезбедување здравствена заштита на осудените лица. Во моментот нема прецизен одговор на ова прашање, поради тоа што нема систематски собрани податоци за здравствената заштита во затворите во најголем дел од земјите и нема индикатори за успешноста на здравствената заштита кои можат да се применат во меѓународен контекст со цел да се направат компаративни студии, иако на национално ниво веќе постојат такви индикатори.²⁸

Во текот на последните три децении во светот има постојано зголемување на бројот на земји кои ја префрлиле одговорноста за управување со здравствената заштита во затворите на Министерството за здравство или на јавноздравствените органи. СЗО и УНОДЦ силно го поддржуваат ова, нагласувајќи дека „министерствата за здравство треба да обезбедат и да бидат одговорни за здравствената заштита во затворите и да се залагаат за здрави услови во затворите согласно еквивалентноста на неа и интеграција на здравствената заштита во затворите во јавното здравство и професионална независност на медицинскиот персонал во затворите од затворската управа“.²⁹ Државите кои го префрлиле управувањето со здравствената заштита во затворите од затворската управа на министерствата за здравство или на јавноздравствените органи пријавуваат поголема професионална независност за здравствените работници³⁰, и иако сè уште со недоволно докази, значително подобар квалитетот на здравствената заштита.³¹ Сепак, СЗО и УНОДЦ јасно посочија дека „префрлањето на здравствената заштита во затворите во надлежност на министерствата за здравство ќе биде долг процес“, (генерално на државите им треба повеќе од 10 години за да го завршат процесот) и дека „за успех и намален ризик за здравјето на осудените лица потребно е овој процес да биде од најголема политичка важност, да има добра комуникација низ сите нивоа на управување и вработени и внимателно да се планираат и спроведуваат практичните чекори со земање предвид на сите буџетски импликации и пренос на средства.“³²

²⁸ Кинтц, Кимберли Е., „Мерки за квалитет при корективна здравствена заштита“ (2013). Истражувачка архива. 990. Јавно здравство во Англија, Годишен зборник за здравство и правда 2016/17

²⁹ СЗО/УНОДЦ: Добро управување со здравствената заштита во затворите во 21 век. Стратешки документ за организација на здравствената заштита во затворите.
https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

³⁰ Хајтон П, Гедерер А, Фрејзер А. Пациент или затвореник: дали е важно кое министерство е одговорно за здравјето на осудените лица? Информативен документ за состанок на мрежата, Копенхаген; Светската здравствена организација, Регионална канцеларија за Европа, EUR/10/05, октомври, 2010 година.

³¹ Јавно здравје во Англија. Брза анализа на доказите за влијанието на здравствените исходи од здравствените услуги платени од Националната здравствена служба за лица во безбедни и чувани средини со цел да се донесат информирани одлуки за идни интервенции и приоритизација во Англија. Лиман Џ, Ричардс АА, Емсли Л и О'Мур ЕЏ: Подобрување на здравјето во затворите - од докази до политики и спроведување – искуствата на ОК. Меѓународен журнал за здравјето на осудените лица 13; 139-147, 2017.

³² СЗО/УНОДЦ: Добро управување со здравствената заштита во затворите во 21 век. Стратешки документ за организација на здравствената заштита во затворите.
https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

Некои држави кои започнаа со процесот на префрлање пријавуваат и тешкотии и посочија и можни несакани последици, како што се: несогласување меѓу казнените институции и јавноздравствените субјекти кои обезбедуваат здравствена заштита во затворскиот систем; организациска промена во здравствените услуги во затворите која не е суштинска, туку е само површинска; недоволна координација и соработка меѓу стражарската служба и здравствените работници; недоволен континуитет на нега за осудените лица доколку примарната здравствена заштита ја обезбедуваат дежурни здравствени работници од локалните здравствени институции; загриженост дека стражарската служба може да добие репресивна улога или да ја загуби контролата; загриженост меѓу здравствените работници во заедницата поради зголемениот обем на работа со дополнителни должности и тоа што мора да работат со непозната категорија на пациенти; загриженост дека осудените лица ќе добијат нега со помал квалитет во јавноздравствените установи отколку другите пациенти.³³

Во некои држави се размислува или планира префрлање на надлежноста и управувањето со здравствената заштита во затворите од Министерството за правда на Министерството за здравство/јавноздравствените власти, но до сега не успеале да го завршат овој процес, главно поради недоволна подготвеност на јавноздравствените органи.

И покрај различните организациски и управувачки структури за здравствена заштита на осудените лица, во наведените Препораки на Комитетот на министри на Советот на Европа, ревидираните Стандарди на ООН за минимум правила за постапување со осудени лица (правилата на Нелсон Мандела)³⁴ и декларациите на СЗО се истакнува дека здравствената заштита за осудените и притворените лица е одговорност на целата држава и треба колку што е можно повеќе да биде усогласена, интегрирана и компатибилна со националните здравствени политики.

³³ Палумбо Р, Анарума Ц, Адинолфи П, Танцот на промена во казненопоправната нега: површни промени или нов рецепт за нега во казненопоправните установи? Студи Организативи 2:17-43, 2018 DOI 10.3280/SO2017-0020021. Дубоа Ц, Линчет С, Махиу Ц, Рејнарт Ј-Ф, Серон П. Модели за организација на здравствените услуги во затворите во четири држави. Истражување на здравствените услуги (HSR) Брисел: Белгиски центар на знаење за здравствената заштита (KCE). 2017. Извештаи на KCE 293. D/2017/10.273/69.

³⁴ Стандарди на Обединетите нации за минимум правила за постапување со осудените лица (Правилата на Нелсон Мандела). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

Меѓусекторска соработка

Имајќи предвид дека обврската за обезбедување здравствена заштита на осудените лица е на целата држава и дека здравствената заштита неизбежно вклучува многу учесници од различни сектори, постои потреба за лидерство и одговорност од највисоките кругови на владата како и механизми за да се обезбеди соработка и на национално ниво (во некои земји одговорноста може да е спуштена на регионално ниво, на пример на ниво на држави, кантони, подредени управи) и на локално ниво. Алокацијата на ресурсите и трансферот на ресурси кога услугите се пренесуваат од една управа на друга е контроверзно прашање, така што и министерството за финансии треба да биде дел од меѓусекторскиот механизам за соработка.

Еден механизам за оптимална употреба на достапните ресурси, определување на дополнителните потреби и обезбедување на ефективна соработка е формирање на меѓуминистерски управувачки комитет под кабинетот на премиерот.

Без оглед дали одговорноста за обезбедување здравствена заштита ќе се даде на Министерството за здравство или ќе остане под затворската управа, и двата органи мора да преземат одговорност. Другите вклучени органи, како на пример полицијата, честопати има задолженија при пренос на осудените лица во болници и или за обезбедување за време на прегледите.

Јасно е дека е подобро доколку специјалистичките прегледи се вршат во затворите и се намали потребата од присуство на полицијата во болниците. Меѓутоа за организирање на таквите ординации, потребни се ресурси од друг сектор. Тоа подразбира вработување на специјалисти и опремување на ординации за офталмолошки, оториноларинголошки или гинеколошки прегледи. Исто така, подобро е да има и радиолошка опрема и ултразвук (ехо), но за тоа се потребни инвестиции и обучен персонал.

На локално ниво, исто така треба да има канали за комуникација и механизми за решавање на проблемите. Болничката управа мора да ги согледа потребите на осудените лица и треба да се почитува авторитетот на лекарите кои работат во затворите. Сите специјалисти треба да се должни да работат со осудени лица, со цел да се спречат пречки и отпор, и навремено вршење на хируршките и другите специјалистички постапки. Осудените лица треба да имаат реален пристап до сите здравствени услуги кои ѝ се достапни на јавноста, па дури и до најсофистицираните и најскапите: модерни техники за снимање како што се компјутерска томографија и магнетна резонанца, хемотерапија и радиотерапија за карцином, кардиолошки операции, неврохирургија и трансплантација.

На практично ниво, треба да има инфраструктура за да се овозможат овие прегледи и лекувања а истовремено да се почитуваат интимноста и приватноста на осудените лица. За ова сигурно е потребно добро планирање и инвестиции со учество на болничките управи, затворските управи и полицијата. Ако не се планира и се бара решение кога ќе се јави потребата од нешто, тогаш сигурно ќе се обезбедат подооптимални решенија.

Сепак, доколку одговорностите за здравствена заштита на осудените лица се распределени меѓу повеќе институции и сектори, потребно е планирање однапред и меѓуминистерска соработка.

Здравствена заштита на осудените лица: одговорност на целата држава

Кога државата ќе лиши некого од слобода, презема посебна одговорност за да се грижи за неговото здравје. Осудените лица немаат друга можност, освен да се потпрат на властите да го штитат и подобруваат нивното здравје. За да се заштити нивното право на здравје, меѓународните закони ѝ наложуваат на државата да донесе и спроведе закони за условите во кои се задржуваат лицата и потребното лекување за секое лице.³⁵ Обврската на властите да обезбедат соодветна здравствена заштита за осудените лица има импликации не само врз осудените лица туку и врз затворските управи, како и врз јавното здравство во целата држава.³⁶ Поради тоа, потребна е тесна соработка и интеграција на здравствената заштита во затворите со структурите од јавното здравство.

При управување и раководење со здравствената заштита во затворите, државата има обврска одговорно да обезбеди соодветна здравствена заштита за осудените лица, како и директна отчетност на владата и собранieto.

Врз основа на овој концепт, како пример на добра политика, неколку земји-членки медицинските одделенија во затворите ги имаат подредено директно под релевантното министерство наместо под затворската управа. Така затворската управа нема да може да тврди дека финансиските ограничувања или недостигот на ресурси се причина за недостатоците во здравствената заштита за осудените лица. Едно од основните начела во Европските затворски правила предвидува „Условите во затворите кои ги повредуваат човекови права на осудените лица да не се оправдуваат со немање средства.“³⁷ ЕКПТ нагласува „дека во време на економски тешкотии - како тие со кои се соочуваат многу земји во кои ЕКПТ ги спроведува своите посети - мора да се прават жртви, вклучително и во затворите. Сепак, со тешкотии се соочуваме постојано, а лишувањето на лице од слобода секогаш подразбира одговорност за грижа со ефективни методи за превенција, проверки и лекување.“³⁸

Затворот: патогена средина и можност за подобрување на здравјето

³⁵ Обединетите нации: Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права член 12 <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>; Комитет на ООН за економски, социјални и културни права (CESCR), Општ коментар бр. 14: Правото на највисокиот можен стандард на здравје (член 12 од Пактот), 11 август 2000 година, E/C.12/2000/4, достапен на: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

³⁶ Декларација на СЗО Москва за здравствената заштита во затворите, како дел од јавното здравство. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>

³⁷ Европски затворски правила 2006 година, Совет на Европа Правило 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

³⁸ Совет на Европа. Стандарди на ЕКПТ: Делови од Општите извештаи на ЕКПТ, Извадок од 3-иот Општ извештај од 1993 година, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

Затворите се парадигма за она што социолозите Гофман и Фуко го нарекуваат „тотални институции“,³⁹ односно, затворена средина изолирана од надворешното општество, со хиерархиски структури за сите аспекти на животот на едно исто место, репресивен и бирократски режим, строга дисциплина и постојан надзор кој провоцира насилни поткултури и осудените лица немаат речиси никаква поединечна одговорност и се лишени од своите социјални врски, ресурси, приватност, стимулуси, избори и автономија. Тие карактеристики се целосно спротивни на она што СЗО смета дека е средина која го подобрува здравјето.⁴⁰ Тие особено негативно влијаат врз психосоцијалната добросостојба и ги влошуваат постоечките психосоцијални и ментални болести на лицата кои живеат во таквата средина. Ова уште повеќе предизвикува загриженост, бидејќи според меѓународно собрани податоци⁴¹ и до 70% од осудените лица страдаат од ментални проблеми. Главната причина за смрт во затворите е самоубиството, речиси половина од смртните случаи во затворите се од самоубиство.⁴²

Покрај проблемите со менталното здравје, насилството, зависноста од дрогата и инфективните заболувања, туберкулозата, хепатитот Б и Ц (ХБЦ, ХЦВ) и ХИВ се исто така доминантни здравствени проблеми во притворските одделенија и во затворите. Во светски рамки, насекаде има повисока преваленција на ХИВ, ХЦВ, ХЦБ, туберкулоза и истовремени инфекции од туберкулоза и ХИВ меѓу осудените лица отколку во заедницата, особено кај осудените лица кои инјектираат дроги. Ова е предизвикано и од непропорционално поголемиот број лица во затворите кои се од посиромашни слоеви во општеството и големиот број лица кои инјектираат дроги.⁴³

Ограничениот простор за живот во затворите, постојаното ризично однесување на осудените лица и недоволните превентивни мерки или мерки за намалување на штетата го овозможуваат пренесувањето на инфекциите во затворите и предизвикуваат епидемии на инфективни заболувања кои влијаат врз осудените лица но исто и врз другите вработени, роднини, а и врз целата заедница откако лицата ќе излезат од затвор. Според најновото сеопфатно глобално истражување и анализата на превентивни интервенции, најнефективен начин да се контролираат овие инфекции во затворите е да се намали затворањето на лица кои инјектираат дроги или да се користат други санкции кои не подразбираат затворање.⁴⁴

Сепак, затворањето исто така може да понуди и можност за подобрување на здравствената заштита за некои лица, особено за тие кои немале пристап до здравствена заштита во заедницата пред одењето во затвор. За некои од нив, лекарскиот преглед при прием во затворот може да е првата можност за сеопфатна лекарска проценка, и да доведе до откривање, дијагноза и лекување на ментални и/или физички здравствени проблеми. За лица кои имале хаотичен начин на живот, особено за пациенти зависници, контролата и структурираниот дневен живот во затворот за прв пат ќе им даде можност да имаат здравствена заштита,

³⁹ Гофман, Ирвинг (1961). Душевна болница: есеи за социјалната состојба на душевните пациенти и на другите затвореници. Енчор Букс Мишел Фуко (1975), Гледај и казни, раѓањето на затворот, Парис, Галимар

⁴⁰ СЗО, Канцеларија за унапредување на здравјето, Отава.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

⁴¹ Фејзел С, Денеш Џ. Сериозни ментални заболувања кај 23000 осудени лица: систематска анализа на 62 истражувања. Ленсет 2002 година; 359: 545–50.

⁴² Фејзел С, Бајларгеон Џ. Здравјето на осудените лица. Ленсет 2011; 377: 956–65

⁴³ Долан К, Виртц АЛ, Моазен Б и други. Глобалниот товар на ХИВ, вирусниот хепатит и туберкулозата кај осудените и притворените лица. Ленсет (2016) 388:1089-1102

⁴⁴ Види фуснота 43.

образование, да го подобрат здравјето, да користат превентивни мерки (како што се вакцинација и обука) и да применат техники за намалување на штетата.

Покрај можностите за поединечна здравствена заштита и подобрување на здравјето, политиката на затворот е да го штити здравјето на сите лица кои живеат и работат во затворите, преку достапните ресурси и можности⁴⁵ и да ги намали ризиците по здравјето во затворската средина. Согледувањето на важноста на здравјето во затворите неговата поврзаност со јавното здравје ќе овозможи спроведување на политика за подобрување на здравјето поддржана од јавноздравствените власти. Унапредувањето на здравјето во затворите се состои не само од здравствена едукација (пожелно преку едукација од други лица од затворот), превенција на заболувања и намалување на штети, туку исто и од унапредување на менталното здравје. Примери за конкретни политики за унапредување на менталното здравје се: намалување на стресот преку обезбедување лична поддршка, зголемување на способноста за справување со затворената средина и спречување на самоубиства, гарантирање на безбедна, чиста и хигиенска средина, создавање на атмосфера на пристојност и почит, ценење на сработеното, подобрување на знаењето и вештините; поддршка за креативност на работа, при едукација и во слободното време, почести контакти со надворешниот свет, лична приватност и достапност на различни избори.

Поконкретно придобивките од политиките за унапредување на здравјето во затворите се следни:

- ▶ **за осудените лица:** подобра емоционална и физичка добросостојба, способност за справување со ситуацијата, самодоверба и социјални вештини, способност соодветно да се користи времето и да се планира реалистично за во иднина; социјална инклузија и подобри шанси за рехабилитација; намалување на веќе постоечките ментални проблеми или на веројатноста да се стекнат нови физички или ментални болести;
- ▶ **за вработените:** поголем морал и задоволство од работата, помалку напнатост и стрес, подобро ментално и физичко здравје;
- ▶ **за затворот:** подобрена безбедност поради подобрите односи меѓу осудените лица и вработените, побезбедна средина со помалку тензии и напади, полесно ангажирање и задржување на вработените, помалку боледувања и инвалидски пензии, поголема ефикасност и економичност;
- ▶ **за заедницата:** поголема веројатност за успешна рехабилитација на осудените лица ослободени во заедницата, помало ширење на заразните болести, помалку ментални растројства меѓу ослободените осудени лица и поголема безбедност.

Соработка и интеграција на услугите за здравствена заштита во затворите

⁴⁵ СЗО Европа: Затворите и здравјето, 2014. Подобрување на здравјето во затворите: поставување на пристапот стр. 180-184. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health> СЗО, Канцеларија за унапредување на здравјето, Отава. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Во коментарите кон Европските затворски правила, во врска со Правилото 40, кое се однесува на блиските релации, интеграцијата и компатибилноста со националните здравствени политики се наведува дека:

*„Најефективен начин за спроведување на Правилото 40 е органот за здравство на централно ниво да биде одговорен и за обезбедување на здравствена заштита во затворите, како што е случај во многу европски држави. Доколку тоа не е така, тогаш треба да има колку што е можно поблиски релации меѓу давателите на здравствени услуги во затворите и давателите на здравствени услуги надвор од затворот. Ова не само што ќе овозможи континуитет на лекувањето, туку исто така ќе овозможи осудените лица и вработените да имаат поголеми придобивки од најновите достигнувања во лекувањето, професионалните стандарди и обуката“.*⁴⁶

Има многу причини зошто висококвалитетните здравствените услуги во затворите треба да се потпрат на соработка и интеграција со здравствените органи и здравствените услуги во заедницата.

Како што е нагласено во горесцитираните етички начела за здравствената заштита во затворите, буквално е невозможно да се постигне и одржи еквивалентност и висококвалитетна здравствената заштита без тесна соработка со јавноздравствените структури.⁴⁷ Начелата за професионална независност и професионална стручност на медицинскиот персонал во затворите исто така многу зависат од усогласеноста со здравствените политики во заедницата.

Затворската управа, ретко и речиси никогаш, нема знаење и алатки за професионална проверка и контрола на хигиената, санитарните услови, храната, водата и безбедно отстранување на комунален и медицински отпад. Во најголем дел од затворите главниот лекар во затворот е задолжен за овие проверки, но честопати и тој ја нема потребната обука, знаење и опрема. Покрај тоа, доколку професионалниот надзор над овие клучни прашања го вршат надворешни надлежни тела, како на пример Министерството за здравство или други јавноздравствените органи ќе се добијат пообјективни и независни проценки и предлози за подобрување.

Понатаму, затворските управи ретко имаат знаење за соодветно да ги оценуваат поплаките од осудените лица во однос на здравствената заштита. Овие поплаки треба да се достават до независни здравствени професионалци. Здравствените работници во затворите треба да подлежат на истите дисциплински постапки како и здравствените работници во заедницата. Осудените лица треба да имаат право да доставуваат поплаки во врска со здравствената заштита директно до дисциплинскиот орган, без тие да поминуваат низ затворската управа и треба да можат да дадат изјава пред дисциплинскиот орган.

Предизвикува загриженост што во неколку земји-членки, просториите, опремата и стручните квалификации на здравствените работници во затворите не подлежат на лицензирање и акредитација како тие што се бараат за здравствените работници во заедницата. Ова се однесува и на доказот за постојана медицинска едукација на здравствените работници кои работат во затворите. Голема слабост на здравствената заштита во затворите во некои земји-

⁴⁶ Коментар за препораката R(2006)2 на Комитетот на министри до земјите-членки во врска со Европските затворски правила;

https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

⁴⁷ СЗО/УНОДЦ: Добро управување со здравствената заштита во затворите во 21 век. Стратешки документ за организација на здравствената заштита во затворите.

https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

членки, како што беше идентификувано со СВОТ анализата (анализа на силни страни, слабости, можности и закани) при претходно споменатото истражување, е што нема структурирана обука и постојана медицинска едукација за здравствените работници во затворите. Ова е недостаток кој треба и може да се поправи со помош и преку соработка со јавноздравствените институции за обука и постојан медицински развој.

Лиценцирањето, акредитацијата и доказот за постојана медицинска едукација на медицинскиот персонал и на службите за здравствена заштита во затворите треба да се во надлежност на јавноздравствените органи поради нивната експертиза за јавното здравје и административните структури.

Во многу држави има голем број поплаки од осудени лица во врска со здравствената заштита. Јавноздравствените власти ја имаат потребната медицинска стручност и објективност да одлучуваат за ваквите поплаки. Поради тоа потребна е соработка и во врска со ова.

Една темелна национална анализа и истражување на епидемиолошките податоци не може да не ги земе предвид епидемиолошките податоци добиени од осудените лица. Особено инфективните заболувања, како што се ХИВ, хепатитис и туберкулоза, кои се пренесуваат преку крв, како и зависноста од дрога и менталните растројства кои имаат значително повисока преваленција меѓу затворската популација отколку во заедницата. Покрај законски задолжителното пријавување на определени болести, споделувањето на анонимни епидемиолошки податоци за осудените лица со националните здравствени органи е предуслов за добивање на целосен преглед на епидемиолошката ситуација во земјата. Ова го олеснува планирањето и за акутни епидемиолошки вонредни ситуации како и на соодветните долгорочни јавноздравствени иницијативи кои ги вклучуваат осудените лица исто како и лицата во заедницата. Спроведувањето на мерки за намалување на штети во затворите во тесна соработка со јавноздравствените структури во заедницата, со цел да се спречи ширење на преносливите болести, е добар пример за таквите заеднички напори.⁴⁸

На ниво на индивидуална здравствена заштита, по испуштањето од затвор осудените лица поминуваат низ една особено опасна фаза во однос на континуитетот на здравствената заштита. Со цел да се намалат здравствените ризици и закани за јавното здравје, потребно е внимателно да се планира континуитет на здравствената заштита со здравствените служби во заедницата. Тоа е ризикот од пренос на инфективни болести или добивање заболувања кои се отпорни на лекување доколку се направи прекин во лекувањето или се прекинат мерките за намалување на штети, при што, особено кај зависници се јавува и ризик од смрт по испуштањето од затвор.

Соработка со јавноздравствените структури е потребна и кога на осудените лица им треба болничка нега која не може да се обезбеди во затворите. Потребно е внимателно планирање на потребите во соработка со цивилните болници што ќе овозможи лекување во итни ситуации, селективен болнички третман и оптимално и транспарентно користење на болничките капацитети.

Медицинската документација во затворите треба да се усогласи со медицинската документација во заедницата, односно треба да се користат истите обрасци или во печатена или во електронска форма, и задолжителната меѓународна класификација на болестите согласно

⁴⁸ УНОДЦ, СЗО, УНАИДС, МОТ: Стратешки документ. Превенција, лекување и нега на ХИВ во затворите и во други затворени средини, сеопфатен пакет на интервенции http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/enwww.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/

системот за кодирање на СЗО.⁴⁹ Ова овозможува проток на медицински информации при пренос на осудени лица во друг затвор, во цивилна болница или по испуштањето од затворот, до здравствените работници во заедницата. При управување и администрација на лекови во затворите треба да се користат системи за документација исти сто тие во здравствените установи во заедницата. Блиска соработка и интеграција со јавноздравствените структури е потребна и за воспоставување на компатибилен електронски систем за медицинска документација во затворите, усогласен со системот кој се користи во здравствените установи во заедницата.

⁴⁹ Меѓународна статистичка класификација на заболувања и на сродни здравствени проблеми, 10 ревизија (ICD-10) Верзија за 2016. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

Ангажирање и вработување на здравствени работници

Во гореспоменатото истражување со СВОТ анализа, недоволниот број на здравствени работници во затворите и недоволна структурирана обука и постојан професионален развој беа главни идентификувани слабости. Во некои земји-членки општиот недостаток на здравствени работници во заедницата дополнително придонесува за недостиг на здравствените работници во затворите. Други причини кои придонесуваат за тоа се: тешките работни услови и пациенти, ниска професионална почит и лоша социјална репутација, како и недоволен надоместок за работата. Во споредба со здравствените работници кои работат во јавноздравствените установи, платите на вработените во затворите се пониски во 11 земји, повисоки во 7 земји и еднакви во останатите земји кои учествуваа во истражувањето.

Недостигот на здравствени работници не е оправдување за осудени лица да се ангажираат за задолженија за кои е потребна специјализирана обука, дури и ако имаат медицински квалификации, или пак за нивно ангажирање како болничари или лица за дистрибуција на лекови.

Истражувањето покажа дека начинот на ангажирање на здравствените работници во затворите значително се разликува во различни земји-членки: некаде тоа се униформирани здравствени лица со воени чинови, некаде државни службеници; некаде тоа се лица вработени со договор на дело, а некаде со полно работно време или пак со пола работно време; во некои земји тие се здравствени работници кои работат само во затворите, а во други работат и во затворите и во заедницата. Во најголем дел од земјите-членки, истовремено постојат различни видови на вработување.

Униформираните здравствените работници и државните службеници пријавуваат дека имаат подобра општествена репутација, подобри социјални придобивки и надомест. Сепак, униформираните здравствените работници кои се во воени хиерархии се соочуваат со значителни предизвици за да ја задржат професионалната независност и лекарската доверливост кога истовремено работат со претпоставени кои не се медицински лица и кога се обидуваат да ја стекнат довербата од пациентите. Здравствените работници кои работат само во затворите со полно работно време може да гарантираат континуитет на медицинска нега, но потешко можат да го задржат чувството на еквивалентност со здравствената заштита во заедницата и својата професионална независност. Кај нив исто така може да недостига интелектуална стимулација и соработка со колегите од здравствените служби во заедницата.

Според ова истражување, соодносот меѓу медицински персонал вработен со полно работно време и бројот на осудени лица во земјите-членки се движи од 1/15 до 1/140, а средна вредност е 1/43. Поголемиот сооднос исто така одговара на резултатите од извештајот на SPACE од 2015⁵⁰ за состојбата во 36 земји кои доставиле извештаи за вкупниот број на медицински персонал со полно работно време: 1/41 (од 1/5 до 1/667). Јасно утврден стандард за овој сооднос нема од неколку причини: големината, структурите и задолженијата на казнените институции во голема мера се различни - на пример притворските центри каде многу побрзо се менуваат лицата и каде често има нови лица за кои е потребен лекарски преглед ќе имаат потреба од поголем број на медицински персонал отколку во установите за осудени лица -; нивото на стручна обука и вештини на лекарите и сестрите или на лицата за прва помош значително се разликуваат од земја во земја - на пример во некои земји општите лекари имаат солидно знаење за менталните

⁵⁰ Затворска статистика на Советот на Европа, <http://wp.unil.ch/space>

болести, додека во други земји немаат таква обука. Исто така во некои држави сестрите или лицата за прва помош се обучени за многу поголеми медицински одговорности, а во други земји тие не се прифатливи за овој профил. Сепак, постојат основни минимум барања кои се наведени во меѓународните препораки. Во Европските затворски правила и во нивниот Коментар⁵¹ се нагласува следното:

Сите потребни медицински, хируршки и психијатриски услуги како и оние кои се достапни во заедницата ќе им се обезбедуваат и на осудените лица за таа цел. Секој затвор ќе обезбедува услуги од најмалку еден квалификуван општ лекар. Ќе се направат услови, во секое време да има достапен квалификуван општ лекар за брза интервенција во итни ситуации. Доколку затворите немаат општ лекар со полно работно време, лекар со пола работно време редовно ќе го посетува затворот. За секое осудено лице ќе има достапен квалификуван стоматолог и оптичар. Во големите затвори, треба да има доволен број лекари вработени со полно работно време. Во секој случај, секогаш треба да има на располагање лекар да може да интервенира во ситуација на итност. Затворската здравствена служба ќе обезбедува и психијатриско лекување за сите пациенти кои имаат таква потреба и ќе обрнува специјално внимание за спречување на самоубиства.

Правилата на Нелсон Мандела⁵² предвидуваат:

Здравствената служба да се состои од интердисциплинарен тим со доволно квалификуван персонал кој делува со целосна клиничка независност и има доволно знаење за психологија и психијатрија. За секое осудено лице ќе има достапни услуги од квалификуван стоматолог. Сите затвори ќе обезбедат брз пристап до медицинска помош во ситуација на итност. Осудените лица за кои е потребно специјалистичко лекување или операција ќе бидат пренесени во специјализирани институции или во цивилни болници. Кога затворската служба има сопствени болнички простории, тие ќе имаат соодветен број на вработени и соодветна опрема со цел да им обезбедат на осудените лица кои се упатени на лекување соодветно лекување и нега. Лекарите, или доколку е применливо, останатите квалификувани здравствени работници ќе имаат секојдневен пристап до сите болни осудени лица, до сите осудените лица кои се жалат на физички или ментални проблеми или повреди и до секое осудено лице на кое е особено насочено нивното внимание.

Потребниот број здравствени работници за секој затвор најдобро се определува со тековна оценка на потребите, која ја вршат здравствените работници со соодветна документација за обемот на работа, честота и времетраењето на прегледите како и за потребите на пациентите за примарна и специјалистичка здравствена заштита (најдобро со електронско управување со здравствените податоци). На пример, за општите лекари потребно е да се земат предвид активностите кои одземаат време при прегледот за прием во затворот, како што се: добивање и евидентирање на анамнезата за пациентот, спроведување на целосен физички преглед, скрининг за ментални болести, самоубиствени нагони, употреба на дроги, симптоми на апстиненција, заразни болести, ментални или физички пречки, знаци/евиденција за насилство

⁵¹ Европски затворски правила 2006 година, Совет на Европа Правило 2.

https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

Коментар за препораката P(2006)2 Европските затворски правила на Комитетот на министри до земјите-членки во врска со Европските затворски правила;

https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

⁵² Стандарди за минимум правила за постапувањето со осудените лица на Обединетите нации (Правилата на Нелсон Мандела). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

и злоупотреба како и на лицето да му се дадат информации за организацијата на здравствената служба во затворот, за професионалната независност и доверливоста на медицинскиот тим како и за тоа кои се ограничувањата на истите, кои се правата и одговорностите на затворениците, за ризикот од пренесување заразни болести и мерките за намалување на штета кои се достапни во затворот.

Специјалистичките амбулантски услуги најефикасно се спроведуваат со модел на поликлиника, односно со ангажирани специјалисти кои редовно и/или по потреба го посетуваат затворот и прегледуваат пациенти во здравствениот оддел во затворот.

Многу земји-членки се соочуваат со проблеми при ангажирање на здравствени работници за работа во затворите, поради што има бројни слободни работни места. Со цел да се надмине оваа состојба, неколку земји-членки воведуваат различни стимулации за здравствените работници, како што се: поголеми плати во споредба со тие во заедницата, бонус за опасна работа, воспоставуваат соработка со медицинските факултети и нудат практиканство, ги плаќаат трошоците за обука од определен број години за лица кои потоа би биле ангажирани во затворот, нудат предвремено пензионирање или други социјални надоместоци.

Имајќи предвид дека здравството во затворите е важен дел од јавното здравство,⁵³ јавноздравствените органи треба да ја согледаат својата одговорност и да ја поддржат затворската управа да ги реши проблемите со ангажирање на здравствени работници кои би се грижеле за осудените лица.

Потребни се исто така заеднички напори за да и се објасни на јавноста и на носителите на одлуки дека обезбедување здравствена заштита во затворите е важна услуга на јавното здравство во заедницата. И општеството и колегите од здравството во голема мера го потценуваат потребното специјалистичко знаење за работа во затворот (посебни патологии), како и потребните вештини и искуство за работа во затворски услови. ЕКПТ предлага дека поради посебните карактеристики на здравствената заштита во затворите можеби е потребно да се воведат и посебна специјализација и за лекарите и за сестрите, која би се стекнувала по дипломирање и со редовни обуки на работното место.⁵⁴ Колку повеќе лица ги препознаат овие професионални барања толку професионалната и општествената репутација на здравствените работници кои се грижат за осудените лица ќе стане подобра, што може да поттикне и повеќе лица да изберат вакви работни места.

⁵³ Декларација на СЗО Москва за здравствената заштита во затворите, како дел од јавното здравство. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>

⁵⁴ Совет на Европа. Стандарди на ЕКПТ: Делови од Општите извештаи на ЕКПТ, Извадок од 3-иот Општ извештај од 1993 година, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

Примарна здравствена заштита

Според СЗО, суштината на примарната здравствена заштита (ПЗЗ) е негата за луѓето, а не толку лекување на посебни заболувања или состојби. При ПЗЗ вообичаено прв пат се среќаваме со здравствениот систем. Во неа се вклучени широк спектар на услуги кои опфаќаат превенција, скрининг, идентификација и управување со акутни и хронични здравствени состојби и палијативна нега. Истото се однесува и на ПЗЗ во затворите; единствено местото на кое се обезбедува примарната здравствена заштита е различно. Примарните здравствени служби треба да ги знаат потребите на пациентот при прием, особено менталните болести, зависностите и инфекциите, кои се многу чести во затворите. Службите за ПЗЗ треба да се грижат за нив додека се во затворот и да им помогнат да се подготват за животот по ослободувањето.⁵⁵ За значителен број на осудени лица кои, поради лошите општествени состојби или хаотичниот начин на живот, не биле во контакт со здравствените служби во заедницата пред да дојдат во затворот, ПЗЗ во затворот може да е првата можност за целосен лекарски преглед и за детекција, дијагноза и лекување на менталните и/или физичките здравствени состојби.

Покрај скринингот за ментални или физички здравствени состојби, лекарскиот преглед при прием во затворот треба да утврди и дали има исто така знаци на повреди и злоупотреба кои може да се случиле и пред приемот во затворот. Важно е да се забележат исказите, да се забележат и документираат повредите, да се извлечат заклучоци во врска со совпаѓањето на повредите и тврдењата и овие случаи да се пријават согласно препораките на ЕКПТ⁵⁶ и Истанбулскиот протокол.⁵⁷ Истото треба да се направи и по секој настан со насилство во затворот.

Тимот за примарна здравствена заштита треба да се состои од повеќе стручни лица кои имаат добри и најнови познавања и обуки за општа или семејна медицина, ментални болести и зависности, а во тимот треба да има и квалификуван забар или стоматолог и фармацевт за професионално постапување со лековите. Во затворите во кои има жени, мајки и деца, или малолетници, тимот за ПЗЗ треба да има доволно обука и вештини за да одговори на нивните посебни потреби и да овозможи гинеколошки прегледи, акушерска нега и нега од педијатар. Овие жени треба да имаат исто право на контрацепција и доброволно прекинување на бременоста, како и жените надвор од затворот. Доколку на жените им е дозволено малите деца да бидат со нив, треба да има редовна педијатриска нега, при што педијатарот го прегледува детето во доверливи услови, во присуство на мајката.

Со исклучок на итните состојби, ПЗЗ во затворите треба да се спроведува во соодветно опремени и определени простории за прегледи и интервенции во медицинското одделение со цел да се обезбеди приватност и доверливост, со можност за чување на медицинските картони под клуч. За стоматолошките интервенции, потребна е соодветно опремена стоматолошка ординација. Треба да постојат дополнителни простории за прегледи од специјалисти кои го посетуваат

⁵⁵ СЗО Европа: Затворите и здравјето, 2014. Подобрвање на здравјето во затворите: поставување на пристапот стр. 180-184. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>

⁵⁶ ЕКПТ: Документирање и пријавување на докази за лошо постапување. Извадок од 23-тиот Општ извештај на ЕКПТ, објавен во 2013 година. СРТ/Inf(2013)29-дел.

⁵⁷ Истанбулски протокол ОХЦХР <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

затворот, како и за средби на медицинскиот тим. Службата за ПЗЗ може да има и просторија за привремени лежечки пациенти во ординацијата или во амбулантата во затворот.

Службите за ПЗЗ во затворите исто како и надвор од нив, имаат улога на филтер кон специјалистичката здравствена заштита, со што се намалува несоодветната употреба на скапата болничка нега и негата во другите установи за секундарна здравствена заштита. Тие може да обезбедуваат и нега во добро опремени дневни болници, не само за лекување и помош на осудените лица со помали инфекции или други помали акутни состојби, туку исто така може да се користат и за лекување на хронични болести за кои не е потребна болничка нега, под надзор на вработените во ПЗЗ и/или под водство на специјалисти. Треба да се воспостави ефикасна комуникација и соработка со болничките установи во заедницата, со цел брзо да се пренесат пациентите на кои им треба болничка нега и/или други здравствени услуги од секундарно или терцијарно здравство кои не се достапни во затворите. Како и во сите други медицински одделенија, затворските дневни болници мора да бидат лиценцирани за таа намена од здравствените власти на државата.

Тимот за ПЗЗ во затворот исто така има одговорност да обезбеди оптимално управување со здравствената заштита во случај на итни состојби. Ова подразбира: достапност на најнови обуки по прва помош за сите вработени, организација на итни медицински постапки на лице место, поддршка за тимот за ПЗЗ со надворешни услуги кои не се достапни во затворот и брза достапност на професионално амбулантно возило за пренос во итна болничка нега.

Секундарна здравствена заштита и болничка нега

Секундарната здравствена заштита подразбира здравствена заштита за која е потребно специјализирано медицинско знаење, било во амбулантски услови или во болница. Нејата во високо специјализирани болнички референтни центри се смета за терцијарна здравствена заштита. Голем дел од секундарната здравствена заштита може да се обезбеди во амбулантски услови со вклучување на специјалисти, со што се избегнува скапо стационарно болничко лекување.

Амбулантската секундарна здравствена заштита за осудените лица може да ја обезбедуваат специјалисти вработени во затворите, ангажирани специјалисти кои доаѓаат во затворите (поликлинички систем) или специјалисти од амбулантските одделенија во јавноздравствените установи во заедницата, преку придружба на осудените лица надвор од затворите. Моделот на поликлиника, односно вработени или ангажирани специјалисти кои прегледуваат во опремени ординации во затворите, со закажани прегледи или на повик, е пожелна варијанта и поради безбедноста и поради економичноста. Ова е особено важно на долг рок, дури и ако треба да се набави специјализирана непреносна дијагностичка опрема (ехо или ултразвук) откако внимателно ќе се пресметаат потребите во соработка со ангажираните специјалисти. Дobar дел од конзервативните (неоперативните) третмани кои се резултат на специјалистички дијагностички истражувања можат безбедно да се применат како амбулантско лекување во затворите или во затворските дневни болници под водство на специјалисти, како што беше кажано и погоре. Понатаму, предоперативната и постоперативната нега за која не е потребно болничко опкружување може да се врши под надзор на специјалист и во соработка со хируршки центар во затворските дневни болници, со што ќе се намали времето на престој на овие пациенти во скапите болници.

Болничката нега за затворениците може да се обезбеди или во затворски болници или во цивилни болници во заедницата. Претходно споменатата анкета на Советот на Европа покажа дека само 29 од 45 затворски системи имаат затворски болници. Соодносот на капацитетот на достапните кревети во затворските болници / број на осудените лица, бројот на хоспитализирани осудени лица и должината на престојот во затворските болници и во граѓанските болници е прикажан во Табела 1.

Табела 1: Затворски системи со и без затворски болници

Затворски системи со затворски болници: 29/45		
	средна вредност	опсег
Сооднос на капацитети кревети/осудени лица:	1/54	1/7 – 1/3381
Хоспитализирани осудени лица/годишно:	11%	1% - 39%
Должина на престој во денови:	30	:- 424
Хоспитализирани во цивилни болници	7%	:- 20%
Затворски системи без затворски болници:	16/45	

Хоспитализирани лица во цивилни болници/ годишно:	7%	← 16%
Должина на престој во денови:	4	→ 22

Кога се разгледуваат предностите на затворските болници во споредба со опцијата сета болничка нега да е во цивилни болници, најчестиот аргумент во полза на затворски болници е веќе споменатата безбедност и сигурност.

Во однос на медицинското лекување и медицинско-етичките аспекти, има малку предности на затворските болници во споредба со тоа болничките услуги за осудените лица да се обезбедуваат во цивилни болници во заедницата. Што се однесува до поголеми операции, има научни докази дека реткоста на големи хируршки интервенции во затворските болници во споредба со големите цивилни болници е понеповолна за пациентите поради јасната релација меѓу почестите операции и помал процент на постоперативен морталитет во поголемите болници. Покрај тоа, професионалната експертиза и опрема која е потребна за да се гарантира исто ниво на хируршка безбедност и квалитет како во цивилните болници, ретко, а речиси и никогаш не е на располагање во затворските болници (на пример доколку се јави потреба за постоперативна интензивна нега).⁵⁸ Ова истото е случај и кај нехируршките интензивни медицински интервенции за кои треба високо специјализирана експертиза и опрема, како на пример акутно коронарно срцево заболување, акутно васкуларно мозочно заболување итн. Неземањето предвид на овие аргументи може да води до повреда на етичкото начело за еквивалентност на негата.

Формирањето на одделни обезбедени одделенија за пациентите од затворите во болниците во заедницата со посебен влез и одвоени од цивилните пациенти, кои ги чува мал тим на стражари, овозможува еквивалентна клиничка нега и ги елиминира несогласувањата со цивилниот дел од болницата. Употребата на истите човечките ресурси, простории и опрема и за цивилните и за затворските пациенти во некоја поголема цивилна болница, без оглед дали е приватна или државна, е најекономичното решение за државата, наместо да мора да одржува одделни затворски болници за значително помал број на пациенти на кои во затворите им треба болничка нега.

Кога се планира потребниот број кревети за болничка нега на осудените лица, треба да се внимава секој итен случај да може веднаш да се прими, а за планираните болнички интервенции, како на пример за селективните хируршки интервенции, треба да има транспарентна листа за чекање. Електронската листа за чекање за прием во болници од грузискиот затворски систем, може да послужи како пример за добра пракса во оваа насока, бидејќи спречува привилегии за определени осудени лица. Исто така, времетраењето на престојот на пациентите во болница треба да се одлучи и документира исклучиво согласно медицинската состојба на пациентот со цел да се зачува потребниот капацитет за итни случаи и да се избегнат непотребни денови во болница.

⁵⁸ Урбах ДР. Заложба за елиминирање на ретки операции. Медицински журнал на Нова Англија 2015;373:1388-1390

Грижа за менталното здравје на осудените лица

Обезбедувањето заштита на менталното здравје на осудените лица во затворите е предизвик. Целта која постојано се повторува е да се обезбеди некаква еквивалентна на таа која е достапна во заедницата и во цивилните болници. Оваа еквивалентност ретко се постигнува.

Препораката R(98)7 на Комитетот на министри на Советот на Европа гласи „Затворската управа и министерството одговорни за менталното здравје да соработуваат при организирање на психијатриските услуги за осудените лица“.

Оваа препорака ретко се спроведува.

„Затворите се штетни за менталното здравје“ е крајниот заклучок од заедничкиот документ за менталното здравје на осудените лица подготвен од СЗО и од МКЦК.

И навистина како што се гледа од праксата на ЕСЧП, затворското опкружување е речиси секогаш многу поштетно за лицата со ментални нарушувања. За ова се одговорни многу фактори, меѓу кои и:

- ▶ губењето на општествените механизми за поддршка,
- ▶ преголем број на лица,
- ▶ честа употреба на изолација за осудените лица со ментални проблеми кои покажуваат дисруптивно однесување и се закануваат со самоубиство или со самоповредување,
- ▶ конфликтни односи со другите осудените лица (таквите осудени лица често се на дното на затворската хиерархија),
- ▶ ендемична злоупотреба на наркотици,
- ▶ стрес поради кривичната постапка,
- ▶ изложеност на стигма и дискриминација.

Како резултат на сево ова, самоповредувањето, насилството меѓу осудените лица, нарушеното однесување и насилните конфликти со вработените во затворот се чести состојби кај осудените лица со ментални проблеми.

Еден психијатар кој работел во затвор забележал: „Постојат загрижувачки извештаи за осудените лица, особено за оние со сериозни ментални заболувања. Нив ги малтретираат, искористуваат и изолираат, а имаат и мала шанса да бидат поддржани или заштитени. Поради тоа има повеќе случаи на самоповредување и напади“.

Пред сè, негативното влијание на затворското опкружување врз менталното здравје предизвикува висок степен на страдање, кое пак предизвикува влошување на психијатриските симптоми и спречува рехабилитација и реинтеграција по ослободувањето од затворот.

Преваленцијата на ментални заболувања е многу повисока во затворите отколку во заедницата. Експертите одамна предупредуваат за големиот број на лица со ментални болести во затворската популација и состојбата изгледа дека се влошува. Една проценка тврди дека околу четвртина од вкупната затворска популација има биполарно нарушување, депресија или нарушување на личноста. Други студии покажуваат дека околу четвртина од жените и 15% од

мажите во затворите имаат психотични епизоди. Процентот на пациенти со вакви состојби кај генералната јавност е околу 4%.

Некои набљудувачи тврдат дека затворите се користат понекогаш како ѓубриште за лица со ментални проблеми, наместо лицата со ментални нарушувања да бидат пренасочени кон системот за ментално здравје. Оваа цел се покажала како нереалистична. Многу лица кои страдале од ментални проблеми пред затворот имале контакти со службите за ментално здравје, но не го продолжиле лекувањето поради негативните општествени околности. Друг фактор кој го зголемува проблемот во затворите е што психијатриските услуги во заедницата исто така имаат проблеми. Најчест проблем е хроничен недостиг на места во болниците. Може да се каже дека затворите честопати се жртви на неуспехот на здравствената заштита во заедницата. Здравствените услуги за ментално здравје во заедницата честопати не постигнуваат успех кога здравствените проблеми се комбинирани со социјални проблеми: сиромаштија, бездомништво, странци со нерегулиран престој, невработеност. Таквите лица честопати завршуваат во затвор. Многу осудени лица со ментални проблеми немаат добиено соодветна нега во заедницата и профилот на ментални заболувања кои се јавуваат во затворите е особено тежок.

Затворската управа и затворските здравствени служби мора да се помират со реалноста дека значителен дел од затворската популација страда од ментални нарушувања. Покрај тоа, психијатриската патологија честопати е таква што многу тешко се лекува и третира: гранични нарушувања на личноста и антисоцијални нарушувања, биполарни нарушувања и спектар на нарушувања кои се дополнително усложнети поради злоупотреба на наркотици, која може да продолжи и во затворот.

Поради тоа, во секој затвор треба да постои можност за соодветно лекување и нега за ментални проблеми, како составен дел од општите здравствените услуги достапни за сите осудени лица. Практично ова значи дека општите лекари треба да имаат вештини за детекција на ментални заболувања. Тие треба да бидат поддржани со редовно присуство на психијатри и други стручни лица за ментално здравје и треба да има достапна психосоцијална поддршка и рационално препишувани психотропни лекови. Потребен е посебен тим кој ќе им помага на зависниците да се справат со сопствените проблеми и да добијат пристап до терапија за одржување, доколку постои во заедницата.

Потребите на осудените лица треба да се вклучат во националните политики и планови за ментално здравје.

Постои очигледна потреба да се дијагностицираат лицата со ментални проблеми при прием во затворите, особено кога постои ризик од самоубиство. Доколку лицата со нелекувани психотични нарушувања се чуваат во изолација постои висок ризик од самоповредување или самоубиство. Честопати осудените лица имаат симптоми на апстиненција поради злоупотреба на наркотици. Ранливите осудени лица може да развијат реактивна депресија и анксиозност.

Исто така има потреба од постојана комуникација меѓу здравствените служби во затворите и тие надвор од нив, со цел да се идентификуваат пациенти кои веќе примале психотропни лекарства пред приемот во затвор, кои пациенти примаат терапија за одржување поради злоупотреба на наркотици и кои лица не се лекуваат во медицинските служби во заедницата, но се знае дека имаат проблеми со менталното здравје.

Во затворите, треба да има и амбуланта за ментално здравје во која ќе работи мултидисциплинарен тим од психијатри, психијатриски сестри, психолози и психотерапевти.

Пациентите треба да ги добиваат истите психотропни лекови кои ги добивале и надвор од затворите, без никаков трошок за осуденото лице.

За спроведување на посебните програми за осудени лица со нарушувања на личноста потребно е ангажирање на стручни лица за ментално здравје и други вработени во затворите. Докажано е дека ваквите програми покажуваат успех и ги намалуваат случаите со самоповредување и антисоцијално однесување.

Некои осудени лица имаат и акутни состојби поради нивниот душевен проблем (сериозна депресија, декомпензирана психоза, акутен ризик од самоубиство) кои не можат да се лекуваат во затворот. Поради тоа мора да постои можност за брзо пренесување на таквите осудени лица во психијатриска болница, дури и истиот ден доколку тоа е потребно. Не е прифатливо таквите лица да се третираат со во изолација во затворот.

Сепак, хоспитализацијата во психијатриска болница секогаш се третира како можност за бегство. Поради тоа, правосудните или управните органи може да го одбијат барањето за пренос на пациентот. Други негативни последици од ова е што осуденото лице веднаш се става во изолација, понекогаш и со физичко врзување и се чува постојано во такви услови додека е во болница без пристап до сите терапевтски активности.

ЕКПТ постојано ги посочува ваквите неприфатливи практики. Проблемот со психијатриската хоспитализација на осудените лица, во услови кои се далеку од „еквивалентна нега“ сè уште постои во најголем дел од земјите-членки на Советот на Европа. Поради тоа, треба да се споменат две конкретни иницијативи:

► Во Франција постојат „Специјално адаптирани болнички одделенија“ (САБО) кои се дел од јавните ментални болници. Во нив работат психијатри, сестри, психолози, терапевти кои ги плаќаат од јавните психијатриски служби. Стандардот на нега е ист како и во другите болнички одделенија. Обезбедувањето на околината, влезот/излезот и посетите се во надлежност на затворската служба. Ова е одличен пример на успешна соработка меѓу здравствените и затворските управи, што подразбира значителни капитални инвестиции и тековни трошоци кои пак носат големи подобрувања за заштита на менталното здравје на осудените лица со сериозни ментални заболувања.

► Во Холандија, затворските власти имаат иницијатива да формираат четири „Казнени психијатриски центри“ (КПЦ) со 620 кревети за психијатриска нега во затворите. Лицата кои се грижат за осудените лица се затворски службеници со дополнителна двогодишна обука за нега на психијатриски пациенти. Психијатрите се вработени во Институтот за форензичка психијатрија на Холандија.

ЕКПТ неодамна ги посети и одделенијата во Франција и центрите во Холандија и даде генерално повољна оценка за двата различни модели за нега.

Главни прашања за организација и управување со здравствената заштита во затворите— Листа за проверка

Организација, правна и административна рамка

1. Дали здравствената заштита во затворите е директна одговорност на некое министерство (наместо да е исклучива надлежност на управникот на затворот)?
2. Дали националните закони за здравство (имплицитно или експлицитно) ја регулираат здравствената заштита во затворите?
3. Дали законите за здравствената заштита во затворите се целосно усогласени со националните закони за здравство?
4. Дали има меѓуминистерски комитет за меѓусекторска соработка при управување со здравствената заштита во затворите?
5. Дали буџетот за здравствена заштита во затворот е одделен од општиот буџет на затворот?
6. Дали има пишани национални стандарди за здравствена заштита во затворите и/или СОП за одбрани критични состојби за здравствена заштита во затворите?

Простории

7. Дали надворешни надлежни органи како што се Министерството за здравство или други јавноздравствени органи редовно вршат надзор на условите за живот на осудените лица, на пример простор, хигиена, храна, вода, греење, осветлување и безбедно отстранување на отпадот?
8. Дали просториите, опремата и стручните квалификации на здравствените служби во затворите подлежат на истите процедури за лиценцирање и акредитација кои постојат за јавноздравствените установи во заедницата?
9. Дали просториите за примарна здравствена заштита ги исполнуваат потребните услови за простор, пристапност без пречки, приватност и доверливост?

Здравствени работници

10. Дали сите позиции за медицински персонал во затворот се пополнети согласно систематизацијата?
11. Дали платите за здравствените работници во затворите се исти или повисоки од платите за истите профили во заедницата?
12. Дали здравствените работници кои работат во затворите имаат обврска за постојана медицинска едукација како и нивните колеги кои работат во заедницата?
13. Дали здравствените работници во ПЗЗ се со соодветен број и се соодветно обучени за вршење на темелен здравствен преглед по прием во затворите?

14. Дали медицинскиот персонал кој работи на ниво на примарна здравствена заштита во затворите има целосна стручност на општ или семеен лекар, или пак медицинска сестра, како и добро познавање на медицинската етика во затворите и на сите тие здравствени заболувања кои се особено присутни во затворите, како што се ментални заболувања, зависности и преносливи болести, како и знаења за професионални проверки, документирање и пријавување на насилство?

15. Дали здравствените работници во затворите за женски и малолетни осудени лица ги имаат соодветните квалификации за исполнување на потребите на осудените лица?

16. Дали здравствените работници интегрирани меѓу униформираните лица вработени во затворот се информирани дека не треба да носат униформи додека даваат здравствени услуги за осудените лица?

Примарна здравствена заштита

17. Дали лекарскиот преглед при прием или на барање на осуденото лице се врши без доцнење и никогаш подоцна од 24 часа по приемот или по доставување на барањето?

18. Дали барањето за лекарски преглед е со гарантирана доверливост и без претходна претселекција од немедицински персонал?

19. Дали здравствените услуги се достапни бесплатно, или осудените лица мора да плаќаат (официјално или неофицијално) од сопствен џеб?

20. Дали има лесен пристап до соодветна здравствена заштита за ментални болести како составен дел од општата здравствена заштита достапна за сите осудени лица?

21. Дали во секој затвор има квалификуван стоматолог со соодветна ординација и дали услугите се бесплатни?

22. Дали тимот за здравствена заштита веднаш е информиран за лицата кои се пренесуваат во изолација со цел дисциплинирање?

23. Дали во соработка со структурите за поддршка во заедницата непречено се продолжува со здравствената заштита на осудените лица по нивното ослободување?

Секундарна здравствена заштита и болничка нега

24. Дали секогаш кога е потребно се гарантира пристап до дополнителни специјализирани медицински услуги - во амбулантски услови и/или болничката нега - без непотребно чекање?

25. Дали во секој затвор има психијатар/клинички психолог и дали секогаш кога е потребна и без доцнење се обезбедува психијатриска болничка заштита во соодветна психијатриска болница?

26. Дали има редовна гинеколошка, акушерска и педијатриска здравствена заштита за осудените жени и мајки со деца?

27. Дали има лесен пристап до цивилните здравствени објекти без непотребно доцнење секогаш кога здравствената служба во затворот не може да ги обезбеди потребните здравствените услуги?

28. Дали сите поголеми хируршки и нехируршки интензивни медицински интервенции врз осудените лица кои имаат потреба за високо специјализирана експертиза и/или опрема, се вршат во цивилните објекти за здравствена заштита?

29. Дали има транспарентна листа на чекање за одбрани медицински интервенции во болниците со која би се избегнало да има привилегирани осудени лица и дали има можност за итни интервенции во итни случаи?

Превенција и унапредување на здравјето

30. Дали осудените лица се вклучени во сите здравствени иницијативи на национално ниво?

31. Дали постојат дефинирани стратегии за превенција на преносливи болести како што се ТБЦ, ХИВ/СИДА, хепатит Б/Ц и дали има мерки за намалување на штетата во сите затвори и дали тие се во согласност со препораките на УНОДЦ/СЗО/МОТ/УНАИДС?

32. Дали овие стратегии се во согласност со и/или се интегрирани во националните стратегии со мерки за спречување и намалување на штетата за овие преносливи болести?

33. Дали има дефинирано унапредување на здравјето со лекари од различни специјалности - како и програма или иницијатива за унапредување на менталното здравје во секој затвор?

Здравствена документација

34. Дали медицинската документација и здравствените картони/електронската евиденција во затворите ги исполнува истите услови како и медицинската документација во заедницата и дали се компатибилни?

35. Дали здравствените досиеја се чуваат доверливо и дали се заклучени со пристап овозможен само за медицинскиот персонал освен кога има јасна дозвола дадена од пациентот или судска наредба во која се наведува да се откријат здравствените податоци за пациентот?

36. Дали документацијата со кодови од Меѓународната класификација на заболувања ја користат сите здравствени работници кои работат во затворот?

37. Дали постои структурирано редовно известување на епидемиолошки податоци од затворите до јавноздравствените органи или до Министерството за здравство?

Лекови и опрема за здравствена заштита

38. Дали за набавка на лекови за осудените лица во ПЗЗ се користи ажурирана листа на лекови согласно Модел листата на СЗО со основни лекарства⁵⁹?

39. Дали се достапни сите лекови кои се потребни за ПЗЗ согласно ажурираната листа на основни лекови (СЗО)?

40. Дали управувањето, чувањето и замената на лековите се врши на централно и на сите периферни нивоа и под надзор и контрола од обучени и овластени фармацевти?

41. Дали има ажурирана листа на минимално потребна медицинска опрема за ПЗЗ и дали се гарантира нивната поправка/замена?

Здравствена етика

42. Дали медицинскиот персонал во затворот е ангажиран само за здравствена заштита, нега и добросостојба на осудените лица (и не се очекува од нив да обезбедуваат здравствена заштита за трети лица)?

43. Дали стражарската служба е информирана дека за време на лекарските прегледи/интервенции, по правило, треба да чека надвор од ординацијата и не смеат да видат или слушнат што се зборува заради доверливост?

44. Дали согласноста и правото на одбивање на пациентот се почитува при сите лекарски интервенции во затворот, вклучително и за лекарскиот преглед при прием во затворот и за лица кои штрајкуваат со глад?

45. Дали принудното лекување на некомпетентни пациенти исклучиво се врши во ментални болници и само со јасна судска наредба?

46. Дали клиничките одлуки и медицински интервенции од страна на здравствените работници се вршат со апсолутна неограничена професионална независност без непотребно влијание на затворската управа или други трети страни?

47. Дали постојат законски и административни процедури со кои пациентите со терминални болести можат да починат на слобода и достоинствено?

48. Дали за секој познат случај на жртва на насилство пред и по влегувањето во затворот веднаш се известуваат здравствените работници со цел лицето да се прегледа и да се заведе и пријави согласно препораките на ЕКПТ и Истанбулскиот протокол?

49. Дали случаите со физичко врзување, повреди, насилство и наводна злоупотреба, самоповредување, обиди за самоубиство и самоубиства, штрајк со глад се евидентираат во соодветните регистри?

50. Дали постапките за сегрегација од медицински причини се во согласност со истите такви процедури во заедницата?

⁵⁹ Модел листа на основни лекарства на СЗО

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

51. Дали за поплаките од осудените лица за здравствената заштита се информираат независни здравствени работници?

52. Дали здравствените работници во затворите подлежат на истите дисциплински постапки како и здравствените работници во заедницата и дали осудените лица имаат право против нив да се пожалат директно до дисциплинскиот орган и да дадат изјава пред дисциплински орган?

Користена литература

► Коментар кон Препораката R(2006)2 на Комитетот на министри до земјите-членки за Европските затворски правила. Преземено од: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

► Основачки акт на Светската здравствена организација. Преземено од: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

► Совет на Европа, Годишна казнена статистика. Преземено од: <http://wp.unil.ch/space>

► ЕКПТ (2013): Документирање и пријавување докази за лошо постапување. Извадок од 23-тиот Општ извештај на ЕКПТ. ЕКПТ/Инф(2013)29-дел.

► Стандарди на ЕКПТ. Делови од Општите извештаи на ЕКПТ, Извадок од 3-тиот Општ извештај, 1993 година. Преземено од: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

► Долан К, Виртц АЛ, Моазен Б и други. (2016) Глобалниот товар на ХИВ, вирусниот хепатит и туберкозата кај осудените и притворените лица Ленсет 388. стр. 1089-1102

► Дубоа Ц, Линчет С, Махиу Ц, Рејнарт Ј-Ф, Серон П. Модели за организација на здравствените услуги во затворите во четири држави. Истражување на здравствените услуги (HSR) Брисел: Белгиски центар на знаење за здравствената заштита (КСЕ). Извештаи на КСЕ 293. D/2017/10.273/69

► Европска конвенција за човекови права. Преземено од: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

► Европски суд за човекови права, Тематски извештај - здравствените прашања во праксата на Европскиот суд за човекови права, 2015. Преземено од: http://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf

► Фејзел С, Денеш Џ. Сериозни ментални заболувања кај 23000 осудените лица: систематска анализа на 62 истражувања. Ленсет ; 359, стр. 545–50

► Фејзел С, Бајларгеон Џ. (2011) Здравјето на осудените лица. Ленсет ; 377, стр. 956–65 Мишел Фуко (1975), Гледај и казни, раѓањето на затворот, Парис, Галимар

► Гофман, Ирвинг (1961). Душевна болница: есеи за социјалната состојба на душевните пациенти и на другите затвореници. Енчор Букс

► Хардинг Т.В. Сидата во затворите. Лансет 330, i8570, 1260-1263, 198

► Хајтон П, Гедерер А, Фрејзер А. (2010) Пациент или затвореник: дали е важно кое министерство е одговорно за здравјето на осудените лица? Информативен документ за

состанок на мрежата, Копенхаген; Светската здравствена организација, Регионална канцеларија за Европа, EUR/10/05

► Канцеларија на високиот комесар за човекови права (1982) Начела на медицинска етика релевантни за улогата на здравствените работници, особено лекари, при заштита на осудените и притворените лица од тортура и друго сурово, нечовечко или понижувачко постапување или казнување. Преземено од:

<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>

► Канцеларија на високиот комесар за човекови права. Истанбулски протокол. Преземено од: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

► Меѓународна статистичка класификација на заболувања и поврзани здравствени проблеми (2016) 10-та ревизија (ICD-10). Преземено од <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

► Кинтц, Кимберли Е., „Мерки за квалитет при корективна здравствена заштита“. Истражувачка архива. 990.

► Лиман Џ, Ричардс АА, Емсли Л и О'Мур ЕЈ (2017) Подобрување на здравјето во затворите – од докази до политики до спроведување – искуства од Обединетото кралство. Меѓународен журнал за здравјето на осудените лица 13, стр. 139-147

► Лајнс Р. Од еквивалентност на стандардите до еквивалентност на целите: Правото на осудените лица на стандарди за здравствена заштита кои се повисоки од тие надвор од затворите. Меѓународен журнал за здравјето на осудените лица, 2, стр. 269-280

► Палумбо Р, Анарума Џ, Адинолфи П, Танцот на промена во казненопоправната нега: површни промени или нов рецепт за нега во казненопоправните установи? Студи Организативи 2:17-43, 2018 DOI 10.3280/SO2017-0020021

► Понт Џ, Енгист Ст, Стовер Х, Вилијамс Б, Грајфингер Р, Волф Х (2018) Управување со здравствената заштита во затворите: гарантирање на клиничка независност. Американски журнал за јавно здравје, 108(4) стр. 472-476

► Леметс, А и Понт, Џ (2014) Здравствената заштита во затворите и медицинската етика. Прирачник за здравствените работници и за другите вработени во затворите со одговорност за добросостојбата на осудените лица. Преземено од: <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>

► Јавно здравје во Англија, Годишен зборник за здравство и правда 2016/17

► Јавно здравје во Англија. Брза анализа на доказите за влијанието на здравствените исходи од здравствените услуги платени од Националната здравствена служба за лица во безбедни и чувани средини со цел да се донесат информирани одлуки за идни интервенции и приоритизација во Англија.

► Препорака R(98)7 на Комитетот на министри до земјите-членки во врска со етичките и организациските аспекти на здравствената заштита во затворите. Преземено од: <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>

- ▶ Препорака R(2006)2 на Комитетот на министри до земјите-членки за Европските затворски правила. Преземено од: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25
- ▶ ОН: Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права. Преземено од: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- ▶ Комитет на ООН за економски, социјални и културни права (CESCR), Општ коментар бр. 14: Правото на највисок можен стандард за здравствена заштита Е/С.12/2000/4. Преземено од: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
- ▶ Стандард на ООН за минимум правила за постапување со осудените лица (Правилата на Нелсон Мандела). Преземено од: www.unodc.org/documents/jus-tice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf
- ▶ УНОДЦ, СЗО, УНАИДС, МОТ: Стратешки документ. Превенција, лекување и нега на пациенти со ХИВ во затвори и во други затворени средини: сеопфатен пакет на интервенции. Преземено од: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/enwww.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/
- ▶ Урбах ДР. Заложба за елиминирање на ретки операции. Журнал за медицина на Нова Англија. 373, стр. 1388-1390
- ▶ СЗО/УНОДЦ: Добро управување со здравствената заштита во затворите во 21 век. Стратешки документ за организацијата на здравствената заштита во затворите. Преземено од: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/
- ▶ СЗО, Московска декларација за здравствена заштита во затворите, како дел од јавното здравство. Преземено од: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>
- ▶ СЗО, Повелба од Отава за унапредување на здравјето. Преземено од: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- ▶ СЗО Европа (2014) Затворите и здравјето. Унапредување на здравјето во затворите: поставување на пристапот стр. 180-184. Преземено од: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>
- ▶ СЗО, Примарна здравствена заштита. Преземено од: <http://www.who.int/primary-health/en/>
- ▶ СЗО, Модел листа за основни лекаства. Преземено од: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
- ▶ Светска медицинска асоцијација. Меѓународен кодекс за медицинска етика. Преземено од: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>
- ▶ Сеулска декларација на Светската медицинска асоцијација (2008) за стручна автономија и клиничка независност. Преземено од: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>
- ▶ Став за физички претрес на осудени лица од Светската медицинска асоцијација (2017) Преземено од: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners>

► Изјава за казна со изолација на Светската медицинска асоцијација (2017). Преземено од:
<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement>

Прилог 1:

Меѓународни документи за организација и управување со здравствената заштита во затворите

Совет на Европа:

- ▶ Европска конвенција за човекови права. Преземено од https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
- ▶ Препорака R(2006)2 на Комитетот на министри до земјите-членки за Европските затворски правила. Преземено од: <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806ab9ae>
- ▶ Препорака R(93)6 на Комитетот на министри до земјите-членки во врска со затворите и криминолошките аспекти на контролата на преносливите заболувања вклучително СИДА и придружни здравствени проблеми во затворите. Преземено од: <https://rm.coe.int/16804d7777>
- ▶ Делови од Општите извештаи на ЕКПТ, Извадок од 3-тиот Општ извештај, 1993 година. Преземено од: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>
- ▶ CE/C3O (2014), Заклучоци од Стразбур за затворите и здравјето, 2014. Преземено од: <https://rm.coe.int/strasbourgonclusions-on-prisons-and-health-final-draft-20-june-2014/168075f56c>

Организација на обединети нации:

- ▶ Канцеларија на високиот комесар за човекови права (1982) Начела на медицинската етика релевантни за улогата на здравствените работници, особено лекари, при заштита на осудените и притворените лица од тортура и друго сурово, нечовечко или понижувачко постапување или казнување. Преземено од: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>
- ▶ Основачки документ на Светската здравствена организација www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

СЗО/УНОДЦ:

- ▶ СЗО (2013) Доброто управување со здравствената заштита во затворите во 21 век: стратешки документ за организација на здравствената заштита во затворите. Преземено од: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf

Прилог 2:

Дополнителна литература

- ▶ Мурдок, Ј. Жирицка В (2016): Борба против лошото постапување во затворите. Упатство за вработените во затворите со фокус на превенција на лошото постапување во затворите, Совет на Европа. Преземено од: <https://rm.coe.int/combating-ill-treatment-in-prison-2-web-en/16806ab9a7>
- ▶ Понт, Џ, Стовер, Х, Волф, Х (2012): Двојна лојалност во здравствената заштита во затворите . Американски журнал за јавно здравје, 102(3) стр. 475–480. Преземено од: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487660/
- ▶ Регионална канцеларија на СЗО за Европа (2010) Препорака од Мадрид: Здравствената заштита во затворите како основен дел од јавното здравство. Копенхаген. Преземено од: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/111360/E93574.pdf?ua=1
- ▶ Регионална канцеларија на СЗО за Европа (2009) Здравјето на жените во затвор. Поправање на родовата нееднаквост во здравствената заштита во затворите. Копенхаген. Преземено од: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf?ua=1
- ▶ Регионална канцеларија на СЗО за Европа (2007) Изјава од Тренцин за затворите и менталното здравје. Копенхаген. Преземено од: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf?ua=1
- ▶ УНОДЦ (2011) Правилата од Бангкок, Правила за постапување со жени осудени лица и незатворски мерки за жени сторители на кривични дела. Преземено од: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_2nd_edition.pdf
- ▶ СЗО (2014) Затворите и здравјето. Преземено од: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf

Ова издание има за цел да обезбеди насоки за носителите на политики и за службените лица во релевантните институции со цел здравствените политики за затворите се интегрирани во, и компатибилни со националните политики во здравството. Изданието на Советот на Европа „Здравствена заштита и медицинска етика во затворите “ - прирачник за здравствените работници и за другите вработени лица во затворите кои се одговорни за добросостојбата на осудените лица, може да се посочи како комплементарно упатство со практични информации за обезбедување на здравствена заштита во затворите. Ова Упатство е резултат на мултилатералниот состанок за организација и управување со здравствената заштита во затворите, кој се одржа во Стразбур во октомври 2017 година, како дел од активностите за соработка на Советот на Европа во областа на казненото право, организиран од Одделението за соработка по кривични прашања. Текстот е исто така достапен и на интернет на адресата: <https://www.coe.int/en/web/criminal-law-coop>

Советот на Европа е главна организација за човекови права на континентот. Има 47 земји-членки, меѓу кои и сите членки на Европската унија. Сите земји-членки на Советот на Европа ја потпишале Европската Конвенција за човекови права, спогодба чија цел е да ги заштити човекови права, демократијата и владеењето на правото. Европскиот суд за човекови права врши надзор над спроведувањето на Конвенцијата од страна на земјите-членки.

www.coe.int