

ORGANIZACIJA I UPRAVLJANJE ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM U ZATVORU



Jörg Pont
Timothy Wilfrid Harding

Smjernice

Prevod sufinansirala
Evropska unija



COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

ORGANIZACIJA I UPRAVLJANJE ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM U ZATVORU

Smjernice

Jörg Pont
Timothy Wilfrid Harding

Vijeće Evrope

Originalni naslov:

Organisation and management of health care in prison
Guidelines

Ovaj prevod je sačinjen uz finansijsku podršku Evropske unije. Njegov sadržaj je isključiva odgovornost autora i ne odražava nužno stanovište Evropske unije ili Vijeća Evrope.

Sva prava zadržana. Nijedan dio ove publikacije ne može se prevoditi, reproducirati niti prenositi, u bilo kojoj formi ili na bilo koji način, elektronskim (Internet, itd.) ili mehaničkim putem, uključujući fotokopiranje, snimanje ili putem bilo kojeg sistema skladištenja informacija ili pretraživanja, bez prethodnog odobrenja Direktorata za komunikacije (F-67075 Strasbourg Cedex ili publishing@coe.int).

Sve zahtjeve vezane za reprodukciju ili prevod cijelog ili dijela ovog dokumenta treba nasloviti na Direktorat za komunikacije.

Korice i grafički dizajn: Odjeljenje za izradu dokumenata i publikacije (SPDP), Vijeće Evrope

© fotografije: korištenje slika prema licenci Shutterstock.com

Odjel za izdavaštvo Vijeća Evrope F-67075 Strasbourg Cedex, <http://book.coe.int>, www.coe.int

Dizajn i oprema: Odjel za izradu dokumenata i publikacija (SPDP), Vijeće Evrope

© Vijeće Evrope, februar 2019.

Naslov prevoda na bosansko/srpsko/hrvatski jezik:

Organizacija i upravljanje zdravstvenom zaštitom u zatvoru
Smjernice

Tekst je sačinjen za, i koristi se uz dozvolu, Vijeća Evrope. Prevod je štampan u dogovoru sa Vijećem Evrope, ali je isključiva odgovornost prevodioca.

© Vijeće Evrope, decembar 2019 prevod na bosansko/srpsko/hrvatski jezik

Licencirano Evropskoj uniji pod uvjetima

Štampa: Aquarius d.o.o.

Prevod: Babilon

Sadržaj

7	Spisak skraćenica
9	Uvod
9	Historijat
13	Organizacija zdravstvene zaštite u zatvor
15	Međunarodni standardi kao temelj za pružanje zdravstvene zaštite zatvorenicima
15	Pravo na zdravstvenu zaštitu
20	Pravni okvir i implikacije
22	Medicinska etika u zatvoru
29	Organizacione i rukovodne strukture u zdravstvenoj zaštiti u zatvorima u državama članicama Vijeća Evrope
35	Međusektorska saradnja
37	Zdravstvena zaštita zatvorenika: odgovornost cijele države
39	Zatvor: patogeno okruženje i prilika za unapređenje zdravlja
43	Saradnja i integracija službi zdravstvene zaštite u zatvorima sa javnim zdravstvenim strukturama
47	Kadrovska popunjenost i zapošljavanje zdravstvenog osoblja
51	Primarna zdravstvena zaštita
55	Sekundarna zdravstvena zaštita i bolnička njega
59	Zaštita mentalnog zdravlja zatvorenika
63	Glavna pitanja za organizaciju i upravljanje zdravstvenom zaštitom u zatvorima - kontrolna lista
69	Reference
73	Dodatak 1: Međunarodni dokumenti o organizaciji i upravljanju zdravstvenom zaštitom u zatvorima
75	Dodatak 2: Dodatna literatura

Spisak skraćenica

CME	kontinuirano medicinsko obrazovanje
CPT	Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja
EKomLJP	Evropska komisija za ljudska prava
EKLJP	Evropska konvencija o ljudskim pravima
ESLJP	Evropski sud za ljudska prava
EMR	elektronska medicinska dokumentacija
HIV	virus humane imunodeficijencije
ICD	Međunarodna klasifikacija bolesti
ICRC	Međunarodni komitet Crvenog krsta/križa
PHC	Primarna zdravstvena zaštita
SOP	Standardna operativna procedura
SWOT	snage, slabosti, prilike, prijetnje
UN	Ujedinjene nacije
UNODC	Ured Ujedinjenih nacija za droge i kriminal
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
WMA	Svjetska medicinska asocijacija

Uvod

Historijat

Nadležna tijela za javno zdravstvo na lokalnom i međunarodnom nivou dugo vremena su Zdravstvenoj zaštiti u zatvorima pridavala malu ili nikakvu pažnju. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) u prve četiri dekade svog postojanja nije provodila značajnije aktivnosti niti objavila ikakve dokumente o uslugama zdravstvene zaštite u zatvorima ili o zdravlju zatvorenika. Zdravlje u zatvorima nije detaljnije istraživano, nije bilo prisutno u akademskim programima, a radovi u medicinskim časopisima su se rijetko bavili tom temom. Zatvori su bili "svijet za sebe", a ono malo ljekara koji su u njima radili zapošljavala je i nadzirala administracija zatvora pa nisu imali kontakta sa lokalnim ili državnim zdravstvenim organima, medicinskim fakultetima ili drugim stručnim tijelima.

Bolničku njegu zatvorenika bilo je teško ostvariti, uz ponižavajuće mjere osiguranja za hospitalizirane zatvorenike, kao što je vezivanje lisicama za krevete i prisustvo službenika osiguranja na intimnim konsultacijama i pregledima. Nisu postojali standardi za rangiranje zdravstvenog osoblja, stražari su pregledali zahtjeve za medicinske preglede, u potpunosti bili upoznati sa dijagnozama i liječenjem zatvorenika i često obavljali zadatke podjele lijekova pa čak i davanja injekcija.

S obzirom na ovakav historijat, ne iznenađuje težina i sporost uvođenja promjena kako bi se zdravstvena zaštita u zatvorima izjednačila sa onom u zajednici, obezbijedile neophodne veze između zdravstvenih službi u zatvorima i vanjskih zdravstvenih struktura koje su neophodne da bi se obezbijedio sveobuhvatan odgovor na zdravstvene potrebe zatvorenika. Zdravstvene potrebe zatvorenika su se promijenile s porastom broja zatvorenika sa hroničnim poremećajima povezanim sa starijom dobi i stilom života (hipertenzija, dijabetes i bolesti srca), značajnim udjelom zatvorske populacije koja pati od poremećaja mental-

nog zdravlja i infektivnih bolesti povezanih sa siromaštvom i injektivnim korištenjem droga.

Kao posebno težak izazov postavilo se pružanje bolničke njege, ponekad u hitnim slučajevima, u humanim uslovima i sa pristupom cjelokupnom spektru dijagnostičkih i terapijskih mjera. Hitna psihijatrijska njega pod jednakim uslovima kao za osobe u zajednici dostupna je tek u nekolicini država.

Preventivna njega bila je jednako nedostatna, sa vrlo malo preventivnih mjera kao što su vakcinacije i izuzetno štetnim uslovima po zdravlje u zatvorima, kao što je pretrpanost, loša ventilacija, zastarjela sanitarna rješenja (rašireno korištenje kanti za vršenje nužde u ćelijama) i loša ishrana.

S pojavom pandemije AIDS-a 1980-ih godina, nadležni organi za zdravstvo su po prvi put obratili pažnju na ove probleme. Do 1985. godine postalo je jasno da je prevalenca infekcije virusom humane imunodeficijencije (HIV) mnogo viša među zatvorskom, nego nezatvorskom populacijom, zbog ustaljene prakse upućivanja ovisnika u kazneno popravne ustanove. To je potvrđeno kroz više epidemioloških ispitivanja, među kojima se ističe studija koju je naručilo Vijeće Evrope, a koja je objavljena u časopisu Lancet 1987. godine¹. Iste godine, kada se SZO po prvi put upoznala sa uslovima u zatvorima, Specijalni program SZO za AIDS proveo je studiju i objavio smjernice za prevenciju i liječenje infekcija HIV-om u zatvorima. Posebna pažnja posvećena je riziku od prenosa HIV-a spolnim odnosom sa penetracijom ili dijeljenjem materijala za injektiranje. Premda su se preporuke SZO odnosile konkretno na HIV/AIDS, njihov uticaj je bio mnogo širi, jer su se organi za javno zdravstvo upoznali sa važnošću inkluzivnog pristupa koji će u cijelosti obuhvatiti zatvorska okruženja, a principi jednakosti njege i preventivne mjere su propisani po prvi put. Ako zatvorenici zaraženi HIV-om imaju pravo na isto liječenje i iste mjere zaštite (povjerljivost, zabrana segregacije i zabrana diskriminacije) kao i pacijenti u zajednici, onda bi se isto trebalo primijeniti na cijeli spektar medicinskih stanja.

Dodatni poticaj za promjenu 1980-ih godina proistekao je iz rada Evropske komisije za ljudska prava (EKomLJP), u to vrijeme poznate

1 Harding TW. Aids in prison /Aids u zatvoru/. The Lancet 330, i8570, 1260-1263, 1987.

kao "Komisija", koja više ne postoji. Ova komisija provela je prvi pregled pritužbi koje su pojedinci podnijeli u skladu sa Evropskom konvencijom o ljudskim pravima (EKLJP), čime je uspostavljen princip koji će kasnije potvrditi i razraditi Evropski sud za ljudska prava (ESLJP) da nepružanje adekvatne zdravstvene zaštite i okruženja za zatvorenike sa ozbiljnim medicinskim stanjima može predstavljati povredu člana 3. EKLJP (zabrana mučenja). Slično je postupio Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) koji je započeo svoj konkretan rad posjećivanjem mjesta u kojima borave lica lišena slobode 1991. godine. Ubrzo nakon toga su propusti u zdravstvenoj zaštiti zatvorenika prepoznati kao glavno pitanje kojim se Komitet bavi u sklopu svog mandata. CPT je 1993. godine po prvi put posvetio jedan od suštinskih dijelova njegovih godišnjih izvještaja standardima zdravstvene zaštite u zatvorima (što je detaljnije objašnjeno u nastavku). Tako je nastao model koji će se nadograđivati kroz razradu preporuka Komiteta ministara Vijeća Evrope. Ove aktivnosti su također potakle SZO da se angažira na izradi aktivnosti vezanih za zdravlje u zatvorima, što je u najvećoj mjeri razradio Regionalni ured SZO u Kopenhagenu.

Mnogobrojna pozitivna dešavanja u proteklih dvadeset godina treba sagledati upravo u ovom historijskom kontekstu. Historijat također objašnjava otpore i sumnje kako u administraciji zatvora tako i u zdravstvenoj administraciji, vezanih za razvoj smislenih poveznica, linija komunikacije i mehanizama za rješavanje sukoba koji se često svode na budžetske obaveze i sigurnosna pitanja u vezi sa zdravstvenom zaštitom zatvorenika.

Organizacija zdravstvene zaštite u zatvoru

Osnovni principi organizacije zdravstvene zaštite u zatvorima su izrađeni i uključeni u Preporuku Komiteta ministara Vijeća Evrope Rec (98)7 u vezi sa etičkim i organizacijskim aspektima zdravstvene zaštite u zatvorima.² Državama članicama se preporučuje da ove principe uzmu u obzir prilikom revizije zakonodavstva i praksi u oblasti zdravstvene zaštite u zatvoru. U Preporuci se ističe da medicinska praksa u zajednici i u zatvorskom kontekstu treba podlijegati istim etičkim principima, te da poštovanje osnovnih prava zatvorenika podrazumijeva osiguravanje jednakog preventivnog tretmana i zdravstvene zaštite zatvorenika kakva se pruža članovima zajednice. U Preporuci se također navode reforme strukture, organizacije i regulisanja službi zdravstvene zaštite u zatvorima koje su provedene u nekoliko država članica, uključujući različite administrativne strukture na saveznim i državnim nivoima.» Preporuka Komiteta ministara (98)7 i dalje je temeljni dokument u ovoj oblasti.

Osnovna prava zatvorenika i etički principi zdravstvene zaštite u zatvorima suštinski se nisu mijenjali. S druge strane njihova praktična primjena u proteklih dvadeset godina razrađena je u raznim međunarodnim dokumentima, a procesi reforme strukture, organizacije i upravljanja službama zdravstvene zaštite u zatvorima su značajno napredovali u više država članica Vijeća Evrope. Glavna pokretačka snaga organizacijskih promjena bilo je sve snažnije ubjeđenje da zdravstvena zaštita u zatvorima treba biti integrirana i usklađena sa zdravstvenom zaštitom u zajednici. Strukturalne i organizacijske promjene u tim zemljama su rezultirale različitim modelima među kojima druge zemlje mogu pronaći i odabrati najprikladnije za svoje okolnosti.

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

Ova publikacija pruža smjernice kreatorima politika i dužnosnicima relevantnih institucija kako bi osigurali da su politike zaštite zdravlja u zatvorima integrirane u zdravstvene politike države i da su s njima kompatibilne. Publikacija Vijeća Evrope „Zdravlje u zatvorima i medicinska etika“ - priručnik za zdravstvene radnike i drugo zatvorsko osoblje odgovorno za dobrobit zatvorenika može biti komplementarni vodič sa praktičnim informacijama o pružanju zdravstvene zaštite u zatvoru.³

3 Zdravstvena zaštita u zatvorima i medicinska etika. Priručnik za zdravstvene radnike i drugo zatvorsko osoblje odgovorno za dobrobit zatvorenika. Vijeće Evrope, novembar 2014 <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>

Međunarodni standardi kao temelj za pružanje zdravstvene zaštite zatvorenicima

Pravo na zdravstvenu zaštitu

Principi Ujedinjenih nacija ističu da je „osnovno pravo svake osobe da uživa najviši mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja“⁴, da „države imaju obavezu da poštuju pravo na zdravlje tako što će se, između ostalog, suzdržati od uskraćivanja ili ograničavanja jednakog pristupa za sve osobe, uključujući zatvorenike ili pritvorenike, pripadnike manjina, tražioce azila i ilegalne imigrante, preventivnim, kurativnim i palijativnim zdravstvenim uslugama“ i da „sve zdravstvene ustanove, robe i usluge moraju poštovati medicinsku etiku...“⁵ Pravo zatvorenika na zdravstvenu zaštitu je jedan od osnovnih principa Preporuke Komiteta ministara Vijeća Evrope Rec(2006)2 u vezi sa Evropskim zatvorskim pravilima koji kaže da „osobe lišene slobode zadržavaju sva prava koja im nisu zakonito oduzeta odlukom o određivanju kazne ili pritvora“.⁶

EKLJP ne propisuje izričito pravo na zdravstvenu zaštitu, ali države koje pritvorenima ili zatvorenicima uskraćuju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu je ESLJP u više navrata osuđivao za povrede člana 2. (pravo na život), odnosno člana 3. (zabrana mučenja) EKLJP.⁷ U tom smislu će se u narednim poglavljima spominjati Tematski izvještaj «Zdravstvena pitanja u praksi Evropskog suda za ljudska prava».⁸

4 Ujedinjene nacije: Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima član 12. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

5 Komitet UN za ekonomska, socijalna i kulturna prava (CESR), Opšti komentar br. 14: Pravo na najviši mogući standard zdravlja (član 12. Pakta), 11.8.2000, E/C.12/2000/4, dostupno na: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

6 Evropska zatvorska pravila 2006., Vijeće Evrope, pravilo 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

7 Evropska konvencija o ljudskim pravima, Vijeće Evrope https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

8 Evropski sud za ljudska prava, Tematski izvještaj - Zdravstvena pitanja u praksi Evropskog suda za ljudska prava, 2015. http://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf

Praksa ESLJP jasno utvrđuje da država u skladu sa članom 3. mora osigurati da „s obzirom na praktične uslove boravka u zatvoru, zdravlje i dobrobit (zatvorenika) budu adekvatno osigurani, između ostalog i kroz pružanje potrebne medicinske pomoći“ *Kudla protiv Poljske*, (presuda od 26.10.2000.). Proizilaze tri principa: adekvatnost, prouzrokovana patnja i činjenica da postoje dodatni faktori pored same medicinske pomoći, pretpostavlja se fizičko i emotivno okruženje u zatvorskoj ustanovi.

Vrijedi analizirati neke pojedinačne odluke kako bi se sagledale situacije koje je ESLJP ocijenio problematičnim po članu 3.

Dva predmeta koja je razmatrala Evropska komisija za ljudska prava ukazuju na ranu pojavu problema.

Prema odluci u predmetu *Bonnechaux protiv Švicarske* (odluka od 5.12.1978.) švicarske vlasti su trebale utvrditi da li stariji zatvorenik koji pati od dijabetesa ima pristup odgovarajućoj medicinskoj njezi unutar zatvora. Komisija je u kasnijem predmetu otišla korak dalje (*De Varga Hirsch protiv Francuske*, (odluka od 9.5.1983.), također u vezi sa starijim pritvorenikom koji je patio od dijabetesa, koronarne insuficijencije i arteriopatije donjih ekstremiteta. Komisija je razmatrala ne samo medicinsku njegu u zatvoru, već i mogućnost hospitalizacije u javnoj bolničkoj ustanovi izvan zatvorskog sistema. U oba predmeta je Evropska komisija za ljudska prava našla da su garancije koje su dostavili organi vlasti uvjerljive i nije prosljeđivala ova pitanja Evropskom sudu za ljudska prava. Međutim, relevantnost EKLJP za zdravstvenu zaštitu u zatvorima je utvrđena prije više od 35 godina i odnosi se ne samo na rad zatvorskih medicinskih službi, već i na pristup javnim bolničkim ustanovama.

ESLJP je od tada razmatrao na stotine zahtjeva vezanih za zdravstvenu zaštitu zatvorenika i u značajnom broju predmeta utvrdio povrede člana 3. (zabrana mučenja), a u nekoliko predmeta i povrede člana 2. (pravo na život) EKLJP, jer se smrt zatvorenika pripisivala neadekvatnom medicinskom tretmanu. Pored toga, u više predmeta je ESLJP od države članice zahtijevao da pruži odgovarajuću medicinsku njegu u toku postupka pred ESLJP prema pravilu 39. (privremene mjere), čime je Sud naglasio teške posljedice neadekvatne njege i spore reakcije nadležnih organa države.

U jednom predmetu (*Affaire Poghossian c. Géorgie*) ESLJP je zaključio da, uzimajući u obzir činjenicu da je Sudu podneseno gotovo četrdeset predstavki u vezi sa nedostatkom njege, postoji sistemski problem u

vezi sa pružanjem adekvatne medicinske njege zatvorenicima zaraženim, između ostalog, hepatitisom C.

Jasno je da nedostaci koji su kvalifikovani kao povrede EKLJP nisu izolovani slučajevi i ukazuju na rasprostranjene propuste u zdravstvenoj zaštiti, što traje i danas. Stoga su preporuke Vijeća Evrope, SZO, Međunarodnog komiteta crvenog krsta/križa (ICRC) i drugih tijela imale samo ograničen efekat. Nadležni organi, kako u sektoru zdravstva, tako i u sektoru kazneno popravnih ustanova ne smiju zanemarivati ponavljanje povreda člana 3. u vezi sa neadekvatnom zdravstvenom zaštitom zatvorenika u mnogim državama.

Kakve probleme otkrivaju predmeti koje je razmatrao ESLJP, a koji su često potvrđeni objavljenim izvještajima o posjetama CPT?

- Često su pronađeni nedostaci na nivou primarne zaštite *unutar* zatvora: kašnjenja u ostvarivanju pristupa ljekaru ili medicinskoj sestri (CPT često detaljno govori o ozbiljnim deficitima ljekarskog osoblja i medicinskih sestara/tehničara); nedostatak dijagnostičkih alata koji bi inače trebali biti dostupni na nivou primarne zdravstvene zaštite (elektrokardiogram, jednostavni laboratorijski testovi); nedostatak redovnog praćenja zatvorenika sa hroničnim stanjima, kao što je hipertenzija, srčana oboljenja, hipertenzija, hepatitis B ili C, pa čak i tuberkuloza; ograničen spektar dostupnih lijekova, naročito antibiotika, antiviralnih lijekova za liječenje infekcije HIV-om ili hepatitisom C. Nedostatak ličnih zdravstvenih kartona istaknut je kao raširen problem. CPT često kritikuje činjenicu da se medicinske konsultacije u zatvorima evidentiraju samo sa par riječi u knjizi protokola, bez ličnog medicinskog kartona, probleme sa upućivanjem zatvorenika na specijalističke preglede ili preglede koji se ne mogu provesti u zatvoru.
- Nedostatak stomatološke službe u zatvorima. CPT i u ovom slučaju opisuje predugo čekanje na stomatološki pregled i činjenicu da je jedini besplatni postupak vađenje zuba.
- Mnoge povrede člana 3. koje je utvrdio ESLJP tiču se kašnjenja i problema u ostvarivanju pristupa sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. U jednom predmetu zatvorenik sa hroničnim hepatitisom i teškom bolesti bubrega koja je dovela do hroničnog zatajenja bubrega skoro četiri godine nije imao niti jedan specijalistički pregled ili liječenje (*Holomiov protiv Republike Moldavije*), u drugom predmetu zatvorenik sa čirom na dvanaestopalačnom crije-

vu, dijabetesom i srčanom bolesti kojem je bila potrebna redovna specijalistička medicinska njega, takvu njegu nije dobivao duži vremenski period (*Ashot Harutyunyan protiv Armenije*); nedostaci u vođenju pacijenata sa višestrukim istovremenim bolestima, kao što su kašnjenja u hospitalizaciji i neprovođenje neophodnih pretraga, na primjer test na *Helicobacter pylori* kod pacijenta sa peptičkim ulkusom koji je za ozljedu kičme primao neadekvatnu terapiju lijekovima koji uzrokuju krvarenje u probavnom traktu (*Kolesnikovich protiv Rusije*).

- Nekoliko predmeta odnosilo se na dugo čekanje na operativni zahvat, što je dovelo do produžene i nepotrebne patnje, primjerice kod pacijenta sa više bubrežnih kamenaca koji je često imao izuzetno bolne epizode, a čekao je na operaciju preko četiri godine (*Pilčić protiv Hrvatske*); zakazana operacija koja je kasnila godinu dana (*Affaire Kotsaftis c. Grèce*).
- Pacijenti u terminalnoj fazi bolesti kojima je uskraćena mogućnost za dostojanstvenu smrt izvan zatvora, primjerice muškarac sa metastatskim karcinomom prostate (*Affaire Dorneanu c. Roumanie*) u kojem je zaključeno da su nadležni organi pridali veću važnost formalnostima nauštrb humanitarnih pitanja.
- Propusti u liječenju zatvorenika sa infektivnim bolestima: potrebna segregacija zatvorenika sa HIV-om (*Martzaklis i drugi protiv Grčke*); kašnjenja u liječenju (*Aleksanyan protiv Rusije*).
- Fizičko vezivanje primijenjeno na pregledima i tokom liječenja u bolnici ili hospitalizacije (*Mouisel protiv Francuske*; *Tariyeva protiv Rusije*).
- ESLJP je u više navrata utvrdio da su propusti u liječenju zatvorenika sa poremećajima mentalnog zdravlja uzrokovali nepotrebnu patnju ili čak samoubistvo. Neki problemi odnose se na nedostatak psihijatrijskog liječenja i pristupa neophodnim lijekovima. Međutim, u sudskoj praksi koja se odnosi na zatvorenike sa poremećajima mentalnog zdravlja kao lajtmotiv se pojavljuje štetno dejstvo «uobičajenog» zatvorskog okruženja. Tako muškarac na odsluženju veoma duge kazne zatvora kod kojeg se pojavilo hronično psihotično stanje nije trebao boraviti u standardnom zatvorskom okruženju (*Affaire Riviere protiv Francuske*), dva zatvorenika koja su pokazivala akutne psihotične simptome i koja su počinila samoubistvo vješanjem nakon nekoliko sedmica u zatvoru trebala su biti hospitalizirana, a ne da ih se drži u izdvojeno (*Keenan protiv Ujedinjenog Kraljevstva*, *Renolde protiv Francuske*). Općenito, zatvorsko okruženje može uzrokovati nepotrebnu patnju pa takve zatvorenike treba premjestiti u zaštićeno okruženje ili psihijatrijsku bolnicu (*Dybeku*

protiv Albanije; Slawomir Musial protiv Poljske). U jednom predmetu ESLJP je zaključio da nije primjereno očekivati od drugih zatvorenika da nadziru i pružaju podršku mentalno oboljelim zatvorenici-
ma s kojima dijele sobu (*Kaprykowski protiv Poljske*), a u drugom predmetu je zaključeno da psihijatrijsko odjeljenje zatvora nije pru-
žilo nivo njege i zaštite kakav je bio potreban zatvoreniku sa teškim
mentalnim poremećajem (*Affaire Claes et autres c. Belgique*). Ovaj
zaključak podudara se sa zapažanjima CPT u više država.

Ovaj sažetak sudske prakse čini katalog propusta u zdravstvenoj zaštiti zatvorenika iz mnogih država. Sa sigurnošću se može reći da su ovi slu-
čajevi samo vrh ledenog brijega i da su u mnogim državama propusti
sistematske prirode. To potvrđuju i nalazi posjeta CPT-a gdje u mnogim
državama delegacije i dalje nailaze na zdravstvenu zaštitu zatvorenika
koja je ispod standarda. Inspekcijski mehanizmi u pojedinačnim država-
ma također navode neprihvatljivo niske standarde zdravstvene zaštite.

U ovoj fazi iz ovakvih nalaza treba izvući neke opšte zaključke koji će
se fokusirati na potrebne mjere za prevazilaženje sistemskih problema
i nedostataka:

1. Primarna zdravstvena zaštita u zatvorima često pati od nedostatka
materijalnih i kadrovskih resursa.

Dijagnostički materijali su nedostatni. U mnogim slučajevima ne postoji
lični zdravstveni karton. Ljekari koji rade u zatvorima nailaze na velike
teškoće u dobijanju zadovoljavajućih odgovora od bolnica i drugih spe-
cijalističkih službi kada im se obrate.

2. Specijalističke usluge koje bi mogle biti dostupne u zatvorima ili ne
postoje ili za njih nema dovoljno sredstava, što uključuje stomatološke
usluge, specijalističke konsultacije i psihijatrijsku njegu.

3. Uobičajeno zatvorsko okruženje je štetno i za neke zatvorenike, kao
što su zatvorenici koji pate od smrtonosnih bolesti, ozbiljnih poremećaja
mentalnog zdravlja, hroničnih infektivnih bolesti, predstavlja nečovječno
i ponižavajuće postupanje.

4. Hospitalizacija zatvorenika je problematična. Bolnice nemaju dovoljnu
infrastrukturu da obezbijede sigurno okruženje, što dovodi do korištenja
sredstava vezivanja. Dugo se čeka na specijalističke preglede i opera-
tivne zahvate.

Čitav niz međunarodnih dokumenata Ujedinjenih nacija, Vijeća Evrope, SZO i SZO/Ureda Ujedinjenih nacija za droge i kriminal (UNODC), pruža osnovu za organizaciju i upravljanje zdravstvenom zaštitom u zatvorima i etičko postupanje zdravstvenog osoblja u zatvorima (vidi dodatak I).

Suština ovog dokumenta može se sažeti kako slijedi: jedini zadatak pružalaca zdravstvene zaštite u zatvorima i pritvorskim ustanovama je da pružaju zdravstvenu zaštitu sa punom predanošću pacijentima, uključujući preventivnu njegu i evidentiranje i prijavljivanje znakova nasilja i zlostavljanja, da rade kao lični pružaoci njege za datog pacijenta, bez učestvovanja u bilo kakvim medicinskim postupcima koji nisu vezani zdravlje i dobrobit pacijenta; pristup zdravstvenoj zaštiti treba biti neograničen; zdravstvena zaštita treba biti jednaka kao i u zajednici, uz očuvanje povjerljivosti i poštovanje autonomije pacijenta, da se provodi uz neograničenu kliničku nezavisnost i visoku stručnost, te treba obuhvatiti prevenciju i humanitarnu podršku; zdravstvena zaštita zatvorenika i pritvorenika je odgovornost cijele države i treba biti u najvećoj mogućoj mjeri integrirana u zdravstvenu politiku date države i sa njom kompatibilna.

Pravni okvir i implikacije

Pravo na zdravlje odnosno „najviši mogući standard zdravlja“⁹ zatvorenika propisano je u međunarodnom pravu za zaštitu ljudskih prava kroz pakteve i konvencije koje su pravno obavezujuće za države potpisnice.¹⁰

Prema EKLJP¹¹, pravo na zdravlje osoba lišenih slobode obuhvaćeno je i pravom na život iz člana 2. i zabranom mučenja iz člana 3.

Međutim, ni jedan međunarodni instrument ne sadrži definiciju najviših mogućih standarda fizičkog i mentalnog zdravlja u zatvorima, kao

9 Ustav Svjetske zdravstvene organizacije www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
Komitet UN za ekonomska, socijalna i kulturna prava (CESR), Opšti komentar br. 14: Pravo na najviši mogući standard zdravlja (član 12. Pakta), 11.8.2000., E/C.12/2000/4, dostupno na: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

10 Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, član 12.; Konvencija UN o eliminiaciji svih oblika diskriminacije žena, član 12.

11 Evropska konvencija o ljudskim pravima, Vijeće Evrope https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

ni šta tačno čini nečovječno i/ili ponižavajuće postupanje u kontekstu zdravstvene zaštite. To daje značajnu diskreciju u tumačenju standarda za pružanje zdravstvene zaštite. Iz tog razloga, mnoge međunarodne deklaracije, preporuke, pravila, standardi i smjernice propisuju da zdravstvena zaštita zatvorenika treba biti iste kvalitete kao i zdravstvena zaštita građana u zajednici (dodatak 1). Premda ovi standardi nisu pravno obavezujući, zbog čega se također nazivaju i «mekim pravom», ESLJP se u svojim presudama vezanim za pružanje zdravstvene zaštite zatvorenicima sve više na njih poziva.

Na nivou pojedinačnih država, u posebnim ili zakonima o izvršenju sankcija u većini država članica Vijeća Evrope odredbe o zdravstvenoj zaštiti pritvorenika i zatvorenika su usklađene sa međunarodnim konvencijama i preporukama. Uslovi za zdravstvenu zaštitu zatvorenika se ne bi trebali razlikovati od uslova koji vrijede za članove zajednice. Opšti zakoni vezani za zdravlje trebali bi naročito obuhvatati slobodan pristup zdravstvenoj zaštiti i preventivnoj njezi najviše moguće kvalitete, autonomiju pacijenta, povjerljivost medicinskih pitanja, nezavisnost medicinske profesije i certificiranu medicinsku stručnost. Nekolicina država članica ima odvojene zakonske odredbe o zdravstvenoj zaštiti u zajednici i zdravstvenoj zaštiti pritvorenika i zatvorenika. U nekim slučajevima te posebne odredbe za zatvorenike nisu u potpunosti usklađene sa odredbama koje se odnose na članove zajednice.

Međutim, treba uzeti u obzir i pravne specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite u zatvoru, odnosno da za razliku od zdravstvene zaštite u zajednici odnos između pružalaca zdravstvene zaštite i pacijenata u zatvoru nije u potpunosti zasnovan na slobodnoj volji. Izvan zatvora, kada se pacijent naruči na ljekarski pregled podrazumijeva se osnovni pristanak na to da ljekar postavi dijagnozu i ponudi liječenje. U kontekstu zatvora takav implicitni pristanak nije moguće pretpostaviti, jer zatvorenici obično ne mogu odabrati svog ljekara, a ljekarski pregled na prijemu rijetko inicira sam pacijent, već ga obično naređuju zatvorski organi. Implicitni pristanak zatvorenika ili pritvorenika na medicinsko zbrinjavanje može se pretpostaviti samo kada je pacijentu jasno stavljeno do znanja da je ljekar obavezan da ponudi pregled prilikom prijema. U takvoj situaciji, da bi se uspostavio stabilan odnos pacijent - ljekar potrebno je da pacijent u zatvoru može da se osloni na neograničenu kliničku nezavisnost ljekara.

Medicinska etika u zatvoru

Jedna od mnogih specifičnosti zatvora i drugih pritvorskih ustanova je da dvije profesionalne grupe sa potpuno različitim zadacima rade pod istim krovom. Zadaci direktora zatvora i zatvorskog osoblja su izvršenje mjere pritvora tokom perioda na koji je određena, izvršenje krivičnih sankcija, sigurnost i bezbjednost i podrška rehabilitaciji i resocijalizaciji u skladu sa zakonima o izvršenju sankcija. Zadaci zdravstvenih radnika su održavanje zdravlja, prevencija, otkrivanje i liječenje zdravstvenih poremećaja i individualna zdravstvena zaštita pacijenata u zatvoru u skladu sa pravilima struke i etičkim principima zdravstvene zaštite. Da bi se ispunili različiti zadaci obje kategorije profesionalaca, neophodno je međusobno razumijevanje i uzajamno prihvatanje pravila, etičkih principa i izazova, uz poštivanje jasnog razgraničenja profesionalnih uloga. Zdravstveni radnici koji pružaju njegu u zatvorima i pritvorskim ustanovama moraju biti upoznati i prihvatiti pravila lične i opšte bezbjednosti u skladu sa relevantnim zakonodavstvom o zatvorima, a direktori i osoblje zatvora moraju biti upoznati i prihvatiti pravila medicinske profesije i medicinske etike propisana međunarodno priznatim dokumentima. Bez obzira na različite upravljačke strukture zdravstvene zaštite u zatvorima, sukobi i nesporazumi između medicinskog i zatvorskog osoblja primarno nastaju zbog nepoznavanja i nerazumijevanja uzajamnih etičkih principa i neprihvatanja međusobnih profesionalnih profila.

Budući da su ove smjernice primarno namijenjene donosiocima odluka koji nisu iz medicinske profesije, a učestvuju u upravljanju zdravstvenom zaštitom u zatvorima, uključen je i sažetak etičkih standarda i praktičnih implikacija.

Etički principi zdravstvene zaštite u zatvorima se ni na koji način ne razlikuju od principa koji se primjenjuju u zdravstvenoj zaštiti u zajednici, odnosno temelje se na globalno prihvaćenom Međunarodnom kodeksu medicinske etike Svjetske medicinske asocijacije (WMA).¹² Međutim, etički principi pružanja zdravstvene zaštite zatvorenicima i pritvorenicima su dodatno razrađeni u više međunarodnih dokumenata.¹³

12 Međunarodni kodeks medicinske etike, Svjetska medicinska asocijacija, <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>

13 Kancelarija visokog komesara za ljudska prava: Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment /Medicinski etički principi relevantni za ulogu zdravstvenog osoblja, naročito ljekara, u zaštiti zatvorenika i pritvorenika

Jedini zadatak zdravstvenih radnika je da brinu o zdravlju i dobrobiti pritvorenika i zatvorenika, uključujući preventivnu zdravstvenu zaštitu i evidentiranje i prijavljivanje znakova nasilja i zlostavljanja. CPT ističe da „Zatvorski ljekar radi kao pacijentov lični ljekar. Stoga u interesu očuvanja odnosa ljekar-pacijent od zatvorskog ljekara ne bi trebalo tražiti da potvrdi da je zatvorenik sposoban da podnese kaznu. Također od njega ne bi trebalo tražiti da provodi bilo kakve tjelesne pretese ili preglede na zahtjev nekog organa, osim u hitnim slučajevima kada se ne može pozvati ni jedan drugi ljekar.“¹⁴ Neuključivanje medicinskog osoblja u pretres tijela i bilo koji dio procesa odlučivanja o samici kao disciplinskoj mjeri je također propisano u relevantnim Izjavama WMA (Svjetske medicinske asocijacije).¹⁵ Medicinske intervencije na zahtjev nadležnih organa koje nisu u interesu zatvorenika, kao što je testiranje na konzumaciju opojnih droga, pregled intimnih dijelova tijela za potrebe pretresa ili forenzički pregledi trebaju obaviti medicinski radnici koji ne učestvuju u zdravstvenoj zaštiti zatvorenika.

Stubovi etičkog postupanja u pružanju zdravstvene zaštite u zatvorima mogu se sažeti pod sljedećim stavkama:¹⁶ a. Pristup zdravstvenoj zaštiti; b. Jednakost njege; c. Pristanak pacijenta i povjerljivost; d. Preventivna zdravstvena zaštita; e. Humanitarna pomoć; f. Profesionalna nezavisnost; g. Profesionalna stručnost.

- a. Pristup zdravstvenoj zaštiti** obuhvata obavezu zdravstvenih radnika da bez odlaganja ponude medicinski pregled prilikom prijema (unutar 24 sata) i pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti koju pruža kvalifikovani ljekar opšte medicine ili porodične medicine i njene/njegove medicinske sestre i stomatolog kada god je to potrebno. Zahtjev za konsultacije treba biti povjerljiv i bez prepreka za odabir koje postavlja nemedicinsko osoblje. Informacije o pristupu medicinskim konsultacijama i organizaciji zdravstvene zaštite trebaju biti date pri prvom prijemu svake osobe, po moguć-

od mučenja i drugog okrutnog, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja/, 1982, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>

14 Vijeće Evrope. Standardi CPT: Značajni dijelovi opštih izvještaja CPT, izvadak iz Trećeg opšteg izvještaja 1993., <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

15 Standardna minimalna pravila Ujedinjenih nacija za tretman zatvorenika (Pravila Nelsona Mandele). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

Preporuka br. R (98) 7 <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>

Evropska zatvorska pravila 2006., Vijeće Evrope, pravilo 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

16 Vidi fusnotu 14.

nosti u pisanom obliku. Pristup sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti i bolničkoj njezi, prema savjetu ljekara opšte medicine treba biti zagaranтован kroz zapošljavanje ili ugovorno angažovanje specijalista, naročito psihijataru i kroz bolnice koje su u potpunosti opremljene. Moraju postojati odgovarajuća rješenja za hitnu medicinsku njegu u bilo koje vrijeme u slučaju vanrednih situacija. Nesmetan pristup zdravstvenoj zaštiti u pritvorskim ustanovama i zatvorima podrazumijeva da zatvorski rukovodioci i administracija trebaju osigurati da u zatvoru imaju odgovarajuće zdravstvene radnike i dobru komunikaciju i saradnju sa zdravstvenim radnicima i bolničkim kapacitetima izvan zatvora.

- b. Jednakost njege** znači da se u zatvoru pruža zdravstvena zaštita iste kvalitete kao u zajednici. To se može postići isključivo kroz tijesnu saradnju i integraciju zdravstvene zaštite u zatvoru sa zdravstvenom zaštitom u zajednici i javnim zdravstvom, u smislu pravnih propisa, procedura za dodjelu dozvola, nadzor i kontrolu ispunjenosti minimalnih uslova za opremu i kvalifikaciju, zajedničke procedure obuke i zapošljavanja osoblja, te uključivanje zatvorenika u državne zdravstvene programe. Integracija i jednakost zdravstvene zaštite u zatvoru i zajednici nisu samo važni kao etički principi, već su i ključna potreba za javno zdravstvo, što je jasno naznačeno u međunarodnim dokumentima.^{17,18} Kako je takva integracija zapravo institucionalni oblik principa jednakosti, neki profesionalci predlažu da bi jednakost i integraciju trebalo smatrati jednim principom.¹⁹ S obzirom na to da je zastupljenost i težina mnogih zdravstvenih poremećaja među zatvorenicima mnogo veća nego u zajednici i da je obaveza države da o tim osobama brine, istraživači također tvrde da možda nije dovoljno da nivo zdravstvene zaštite u zatvorima bude samo jednak onom u zajednici, već da bi standardi za zatvore trebali biti čak i viši.²⁰

17 SZO/UNODC: Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. /Dobro upravljanje u službi zdravlja u zatvorima u 21. stoljeću. Policy brief o organizaciji zaštite zdravlja u zatvorima./ https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

18 Moskovska deklaracija SZO o zdravlju u zatvorima kao dijelu javnog zdravstva. <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 Vidi fusnotu 17.

20 Lines R. From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. /Od jednakosti standarda ka jednakosti ciljeva: Pravo zatvorenika na više standarde zdravstvene zaštite od onih izvan zatvora/. Int J Prisoner Health (2006) 2:269-280.

- c. **Pristanak pacijenta i medicinska povjerljivost** ne bi se trebali tumačiti isključivo kao važni etički principi zdravstvene zaštite, već i kao neizbježni profesionalni alati za pružanje zdravstvene zaštite. Bez saradnje i pristanka pacijenta moguć je tek mali ili nikakav uspjeh u liječenju, a bez povjerenja pacijenta u profesionalnu povjerljivost sa timom zdravstvene zaštite, nemoguće je dobiti potpunu anamnezu.

Svaki pacijent koji je sposoban da rasuđuje može odbiti liječenje ili bilo koju drugu medicinsku intervenciju. Svako odstupanje od ovog osnovnog principa treba imati uporište u zakonu i jasnim i strogo definisanim izuzetnim okolnostima koje su primjenjive na cjelokupnu populaciju.

Medicinska povjerljivost treba biti očuvana tokom medicinskih pregleda i konsultacija koje u pravilu treba provoditi u privatnosti u prostoriji za medicinske konsultacije. Svi medicinski pregledi zatvorenika trebaju se obavljati tako da ih zatvorski službenici ne mogu čuti, a osim ako ljekar ne zatraži drugačije, ni vidjeti. Povjerljivost također treba biti očuvana u odnosu na otvaranje i pohranjivanje medicinskih kartona, tako što se bilo koji medicinski podaci vezani za pacijenta neće objelodanjivati bez izričite dozvole pacijenta ili u skladu sa naredbom suda. Medicinske informacije trebaju biti povjerljive, osim ukoliko bi očuvanje takve povjerljivosti dovelo do stvarne i direktne prijetnje po pacijenta ili druge osobe.

Ljekar mora dobro obrazložiti i pažljivo evidentirati u medicinskom kartonu svaku povredu principa pacijentovog pristanka i medicinske povjerljivosti koja je neophodna.

- d. Pored kurativne i sestrinske/palijativne njege, zdravstvena zaštita u zatvoru treba uključivati i **preventivnu zdravstvenu zaštitu** kao što je:
- nadzor zdravih uslova života, uključujući prostor, čistoću i higijenu, sanitarne uslove, kontrolu kvalitete hrane i vode, grijanje, osvjetljenje, ventilaciju, fizičku i mentalnu vježbu; iako u većini zatvorskih sistema i zakona o izvršenju sankcija rukovodilac tima zdravstvene zaštite u zatvoru ili glavni doktor ima pravo da vrši nadzor nad ovim uslovima života, treba prepoznati da je za sveobuhvatan visokokvalitetan nadzor, uključujući i redovne bakteriološke kontrole ključna podrška,

oprema i tehnički alati u potpunosti opremljene javne zdravstvene ustanove i laboratorije. To je dodatni argument u korist tijesne saradnje/integracije sa organima za javno zdravstvo u zajednici;

- unapređenje zdravlja svih osoba koje žive i rade u zatvorskom okruženju, uključujući promociju mentalnog zdravlja, prevenciju nasilja i suicida, također iziskuje podršku institucija javnog zdravstva, što je analizirano u daljem tekstu u poglavlju pod naslovom „Zatvor: patogeno okruženje i prilika za unapređenje zdravlja“;
- prevencija širenja infektivnih bolesti, kao što je tuberkuloza, tuberkuloza otporna na lijekove i virusne infekcije koje se prenose krvlju, hepatitis B i C i HIV/AIDS, čija prevalenca je mnogo viša u zatvorima nego u zajednici, pri čemu preventivne aktivnosti, dijagnoza, liječenje i epidemiološke ankete i dokumentacija o takvim infektivnim bolestima također trebaju integraciju sa javnim zdravstvenim ustanovama i njihovim relevantnim državnim programima.

e. Humanitarna pomoć zdravstvenih radnika u zatvoru potrebna je za zatvorenike koji su posebno ranjivi u zatvorskom okruženju zbog njihovog spola, dobi, tjelesnih ili mentalnih poteškoća, vrste počinjenog djela ili pripadnosti etničkim, vjerskim, političkim ili seksualnim manjinama. Zdravstveni radnici mogu identificirati njihovu ranjivost tokom povjerljivih medicinskih pregleda/konsultacija i, uz njihov pristanak, razgovarati sa upravom zatvora o ispunjavanju njihovih posebnih potreba i njihovoj zaštiti, kao što je adekvatno raspoređivanje unutar zatvora.

f. Profesionalna nezavisnost zdravstvenog osoblja u zatvoru od nadležnih zatvorskih organa je veliki izazov za zdravstvenu zaštitu u zatvorima. Prema podacima Svjetske medicinske asocijacije, profesionalna autonomija i klinička nezavisnost su „garancija da ljekari imaju slobodu stručnog prosuđivanja u njezi i liječenju njihovih pacijenata bez vanjskog uticaja drugih strana ili pojedinaca“ i „ključna komponenta visoko kvalitetne medicinske njege i osnovni princip za profesionalnost zdravstvene zaštite“²¹. Očuvanje profesionalne kliničke nezavisnosti je posebno zahtjevno u prinudnim okruženjima pritvorskih ustanova

21 Svjetska medicinska asocijacija. Seulska deklaracija o profesionalnoj autonomiji i kliničkoj nezavisnosti 2008. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>

i zatvora. Rizik od uplitanja zatvorske uprave u kliničku nezavisnost je veći ako je zdravstvena zaštita direktno podređena tim administracijama, naročito u hijerarhijama koje nalikuju vojnim. Zdravstveni radnici koji istovremeno rade u zatvoru i u zajednici će prije zadržati svoj osjećaj profesionalne nezavisnosti.²² Što je saradnja sa nadležnim organima za zdravstvo u nekoj državi i nadzor koji ti organi vrše veći, to je manji rizik od neprimjerenog uplitanja zatvorskih administracija u kliničku nezavisnost. Unapređenje kliničke nezavisnosti zatvorskih zdravstvenih radnika je jedan od razloga za prebacivanje zdravstvene zaštite u zatvoru sa administracije zatvora na nadležne organe za zdravstvo u zajednici. Države koje su upravljanje zdravstvenom zaštitom u zatvorima prenijele sa zatvorskih uprava na ministarstva zdravlja ili nadležne organe za javno zdravstvo izvještavaju o većoj profesionalnoj nezavisnosti zdravstvenih radnika.²³

- g. I laici i kolege iz medicinske profesije obično potcjenjuju profesionalnu stručnost i kliničke vještine potrebne za pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite u zatvoru. Na nivou primarne zdravstvene zaštite, osim pune stručnosti ljekara opšte medicine ili porodičnog ljekara ili medicinske sestre, potrebno je solidno znanje o medicinskoj etici u zatvoru, o naročito čestim zdravstvenim poremećajima u zatvoru, kao što su poremećaji mentalnog zdravlja, ovisnost o drogama i infektivne bolesti, te profesionalni skrining, evidentiranje i izvještavanje o nasilju.

Zdravstveni radnici koji rade u zatvorima moraju proći isto certificirano kontinuirano medicinsko obrazovanje (eng. CME-Continued Medical Education) kao i njihove kolege koje rade u zajednici. Tijesna saradnja i integracija sa organima nadležnim za javno zdravstvo je apsolutno neophodna za provođenje profesionalne obuke i CME, kao i za akreditaciju i licenciranje zdravstvenih radnika za rad u zatvorima.

22 Pont J, Enggist St, Stöver H, Williams B, Greifinger R, Wolff H: Prison healthcare governance: guaranteeing clinical independence. /Upravljanje zdravstvenom zaštitom u zatvorima: garancija kliničke nezavisnosti/.

23 Hayton P, Gatherer A, Fraser A. Patient or prisoner: does it matter which ministry is responsible for the health of prisoners? /Pacijent ili zatvorenik: da li je važno koje ministarstvo je nadležno za zdravlje zatvorenika?/ Rad za potrebe sastanka mreže, Copenhagen; World Health Organization, Regional Office for Europe, EUR/10/05, oktobar 2010.

Organizacione i rukovodne strukture u zdravstvenoj zaštiti u zatvorima u državama članicama Vijeća Evrope

U proteklim godinama u službama zdravstvene zaštite u zatvorima provedene su strukturalne promjene u više država članica. Step en saradnje sa javnim službama zdravstvene zaštite razlikuje se od države do države. U nekim državama je za upravljanje zdravstvenom zaštitom u zatvorima nadležno Ministarstvo zdravlja, a u drugim posebni sektor Ministarstva pravde, dok u više država isključivu nadležnost za pružanje zdravstvene zaštite u zatvorima i dalje imaju zatvorske uprave. Ovako različiti pristupi u državama članicama Vijeća Evrope pokazali su se i u odgovorima na upitnik koji je Vijeće Evrope uputilo nadležnim institucijama u državama članicama tokom 2015. godine putem članova Evropskog komiteta za probleme kriminala (CDPC). Od 47 država članica, njih 34 koje predstavljaju 49 zatvorskih sistema (uključujući *Länder* i kantone) dostavilo je odgovore na upitnike pa tako prikupljene informacije daju samo opšti pregled različitih organizacionih modela ili aktuelnih promjena, kao i nedostataka i izazova sa kojima se suočavaju nadležne institucije.

Ova anketa je pokazala da se sistemi **budžetiranja** za zdravstvenu zaštitu u zatvorima značajno razlikuju između država članica, bilo da ih u potpunosti obezbjeđuju ministarstva nadležna za zatvorski sistem (u sklopu opšteg budžeta za zatvore ili odvojeno) ili djelomično ministarstva nadležna za zatvorsku službu, a djelomično institucije zdravstvene zaštite u zajednici, pri čemu je omjer bio 3% naprema 96,5%. U jednoj državi članici Ministarstvo zdravlja pokrivalo je troškove zdravstvene zaštite koja se pruža kroz programe koje finansira država (kao što su: onkologija, tuberkuloza, HIV/AIDS). U drugoj državi, podršku je pružao Globalni fond za usluge vezane za HIV i tuberkulozu. Zdravstvena zaštita u zatvorima se u potpunosti finansirala iz budžeta zdravstvenih ustanova u zajednici u četiri države.

Snažno se preporučuje odvajanje budžeta za zdravstvenu zaštitu od budžeta pojedinačnih zatvora i na nivou centralne zatvorske uprave, kako bi se omogućilo bolje upravljanje potrebama za zdravstvenom zaštitom, odvojeno od drugih finansijskih potreba vezanih za zatvore.

Obavezno javno **zdravstveno osiguranje** za zatvorenike uvedeno je samo u nekim državama članicama.

U vrlo malo drugih država zatvorenici su mogli koristiti ili obavezno zdravstveno osiguranje koje su imali prije upućivanja u zatvor ili se od njih tražilo da učestvuju u pokrivanju troškova zdravstvenih usluga.

Prema međunarodnim standardima,^{24,25} neophodna zdravstvena zaštita bi trebala biti besplatna.

Ukupni iznos potrošnje **per capita** za zdravstvenu zaštitu u zatvoru kre- tao se od 85 € do 9205 €, pri čemu je medijana (središnja vrijednost) bila 801 €. Ovaj izuzetno širok raspon treba pažljivo tumačiti jer odra- žava ne samo veliku raznolikost u bogatstvu država članica, već i razli- čite strukture i efikasnost administracije.

Upravljanje zatvorima ili pritvorskim ustanovama je u nekim slučajevi- ma bilo povjereno profitnim privatnim društvima ili su za zdravstvenu zaštitu u zatvorima kojima upravlja država ugovorno angažovana pro- fitna društva.

Zapošljavanje zdravstvenih radnika također se značajno razlikovalo. Većina država imala je civilno osoblje, uključujući i državne službenike i privatno angažovano osoblje, dok je u nekim državama zdravstveno osoblje u cijelosti ili djelomično bilo integrirano u uniformisano zatvor- sko osoblje. Troškove zapošljavanja zdravstvenog osoblja zaposleno na neodređeno ili na ugovor snosilo je ili ministarstvo nadležno za zatvor- sku službu ili zdravstvene institucije u zajednici, a raspon plaća je bio jednak, viši ili niži u odnosu na plaće u zajednici.

Saradnja u upravljanju zdravstvenom zaštitom sa službama zdravstve- ne zaštite u zajednici se također značajno razlikovala. U nekim država-

24 Standardna minimalna pravila Ujedinjenih nacija za tretman zatvorenika (Pravila Nelsona Mandele). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

25 Komentar Preporuke R(2006)2 Komiteta Ministara državama članicama u vezi sa evropskim zatvor- skim pravilima; https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

ma prijavljena je saradnja sa Ministarstvom zdravlja/nadležnim organima za javno zdravstvo u nekim aspektima, kao što je ocjena i inspekcija higijene, hrane, uslova života i medicinske dokumentacije, licenciranja/certificiranja zdravstvenih službi u zatvoru i prevencija zaraznih bolesti u zatvoru. Neke države su prijavile da su izradile i objavile državne standarde zdravstvene zaštite u zatvorima odnosno standardne operativne procedure (SOP) kao državne smjernice za upravljanje postojećim službama zdravstvene zaštite i za buduće strukturne i upravljačke procese u vezi sa zdravstvenom zaštitom u zatvorima.²⁶

U svim državama koje su odgovorile na upitnik, **primarna zdravstvena zaštita** bila je obezbijedena u zatvorima i pritvorskim ustanovama, dok je bolnička njega pružana ili samo u vanzatsvorskim bolnicama, ili i u zatsvorskim bolničkim službama i u civilnim ustanovama.

Dokumentacija o upravljanju zdravstvenim pitanjima, uključujući medicinsku evidenciju, je u nekim državama održavana elektronski kroz softver u svim zatvorima, u drugim državama je to bio slučaj samo u nekim zatvorima, dok u ostalima ovaj način uopšte nije bio u primjeni.

Ažuriranje ranije prikupljenih podataka provedeno **2017. godine**²⁷ pokazalo je nešto veći broj država članica u kojima je zdravstvena zaštita u zatvoru u potpunosti u nadležnosti Ministarstva zdravlja odnosno organa nadležnih za javno zdravstvo, dok je broj država u kojima su nadležni organi za zdravstvo djelomično ili regionalno nadležni za zdravstvenu zaštitu u zatvorima ili prolaze proces preuzimanja te nadležnosti ostao isti, uz smanjenje broja onih država članica u kojima nadležnost za zdravstvenu zaštitu u zatvorima ima isključivo ministarstvo nadležno za zatsvorski sistem, tj. Ministarstvo pravde, Ministarstvo za kazneno popravni sistem ili Ministarstvo unutrašnjih poslova.

U namjeri da se osigura veća nezavisnost zdravstvenog osoblja i upravljanja zdravstvenom zaštitom od zatsvorskih uprava, nekoliko država članica je osnovalo medicinska odjeljenja pri nadležnim ministarstvima ili pod direktnim nadzorom parlamenata. Takva šema upravljanja omo-

26 Npr. Standardi za medicinske usluge i dodatni standardi za medicinske usluge za osobe sa posebnim potrebama u zatvorima i pritvorskim ustanovama u Gruziji.

27 Vijeće Evrope, Multilateralni sastanak o organizaciji i upravljanju zdravstvenom zaštitom u zatvorima, Strasbourg, 12-13. oktobar 2017. Criminal Law Co-operation Unit, <https://www.coe.int/en/web/criminal-law-coop>

gućava nezavisan budžet za zdravstvenu zaštitu koji je odvojen od drugih visokih finansijskih potreba u zatvorima.

S obzirom na širok raspon upravljačkih struktura i šema upravljanja zdravstvenom zaštitom u zatvorima u državama članicama Vijeća Evrope, postavlja se pitanje koji bi od njih bio najbolji u pogledu kvalitete i efikasnosti usluga zdravstvene zaštite za zatvorenike. Zasada nema preciznog odgovora na to pitanje, uslijed nedostatka sistematski prikupljenih podataka o zdravstvenoj zaštiti u zatvorima u većini država, kao i manjka međunarodno primjenjivih pokazatelja uspješnosti zdravstvene zaštite koji bi omogućili komparativne analize, iako su ti pokazatelji već izrađeni na nivou pojedinačnih država.²⁸

Tokom posljednje tri decenije u svijetu je zabilježen stabilan porast broja zemalja koje su nadležnost za upravljanje zdravstvenom zaštitom u zatvorima prebacile na ministarstva zdravlja ili nadležne organe za javno zdravstvo. SZO i UNODC su snažno podržali takve aktivnosti, ističući da „ministarstva zdravlja trebaju obezbijediti i biti odgovorna za usluge zdravstvene zaštite u zatvorima, te zagovarati zdrave uslove u zatvorima, u skladu sa važnošću jednakosti njege i integracije zdravstvene zaštite u zatvorima u javno zdravstvo i profesionalne nezavisnosti zdravstvenih radnika od organa nadležnih za zatvore“.²⁹ Države koje su upravljanje zdravstvenom zaštitom u zatvorima prenijele sa administracije zatvora na ministarstva zdravlja ili nadležne organe za javno zdravstvo izvještavaju o većoj profesionalnoj nezavisnosti zdravstvenih radnika³⁰ i, premda još uvijek sa malim brojem dokaza, boljoj kvaliteti zdravstvene zaštite.³¹ Međutim, SZO i UNODC su također jasno naznačili da „će prenos

28 Kintz, Kimberly E, “Quality measures in correctional health care” /Mjere kvalitete u zdravstvenoj zaštiti u kazneno popravnim ustanovama/ (2013). Scholar Archive. 990. Public Health England, Health and Justice Annual Review 2016/17.

29 SZO/UNODC: Dobro upravljanje u službi zdravlja u zatvorima u 21. stoljeću. Policy brief o organizaciji zaštite zdravlja u zatvorima. https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

30 Hayton P, Gatherer A, Fraser A. Patient or prisoner: does it matter which ministry is responsible for the health of prisoners? /Pacijent ili zatvorenik: da li je važno koje ministarstvo je nadležno za zdravlje zatvorenika?/. Rad za potrebe sastanka mreže, Copenhagen; World Health Organization, Regional Office for Europe, EUR/10/05, oktobar 2010.

31 Public Health England. Rapid review of evidence of the impact on health outcomes of NHS commissioned health services for people in secure and detained settings to inform future health interventions and prioritisation in England /Brzi pregled dokaza o uticaju zdravstvenih usluga koje je ugovorio NHS na zdravstvene ishode osoba u osiguranim i zatvorenim okruženjima za potrebe budućih zdravstvenih intervencija i definisanja prioriteta u Engleskoj/.

Leaman J, Richards AA, Emslie L and O'Moore EJ: Improving health in prisons – from evidence to policy to implementation – experiences from the UK. /Unapređenje zdravlja u zatvorima – od dokaza preko politike do implementacije – iskustva iz UK./ International Journal of Prisoner Health 13; 139-147, 2017.

zdravstvene zaštite u zatvorima u nadležnost ministarstava zdravlja biti dugotrajan proces“. Općenito je državama trebalo više od deset godina da ga završe. SZO i UNODC dodaju i da „uspjeh i neizlaganje zatvorenika povećanom riziku po zdravlje iziskuje od vlada najsnažniju političku predanost ovom procesu, potpunu komunikaciju na svim nivoima upravljanja i osoblja i pažljivo planiranje i provedbu praktičnih koraka, uključujući i neophodna budžetska razmatranja i prenos finansiranja.“³²

Neke države koje su u procesu prenosa također su prijavile teškoće ili naznačile eventualne negativne efekte, kako što je mogućnost neslaganja između kaznenih ustanova i organa javnog zdravstva koji pružaju usluge zdravstvene zaštite unutar zatvorskog sistema, više kozmetičku nego suštinsku promjenu organizacije zatvorskih službi zdravstvene zaštite, nedovoljnu koordinaciju i saradnju između osoblja sektora osiguranja i zdravstvenog osoblja, nedostatan kontinuitet njege zatvorenika ukoliko primarnu zdravstvenu zaštitu pružaju dežurni zdravstveni radnici iz regionalne javne zdravstvene ustanove, zabrinutost zatvorskog osoblja o tome da će dobiti represivnu ulogu ili da će izgubiti kontrolu, zabrinutost zdravstvenih radnika o povećanom obimu posla uz dodatne dužnosti i rad sa nepoznatom kategorijom pacijenata, zabrinutost da će zatvorenici u javnim zdravstvenim službama dobiti manje kvalitetnu njegu od ostalih građana.³³

Neke države su razmatrale ili planirale prenos nadležnosti i upravljanja službama zdravstvene zaštite u zatvorima sa Ministarstva pravde na Ministarstvo zdravlja/organe nadležne za javno zdravstvo, ali do sada nisu završile proces, uglavnom zbog nedovoljne pripreme od strane organa za javno zdravstvo.

Bez obzira na različite organizacione i upravljačke strukture zdravstvene zaštite zatvorenika, gore navedene Preporuke Komiteta ministara Vijeća Evrope, revidirana Standardna minimalna pravila Ujedinjenih nacija

32 SZO/UNODC: Dobro upravljanje u službi zdravlja u zatvorima u 21. stoljeću. Policy brief o organizaciji zaštite zdravlja u zatvorima. https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

33 Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, The dance of change in penitentiary care: window dressing or a new penitentiary care recipe? /Val promjene u njezi u zatvorima: kozmetičke promjene ili recept za novi sistem brige u zatvorima?/. Studi Organizzativi 2:17-43, 2018 DOI 10.3280/ SO2017-0020021. Dubois C, Linchet S, Mahieu C, Reynaert J-F, Seron P. Organization models of health care services in prisons in four countries. /Modeli organizacije službi zdravstvene zaštite u zatvorima u četiri države/. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 293. D/2017/10.273/69.

za tretman zatvorenika (Pravila Nelsona Mandele)³⁴ i deklaracije SZO u potpunosti su saglasni o tome da je zdravstvena zaštita zatvorenika i pritvorenika odgovornost cijele države i da bi trebala biti usklađena, integrirana i kompatibilna sa državnim zdravstvenim politikama u najvećoj mogućoj mjeri.

34 Standardna minimalna pravila Ujedinjenih nacija za tretman zatvorenika (Pravila Nelsona Mandele). http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

Međusektorska saradnja

S obzirom na to da je zdravstvena zaštita zatvorenika odgovornost cijele države i da zdravstvena zaštita neizbježno uključuje mnoge aktere iz različitih sektora, postoji potreba za vodstvom i odgovornosti najviših nivoa vlasti kao i mehanizmima koji će osigurati saradnju i na nivou države (u nekim državama nadležnosti mogu biti podijeljene na regionalne nivoe kao što su Länder, kantoni, decentralizirana administrativna uređenja) i na lokalnom nivou. Izdvajanje i prenos sredstava kada se službe prenose iz nadležnosti jednog organa na drugi često predstavljaju sporno pitanje pa bi i Ministarstvo finansija trebalo učestvovati u međusektorskom mehanizmu saradnje.

Jedan od mehanizama za osiguranje optimalne iskorištenosti dostupnih resursa, za utvrđivanje dodatnih potreba i osiguranje djelotvorne saradnje bio bi međuministarski upravni odbor koji bi odgovarao uredu premijera.

Bez obzira na to da li se zdravstvena zaštita daje u nadležnost ministarstvu zdravlja ili ostaje u nadležnosti organa nadležnih za zatvore, oba ova organa moraju preuzeti odgovornosti. Uključeni su i drugi sektori, kao što je policija koja često ima zadatak prebacivanja zatvorenika u bolnice i obezbjeđenje u toku posjeta ljekaru.

S tačke gledišta policijskih resursa, specijalistički pregledi dostupni u zatvorima donose jasnu prednost, jer se smanjuje potreba policijske pratnje tokom sprovođenja u bolnicu. Međutim, organizovanje takvih pregleda iziskuje resurse drugog sektora kako bi se zaposlili specijalisti i opremile specijalističke ordinacije, na primjer za oftalmološke, otorinolaringološke ili ginekološke preglede. Isto tako su očigledne prednosti postojanja radiološke i ultrazvučne opreme (opreme za ehografiju) u zatvorskoj službi zdravstvene zaštite, ali to iziskuje investicije i obučeno osoblje.

Na lokalnom nivou također trebaju postojati komunikacijski kanali i mehanizmi za rješavanje sporova.

Uprave bolnica moraju prepoznati potrebe zatvorenika, a autoritet ljekara koji rade u zatvorima se mora poštovati. Dužnost njege treba proširiti na sve specijaliste kako bi se izbjegle prepreke i otpor koji dovodi do kašnjenja hirurških zahvata i drugih specijalističkih tretmana. Zatvorenici trebaju imati stvaran pristup cijelom spektru zdravstvene zaštite koji je dostupan široj javnosti, uključujući i najsofisticiranije i najskuplje usluge kao što su moderne tehnike snimanja, poput kompjuterizirane tomografije i magnetne rezonance, kemoterapija i radioterapija za karcinom, kardiohirurgija, neurohirurgija i transplantacija.

Na praktičnom nivou treba postojati neophodna infrastruktura koja omogućava izvođenje ovih pretraga i liječenja uz poštovanje intimnosti i privatnosti zatvorenika. To neizostavno podrazumijeva pravovremeno planiranje i investicije, što uključuje nadležne organe za bolnice, nadležne organe za zatvore i policiju. Ako se rješenja traže tek kada se ukaže konkretna potreba, ona će gotovo uvijek biti manjkava.

Međutim, ako se nadležnosti za zdravstvenu zaštitu zatvorenika podijele, postojat će potreba za pravovremenim planiranjem i međusektorskom saradnjom.

Zdravstvena zaštita zatvorenika: odgovornost cijele države

Kada država pojedince lišava slobode ona preuzima posebnu odgovornost za vodi računa o njihovom zdravlju. Zatvorenici nemaju druge mogućnosti nego da se za zaštitu i unapređenje njihovog zdravlja oslanjaju na nadležne organe. Kako bi se zaštitilo njihovo pravo na zdravlje, prema međunarodnom pravu država ima obavezu njege kako u pogledu uslova u kojima borave osobe lišene slobode tako i u pogledu individualnog tretmana kada je on potreban.³⁵ Obaveza vlada da osiguraju adekvatnu zdravstvenu zaštitu zatvorenika odražava se ne samo na zatvorenike i administraciju zatvora već i na javno zdravstvo cijele države.³⁶ To rezultira potrebom za tijesnom saradnjom i integracijom zdravstvene zaštite u zatvorima sa javnim zdravstvenim strukturama.

U pogledu upravljanja i rukovođenja zdravstvenom zaštitom u zatvorima država ima obavezu da osigura odgovornu i adekvatnu zdravstvenu zaštitu zatvorenika, kao i direktnu odgovornost vlade i parlamenta.

Slijedeći ovaj koncept kao primjer dobre politike nekoliko država članica je medicinske odjele direktno podredilo ministarstvu, umjesto administraciji zatvora. Takve strukture također sprečavaju slučajeve u kojima se finansijska ograničenja ili manjak sredstava u zatvorima ili zatvorskim upravama koriste kao opravdanje za nedostatnu zdravstvenu zaštitu zatvorenika. Jedan od osnovnih principa Evropskih zatvorskih pravila kaže da „manjak resursa ne može biti opravdanje za zatvorske uslove

35 Ujedinjene nacije: Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, član 12. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>; Komitet UN za ekonomska, socijalna i kulturna prava (CESR), Opšti komentar br. 14: Pravo na najviši mogući standard zdravlja (član 12. Pakta), 11.8.2000., E/C.12/2000/4, dostupno na: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

36 Moskovska deklaracija SZO o zdravlju u zatvorima kao dijelu javnog zdravstva. <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>

koji ograničavaju ljudska prava zatvorenika.“³⁷ CPT također naglašava da je „svjestan da periodi ekonomskih poteškoća, poput onih koji trenutno prevladavaju u mnogim zemljama koje je posjetio CPT, zahtijevaju žrtvovanja, što uključuje i zatvorske ustanove. Međutim, bez obzira na poteškoće koje nastaju u bilo kojem trenutku, čin lišenja slobode neke osobe uvijek podrazumijeva dužnost njege koja iziskuje djelotvorne metode prevencije, skrininga i liječenja.“³⁸

37 Evropska zatvorska pravila 2006., Vijeće Evrope, pravilo 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

38 Vijeće Evrope. Standardi CPT: Značajni dijelovi opštih izvještaja CPT, izvadak iz Trećeg opšteg izvještaja 1993, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

Zatvor: patogeno okruženje i prilika za unapređenje zdravlja

Zatvori su paradigma onoga što su sociolozi Goffmann i Foucault nazivali „totalne institucije“³⁹, odnosno zatvorena okruženja odsječena od vanjskog društva sa hijerarhijskim strukturama u svim aspektima života na jednom te istom mjestu, represivnim i birokratskim režimom, strogom disciplinom i stalnim nadzorom koji provociraju nasilne subkulture i zatvorenici koji imaju malo ili nikakvu individualnu odgovornost i koji su lišeni svojih društvenih veza, sredstava, privatnosti, poticaja, izbora i autonomije. Ove karakteristike su potpuno suprotne onome što SZO smatra poticajnim okruženjem za zdravlje.⁴⁰ Posebno odstupaju od psihosocijalne dobrobiti i pogoršavaju postojeće psihosocijalne i mentalne poremećaje osoba koje žive u takvim okruženjima. Ova zabrinutost dodatno raste u svjetlu međunarodno prikupljenih podataka⁴¹, koji pokazuju da i do 70% zatvorenika pati od poremećaja mentalnog zdravlja. Vodeći uzrok smrti u zatvorima je samoubistvo na koje otpada oko polovine ukupnog broja smrtnih slučajeva u zatvorima.⁴²

Pored problema sa mentalnim zdravljem, prevladavajući zdravstveni problemi u pritvorskim i zatvorskim okruženjima su i nasilje, ovisnost o drogama i infektivne bolesti, tuberkuloza, bolesti uzrokovane virusom hepatitisa B i C (HBV, HCV) i HIV bolest. Na globalnom nivou se među

39 Goffman, Erving (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates.* /Psihijatrijske bolnice: eseji o socijalnom položaju psihijatrijskih pacijenata i drugih zatvorenika./ Anchor Books

Foucault Michel (1975), *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard

40 SZO. Povelja iz Ottawe o unapređenju zdravlja. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

41 Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. /Ozbiljni mentalni poremećaj kod 23.000 zatvorenika: sistematski pregled 62 istraživanja/. *Lancet* 2002; 359: 545–50.

42 Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. /Zdravlje zatvorenika/. *Lancet* 2011; 377: 956–65.

zatvorenicima bilježi veća prevalenca zaraženosti HIV-om, HCV-om, HBV-om, tuberkulozom i tuberkulozom/HIV-om u odnosu na zajednicu, što se naročito odnosi na zatvorenike koji koriste injektivne droge. Razlog za to leži u neproporcionalno višoj stopi zatvaranja osoba iz društvenih grupa u nepovoljnom položaju i masovno zatvaranje osoba koje injektivno koriste droge.⁴³

Ograničen životni prostor u zatvoru, stalno rizično ponašanje zatvorenika i nedostatne mjere prevencije ili smanjenja štete povećavaju prenošenje bolesti u zatvoru, što dovodi do izbijanja epidemija infektivnih oboljenja koje zahvaćaju i zatvorenike i zatvorsko osoblje, rodbinu i zajednicu nakon otpusta iz zatvora. Nedavno sveobuhvatno globalno istraživanje i analiza preventivnih intervencija pokazalo je da je najučinkovitiji način za kontrolu ovih infekcija u zatvorima smanjenje stope izricanja zatvorskih kazni za osobe koje injektivno koriste droge i veća primjena vanzatvorskih mjera.⁴⁴

Međutim, zatvorske kazne također mogu biti prilika za unapređenje zdravstvene zaštite pojedinaca, naročito onih koji nisu bili obuhvaćeni radom službi zdravstvene zaštite u zajednici prije dolaska u zatvor. Za neke od njih medicinski pregled prilikom prijema u zatvor je možda prva prilika za sveobuhvatnu medicinsku procjenu, što uključuje detekciju, dijagnozu i liječenje poremećaja mentalnog i/ili tjelesnog zdravlja. Za osobe koje žive haotičnim životom, naročito pacijente ovisnike o drogama, prisilno kontrolisani i strukturirani svakodnevni život u zatvorskom okruženju po prvi put im pruža mogućnost zdravstvenog obrazovanja, unapređenja zdravlja, preventivnih mjera (kao što je vakcinacija i edukacija) i primjene tehnika za smanjenje štete.

Pored prilika za individualnu zdravstvenu zaštitu, unapređenje zdravlja kao dio zatvorske politike rada podržava zdravlje svih osoba koje žive i rade u zatvorima, koristeći dostupne resurse i mogućnosti⁴⁵ i smanjuje zdravstvene rizike u zatvorskom okruženju. Priznavanje važne uloge

43 Dolan K, Wirtz AL, Moazen B et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. /Globalni teret HIV-a, virusnog hepatitisa i tuberkuloze kod zatvorenika i pritvorenika/. Lancet(2016) 388:1089-1102

44 Vidi fusnotu 43.

45 SZO Evropa: Prisons and Health, /Zatvori i zdravlje/ 2014. Promoting health in prisons: a settings approach /Unapređenje zdravlja u zatvorima: pristup okruženja/ str. 180-184. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>
SZO. Povelja iz Ottawe o unapređenju zdravlja. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

zdravlja u zatvoru u odnosu na javno zdravlje i implementacija politika za unapređenje zdravlja trebaju podršku organa nadležnih za javno zdravstvo. Unapređenje zdravlja u zatvoru obuhvata ne samo zdravstveno obrazovanje (po mogućnosti korištenjem tehnika kolegijalnog učenja), prevenciju bolesti i smanjenje štete, već i unapređenje mentalnog zdravlja. Primjeri konkretnih politika za unapređenje mentalnog zdravlja uključuju: smanjenje stresa kroz ličnu podršku, veće sposobnosti suočavanja sa boravkom u zatvoru i prevenciju samoubistava, garantiranu sigurnost i čisto i higijensko okruženje, stvaranje atmosfere pristojnosti i poštovanja, vrednovanje rada, unapređenje znanja i vještina, podršku za kreativnost u radu, obrazovanje i odmor, veće kontakte sa vanjskim svijetom, ličnu privatnost i dostupnost raznolikih izbora.

Takve politike rada vezane za unapređenje zdravlja u zatvorima imaju sljedeće konkretne koristi:

- za **zatvorenike**: povećanje emotivne i fizičke dobrobiti, sposobnosti suočavanja sa problemima, samouvjerenosti i socijalnih vještina, sposobnosti adekvatnog provođenja vremena i realnog planiranja budućnosti, društvenu inkluziju i bolje izgleda za rehabilitaciju, smanjenje postojećih poremećaja mentalnog zdravlja ili vjerovatnosti za nastanak poremećaja tjelesnog ili mentalnog zdravlja;
- za **osoblje**: veći moral i zadovoljstvo na poslu, manja napetost i stres, bolje mentalno i tjelesno zdravlje;
- za **zatvor**: unaprijeđena sigurnost kroz bolje odnose između osoblja i zatvorenika, sigurnije okruženje sa smanjenim tenzijama i napadima, lakše zapošljavanje i zadržavanje osoblja, manje odsustvovanje zbog bolovanja/manji broj odlazaka u penziju iz zdravstvenih razloga, veća efikasnost i ekonomičnost;
- za **zajednicu**: veći izgledi za uspješnu rehabilitaciju zatvorenika po izlasku iz zatvora i ulasku u zajednicu, slabiji intenzitet širenja infektivnih bolesti, manje mentalnih poremećaja među zatvorenicima koji su pušteni na slobodu nakon odsluženja kazne i veća sigurnost.

Saradnja i integracija službi zdravstvene zaštite u zatvorima sa javnim zdravstvenim strukturama

Komentar Evropskih zatvorskih pravila u vezi sa pravilom 40. o bliskim odnosima, integraciji i kompatibilnosti sa zdravstvenim politikama na nivou države ističe sljedeće:

„Najdjelotvorniji način za provedbu pravila 40. je da organ države nadležan za zdravstvo također bude nadležan za zdravstvenu zaštitu u zatvorima, što je slučaj u više evropskih zemalja. Ukoliko to nije slučaj, pružaoci zdravstvene zaštite u zatvorima bi trebali biti povezani sa pružaocima zdravstvenih usluga izvan zatvora u najvećoj mogućoj mjeri. Na ovaj način ne samo da se omogućava kontinuitet liječenja, već se i zatvorenicima i osoblju pruža prilika da više iskoriste novitete u liječenju, profesionalnim standardima i obuci”.⁴⁶

Višestruki su razlozi zbog kojih visoko kvalitetne usluge zdravstvene zaštite u zatvorima ovise o tijesnoj saradnji i integraciji sa nadležnim organima za zdravstvo i zdravstvenim službama u zajednici.

Kako je naglašeno u prethodno citiranim principima za zdravstvenu zaštitu u zatvorima, doslovno je nemoguće ostvariti i održati jednakost kvalitetne zdravstvene zaštite bez tijesne saradnje sa javnim zdravstvenim strukturama.⁴⁷ Principi profesionalne nezavisnosti i profesionalne stručnosti zdravstvenih radnika u zatvorima također u velikoj mjeri zavise od usklađenosti sa zdravstvenim politikama u zajednici.

Zatvorske uprave rijetko, ako i uopšte, imaju stručno znanje i alate za

46 Komentar Preporuke R(2006)2 Komiteta Ministara državama članicama u vezi sa evropskim zatvorskim pravilima https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

47 SZO/UNODC: Dobro upravljanje u službi zdravlja u zatvorima u 21. stoljeću. Policy brief o organizaciji zaštite zdravlja u zatvorima. https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

profesionalnu inspekciju i kontrolu higijene, sanitarnih uslova, hrane, vode i sigurnog odlaganja opšteg i medicinskog otpada. U većini zatvora je glavni ljekar u zatvoru određen da vrši ove inspekcije, ali često nema potrebnu obuku, stručno znanje i opremu. Uz to, profesionalni nadzor ovih ključnih pitanja koji provode vanjska nadležna tijela, kao što je Ministarstvo zdravlja ili drugi organi nadležni za javno zdravstvo rezultirat će objektivnijim i nezavisnijim mišljenjima i prijedlozima za poboljšanja.

Nadalje, zatvorske uprave rijetko, ako i uopšte, imaju stručno znanje za adekvatno odlučivanje o pritužbama zatvorenika u vezi sa zdravstvenom zaštitom. Ove pritužbe bi trebalo proslijediti nezavisnim zdravstvenim radnicima. Zdravstveno osoblje u zatvorima trebalo bi podlijegati istim disciplinskim postupcima kao i zdravstveno osoblje u zajednici. Zatvorenici trebaju imati pravo na podnošenje pritužbi na zdravstvenu zaštitu direktno disciplinskom tijelu, bez posredovanja rukovodioca zatvora, a disciplinsko tijelo ih treba saslušati.

U nekoliko država članica prostorije, oprema i stručne kvalifikacije službi zdravstvene zaštite u zatvorima nisu obuhvaćene procedurama licenciranja i akreditacije koje su primjenjive na službe zdravstvene zaštite u zajednici, što daje razloga za zabrinutost. To se također odnosi i na uslov i dokaz o kontinuiranom medicinskom obrazovanju zdravstvenih radnika koji rade u zatvorima. Velika slabost zdravstvene zaštite u zatvorima u državama članicama koja je prepoznata u SWOT analizi (snage, slabosti, prilike, prijetnje) ranije spomenute ankete Vijeća Evrope, bio je nedostatak strukturirane obuke i kontinuiranog medicinskog obrazovanja zdravstvenih radnika koji rade u zatvorima. Ovu grešku se treba i može popraviti uz podršku i saradnju sa institucijama za obuku i kontinuirano medicinsko obrazovanje u javnom zdravstvu.

Licenciranje, akreditaciju i dokaz o kontinuiranom medicinskom obrazovanju službi zdravstvene zaštite u zatvorima trebaju rješavati organi nadležni za javno zdravstvo koristeći svoje stručno znanje o zdravstvenoj zaštiti i administrativne strukture.

U mnogim državama se značajan broj pritužbi zatvorenika odnosi na zdravstvenu zaštitu. Nadležni organi za javno zdravstvo imaju potrebnu medicinsku stručnost i objektivnost da postupaju po ovim pritužbama. Saradnja je stoga potrebna i u tom pogledu.

Detaljna procjena i analiza epidemioloških podataka na nivou države ne može zanemariti epidemiološke podatke prikupljene od zatvorenika.

Naročito zarazne bolesti kao što su HIV bolest, hepatitis koji se prenosi krvlju i tuberkuloza, kao i ovisnost o drogama i mentalni poremećaji imaju značajno višu prevalencu među zatvorskom populacijom, nego u zajednici. Osim zakonom propisanog prijavljivanja bolesti koje podliježu prijavljivanju, razmjena anonimnih epidemioloških podataka o zatvorenicima sa nadležnim organima za zdravstvo u nekoj državi je preduslov za sveobuhvatan pregled epidemiološke situacije u toj državi. Time se olakšava planiranje i za akutne vanredne epidemiološke situacije i za odgovarajuće dugoročne inicijative u javnom zdravstvu, što uključuje i zatvorenike jednako kao i osobe u zajednici. Implementacija mjera za smanjenje štete u zatvoru u tijesnoj saradnji sa strukturama javnog zdravstva u zajednici radi sprečavanja širenja infektivnih bolesti je jedan od važnih primjera takvog zajedničkog rada.⁴⁸

Na nivou individualne njege, zatvorenici prolaze kroz naročito opasnu fazu u pogledu kontinuiteta njege nakon otpusta iz zatvora. Da bi se umanjili individualni zdravstveni rizici i prijetnje po javno zdravlje, kontinuitet njege treba biti pažljivo pripremljen kroz tijesnu saradnju sa službama zdravstvene zaštite u zajednici. Ovi rizici obuhvataju prenošenje infektivnih bolesti ili razvoj bolesti otporne na liječenje u slučaju prekida liječenja i/ili mjera za smanjenje štete, te rizik mortaliteta nakon otpusta iz zatvora, naročito kod ovisnika o drogama.

Bliska saradnja sa strukturama zdravstvene zaštite u zajednici potrebna je i kada zatvorenicima treba bolnička njega koju ne mogu dobiti u zatvorskom sistemu. Planiranje i obezbjeđenje dovoljno kreveta, na osnovu pažljive procjene potreba u saradnji sa bolničkim ustanovama u zajednici omogućava hitno liječenje, elektivno bolničko liječenje i njihovo optimalno i transparentno korištenje.

Medicinska dokumentacija službe zdravstvene zaštite u zatvorima treba biti dobro usklađena sa medicinskom dokumentacijom u zajednici, odnosno trebaju se koristiti isti obrasci medicinske dokumentacije, bilo u papirnatom obliku ili u elektronskoj medicinskoj dokumentaciji sa obaveznom primjenom Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD) i šifri SZO.⁴⁹ Time se omogućava protok medicinskih informacija o prebacivanju iz

48 UNODC, WHO, UNAIDS, ILO: Policy brief. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. /Prevenција i liječenje HIV-a i njega u zatvorima i drugim zatvorenim okruženjima: sveobuhvatan paket intervencija/. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en/www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/

49 Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, Deseta revizija (ICD-

zatvora u zatvor i/ili u bolnice u zajednici kao i na zdravstvene radnike u zajednici nakon otpusta iz zatvora. Dokumentacija o farmakoterapiji i primjeni lijekova u zatvoru također treba koristiti iste sisteme evidentiranja kakve imaju ustanove zdravstvene zaštite u zajednici. Za uvođenje elektronske medicinske dokumentacije u zatvoru, uključujući vođenje farmakoterapije, kompatibilne sa sistemom u ustanovama zdravstvene zaštite u zajednici potrebna je tijesna saradnja i integracija sa strukturom javnog zdravstva.

10) Verzija za 2016. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

Kadrovska popunjenost i zapošljavanje zdravstvenog osoblja

U gore navedenoj SWOT analizi anketnog istraživanja Vijeća Evrope manjak zdravstvenih radnika u zatvorima i nedostatak strukturirane obuke i kontinuiranog stručnog usavršavanja su utvrđene kao najistaknutije slabosti. U nekim državama članicama pored opšteg deficita zdravstvenih radnika u zajednici navođeni su i drugi razlozi za manjak zatvorskog zdravstvenog osoblja, kao što su izazovni uslovi rada i pacijenti, nizak nivo profesionalnog priznanja i društvenog ugleda i nedovoljna nagrada za rad. U poređenju sa zdravstvenim osobljem zaposlenim u javnim zdravstvenim institucijama, u zatvorskoj službi su prijavljene niže plate u 11 država, dok su u 7 država plate bile više, a u ostalim jednake.

Deficit zdravstvenog osoblja nije opravdanje za uključivanje zatvorenika u poslove zdravstvene zaštite koji iziskuju specijaliziranu obuku, čak i kada oni imaju medicinske kvalifikacije, kao ni njihovo zaduživanje za podjelu terapije.

Anketa je također pokazala da se obrasci zapošljavanja zdravstvenih radnika koji rade u zatvorima značajno razlikuju između država članica, od uniformisanog zatvorskog osoblja sa vojnim činovima, preko državnih službenika, ugovorno angažovanih zaposlenika, zaposlenika na neodređeno i na određeno vrijeme do zdravstvenih radnika koji rade isključivo u zatvorima, ili i u zatvorima i u zajednici.

U većini država članica zabilježene su mješovite vrste zapošljavanja.

Uniformisani zdravstveni radnici i državni službenici kažu da uživaju veći ugled u društvu, bolje socijalne doprinose i veću naknadu. Međutim, posebno uniformisani zdravstveni radnici koji su obavezani vojnom hijerarhijom suočavaju se sa značajnim izazovima u očuvanju profesionalne nezavisnosti i medicinske povjerljivosti i u radu sa nadređenima koji nisu medicinske struke, ali i kada pokušavaju pridobiti povjerenje njihovih pa-

cijenata. Zdravstveni radnici koji rade isključivo u zatvoru i zaposleni su na neodređeno vrijeme mogu garantovati kontinuitet medicinske njege, ali imaju manje izgleda da zadrže svoj osjećaj jednakosti zdravstvene njege sa zajednicom i profesionalnu nezavisnost. Također se može desiti da im nedostaje intelektualni stimulans i saradnja sa kolegama iz zdravstvenih službi u zajednici.

Omjer stalno zaposlenog zdravstvenog osoblja u odnosu na broj zatvorenika u državama članicama prema odgovorima iz ankete kreće se od 1/15 do 1/140, pri čemu je medijana (srednja vrijednost) 1/43. Ta brojka odgovara i izvještaju SPACE iz 2015.⁵⁰ o 36 zemalja koje su dostavile podatke o stalno zaposlenom zdravstvenom osoblju: 1/41 (raspon od 1/5 do 1/667). Postoji više razloga za nepostojanje standarda za ovaj omjer, a oni uključuju veličinu, strukture i poslove kaznenih ustanova koji značajno variraju. Na primjer, pritvorski centri sa mnogo većim protokom pritvorenika i većom učestalošću medicinskih pregleda prilikom prijema iziskivat će veću dostupnost zdravstvenog osoblja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u odnosu na ustanove za izdržavanje kazne. Nivo stručne obuke i vještina ljekara i sestara/tehničara ili feldšera (op. prev. zdravstveni radnici bez potpunih medicinskih kvalifikacija ili statusa) značajno se razlikuje od države do države. Primjerice, u nekim državama ljekari opšte prakse dobro su upoznati sa zaštitom mentalnog zdravlja, dok u drugim državama nemaju takvu obuku, ili su medicinske sestre ili feldšeri kvalifikovani za preuzimanje širokih medicinskih odgovornosti što bi se u drugim državama smatralo neprihvatljivim. Međutim, postoje minimalni uslovi definisani međunarodnim preporukama. Evropska zatvorska pravila i njihov Komentar⁵¹ ističu:

Sve neophodne medicinske, hirurške i psihijatrijske usluge, uključujući one dostupne u zajednici, pružaju se zatvoreniku za datu svrhu. Svaki zatvor raspolaže uslugama barem jednog osposobljenog ljekara opšte medicine. Poduzimaju se mjere da se osigura dostupnost kvalifikovanog ljekara u svakom trenutku bez odlaganja u hitnim slučajevima. Ako zatvori nemaju stalno zaposlenog ljekara, zatvor redovno posjećuje honorarno angažovan ljekar. Usluge kvalifikovanih stomatologa i optičara dostupne su svakom zatvoreniku. Veliki zatvori imaju dovoljan broj stalno zaposlenih ljekara.

50 Council of Europe Annual Penal Statistics, <http://wp.unil.ch/space>

51 Evropska zatvorska pravila 2006., Vijeće Evrope, pravilo 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

Komentar Preporuke R(2006)2 Komiteta Ministara državama članicama u vezi sa Evropskim zatvorskim pravilima https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

U svakom slučaju ljekar uvijek treba biti na raspolaganju za hitna medicinska pitanja. Medicinska služba zatvora omogućava psihijatrijsko liječenje svih zatvorenika kojima je takvo liječenje potrebno i posebnu pažnju posvećuje prevenciji samoubistava.

Pravila Nelsona Mandele⁵² propisuju:

Zdravstvenu službu čini interdisciplinarni tim sa dovoljno kvalifikovanih uposlenika koji imaju punu kliničku nezavisnost i uključuje dovoljnu ekspertizu u oblasti psihologije i psihijatrije. Usluge kvalifikovanog stomatologa dostupne su svakom zatvoreniku. Svi zatvori osiguravaju brz pristup medicinskoj pomoći u hitnim slučajevima. Zatvorenici kojima je potrebno specijalizirano liječenje ili hirurški zahvat prebacuju se u specijalizirane ustanove ili bolnice u zajednici. Ako zatvorska služba ima vlastite bolničke kapacitete, oni će imati adekvatne kadrovske resurse i opremu da zatvorenicima koji im budu upućeni obezbijede odgovarajuće liječenje i njegu. Ljekar ili drugi kvalifikovani zdravstveni radnici, ako je to slučaj, imaju svakodnevni pristup svim bolesnim zatvorenicima, svim zatvorenicima koji se žale na probleme sa tjelesnim ili mentalnim zdravljem ili na ozljede i svakom zatvoreniku na koje im se posebno skrene pažnja.

Potreban broj zdravstvenog osoblja za svaki zatvor najbolje se može utvrditi kontinuiranom procjenom potreba koju provode zdravstveni radnici uzimajući u obzir relevantnu dokumentaciju o obimu posla (najlakše kroz elektronsko upravljanje podacima o zdravstvenoj zaštiti), učestalosti i trajanju konsultacija i pacijentovim potrebama i za primarnom i za sekundarnom zaštitom. Na primjer, za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba uzeti u obzir poslove koji iziskuju dosta vremena tokom medicinskog pregleda na prijemu, kao što je prikupljanje i evidentiranje anamneze pacijenta, provođenje detaljnog tjelesnog pregleda, skrining na mentalne poremećaje, suicidalnost, zloupotrebu droga, simptome apstinencijske krize, zarazne bolesti, mentalni ili tjelesni invaliditet, znakove/evidenciju o nasilju i maltretiranju, kao i pružanje informacija o organizaciji medicinskih usluga u zatvoru, profesionalnoj nezavisnosti medicinskog tima i povjerljivosti i njihovim ograničenjima, pravima i odgovornostima pacijenta, riziku od širenja infektivnih bolesti i dostupnim mjerama za smanjenje štete u zatvoru.

52 Standardna minimalna pravila Ujedinjenih nacija za tretman zatvorenika (Pravila Nelsona Mandele). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

Usluge vanbolničke sekundarne zdravstvene zaštite koje pružaju specijalisti najefikasnije se pružaju kroz poliklinički model, što znači da ugovorno angažovani specijalisti posjećuju i savjetuju pacijente u medicinskoj jedinici zatvora redovno odnosno po potrebi.

Mnoge države članice suočene su sa značajnim poteškoćama u zapošljavanju zdravstvenih radnika za rad u zatvorima, što dovodi do većeg broja nepopunjenih pozicija. Nastojeći da riješe takvu situaciju nekoliko država članica je primijenilo različite inicijative za zapošljavanje zdravstvenih radnika, kao što su povećanje plata slično platama u zajednici, osiguranje bonusa za opasne uslove u kojima se obavlja posao, uspostavljanje saradnje sa medicinskim fakultetima i ponude za stažiranje, plaćanje troškova obrazovanja u zamjenu za obavezu rada u zatvoru određen broj godina, prijevremena penzija ili socijalna davanja.

S obzirom na to da je zdravlje u zatvorima važan dio javnog zdravstva⁵³ nadležni organi za javno zdravstvo trebaju prepoznati njihovu odgovornost da pruže podršku zatvorskim upravama u rješavanju problema za pošljavanja zdravstvenih radnika za njegu zatvorenika.

Zajednički naponi su potrebni i da bi se javnosti i donosiocima odluka objasnilo da je pružanje zdravstvene zaštite u zatvorima važno za javno zdravlje zajednice. I društvo i kolege iz medicinske struke u velikoj mjeri potcjenjuju specijalizirano znanje koje zdravstveni radnici moraju imati kako bi se nosili sa svim konkretnim oblicima zatvorske patologije, kao i potrebne vještine i iskustvo da te patologije rješavaju u zatvorskom okruženju. CPT sugerise da specifične karakteristike zdravstvene zaštite u zatvorskom okruženju mogu opravdati uvođenje priznate specijalizacije i za ljekare i za medicinske sestre, kroz postdiplomske obrazovanje i redovno stručno usavršavanje.⁵⁴ Šire priznanje ovih profesionalnih zahtjeva može povećati ugled zdravstvenog osoblja koje brine o pacijentima u zatvoru i u profesionalnoj zajednici i u društvu i može potaknuti zapošljavanje.

53 Moskovska deklaracija SZO o zdravlju u zatvorima kao dijelu javnog zdravstva. <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 Vijeće Evrope. Standardi CPT: Značajni dijelovi opštih izvještaja CPT, izvadak iz Trećeg opšteg izvještaja 1993, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

Primarna zdravstvena zaštita

Prema SZO, primarna zdravstvena zaštita bavi se njegom ljudi, a ne liječenjem konkretnih bolesti ili stanja. Primarna zdravstvena zaštita je obično prva tačka kontakta sa sistemom zdravstvene zaštite. To obuhvata spektar usluga od prevencije do skrininga, identifikacije i vođenja akutnih i hroničnih zdravstvenih stanja do palijativne njege. Primarna zdravstvena zaštita u zatvoru se ne razlikuje ni po čemu osim po specifičnom okruženju. Službe primarne zdravstvene zaštite trebaju poznavati potrebe pacijenta na prijemu, naročito u pogledu mentalnog zdravlja, probleme sa ovisnošću i infekcijama koje su u zatvoru najčešće. Ove službe trebaju brinuti o njima tokom boravka u zatvoru i pomoći im da se pripreme za otpust iz zatvora.⁵⁵ Za velik broj zatvorenika koji zbog nepovoljnih socijalnih uslova ili haotičnog stila života nisu bili obuhvaćeni uslugama zdravstvene zaštite u zajednici prije dolaska u zatvor, zatvorske službe primarne zdravstvene zaštite mogu biti prva prilika za sveobuhvatnu medicinsku procjenu sa detekcijom, dijagnozom i liječenjem poremećaja mentalnog i/ili tjelesnog zdravlja.

*Pored skrininga za mentalne i tjelesne bolesti, medicinski pregled na prijemu **također** treba tražiti znakove ozljeda i zlostavljanja koje se možda desilo prije prijema u zatvor. **Važno je** da se evidentiraju navodi, pregledaju i evidentiraju lezije, izvuku zaključci o usklađenosti navoda i uočeni lezija i da se slučajevi prijave u skladu sa preporukama CPT⁵⁶ i Istanbulskim protokolom.⁵⁷ Isto treba uraditi nakon svakog slučaja nasilja u toku boravka u zatvoru.*

55 SZO Evropa: Prisons and Health, /Zatvori i zdravlje/ 2014. Promoting health in prisons: a settings approach /Unapređenje zdravlja u zatvorima: pristup okruženja/ str. 180-184. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>

56 CPT: Evidentiranje i prijavljivanje medicinskih dokaza zlostavljanja: Izvadak iz 23. Opšteg izvještaja CPT, objavljenog 2013. godine. CPT/Inf(2013)29-part.

57 Istanbul Protocol OHCHR <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

Tim primarne zdravstvene zaštite u zatvoru treba biti interdisciplinarni tim sa vrlo dobrim poznavanjem i najnovijom obukom u oblasti opšte medicine ili porodične medicine, zaštite mentalnog zdravlja i liječenja ovisnosti, a u timu trebaju biti i kvalifikovani stomatolog i farmaceut za profesionalno vođenje farmakoterapije. U zatvorima u kojima borave žene, majke s djecom ili maloljetnici, tim zdravstvene zaštite treba biti dovoljno obučen i posjedovati adekvatne vještine za ispunjavanje posebnih potreba te populacije, odnosno ginekološku i akušersku njegu, te pedijatrijsku njegu. Pravo na kontraceptivne lijekove i dobrovoljni prekid trudnoće treba biti isto kao i za žene u zajednici. Kada je ženama dopušteno da mala djeca budu s njima, treba biti dostupna redovna pedijatrijska njega, tako da pedijatar pregleda dijete u prisustvu majke i u uslovima povjerljivosti.

Osim hitnih medicinskih stanja, primarna zdravstvena zaštita u zatvorima treba se pružati u odgovarajuće opremljenim i namjenskim sobama za konsultacije i intervenciju u medicinskoj jedinici kako bi se osigurala medicinska privatnost i povjerljivost, a povjerljiva medicinska dokumentacija treba se čuvati pod ključem. Za stomatološke intervencije potrebna je adekvatno opremljena stomatološka ordinacija. Dostupne bi trebale biti i dodatne prostorije za konsultacije sa ugovorno angažovanim specijalistima koji posjećuju zatvor i za sastanke tima zdravstvenih radnika. Primarna zdravstvena zaštita također može obuhvatati privremenu njegu pacijenata u stacionaru ili dnevnoj bolnici u zatvoru.

Službe primarne zdravstvene zaštite u zatvoru kao i u zajednici igraju važnu ulogu čuvara prolaza za sekundarnu zdravstvenu zaštitu, smanjujući nepravilno korištenje skupih bolničkih i drugih kapaciteta sekundarne zdravstvene zaštite. To može uključivati djelotvornu njegu u dobro opremljenim zatvorskim stacionarima ili dnevnim bolnicama ne samo za njegu i liječenje zatvorenika sa manjim infekcijama i drugim manjim akutnim poremećajima, već i za mnoge hronične poremećaje koji ne iziskuju bolničku njegu, pod nadzorom osoblja primarne zdravstvene zaštite i/ili po uputama specijalista. Sa bolničkim ustanovama u zajednici treba uspostaviti efikasnu komunikaciju i saradnju radi brzog prebacivanja pacijenata kojima je potrebna hospitalizacija i/ili druge usluge sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite koje nisu dostupne u zatvoru. Kao i sve druge medicinske jedinice, stacionari u zatvorima trebaju imati licencu za rad koju izdaje nadležni organ za zdravstvo date države.

Tim primarne zdravstvene zaštite u zatvoru također ima odgovornost da osigura optimalnu zdravstvenu zaštitu u hitnim slučajevima. To obu-

hvata dostupnost najnovije obuke za svo osoblje iz prve pomoći, organizaciju hitnog medicinskog tretmana na licu mjesta, podršku za tim primarne zdravstvene zaštite iz hitnih službi u zajednici koje nisu dostupne u zatvoru i hitnu dostupnost profesionalnog prevoza vozilom hitne pomoći radi hitne intervencije u bolnici.

Sekundarna zdravstvena zaštita i bolnička njega

Sekundarna zdravstvena zaštita obuhvata sve vrste zdravstvene zaštite gdje je potrebna medicinska ekspertiza iz neke grane specijalnosti, bilo u vanbolničkom okruženju ili u bolnici. Njega u visoko specijaliziranim bolničkim referentnim centrima smatra se tercijarnom zdravstvenom zaštitom. Sekundarna zdravstvena zaštita se u velikoj mjeri može ostvariti u vanbolničkim okruženjima, uz učešće specijalista, čime se izbjegava skupo stacionarno bolničko liječenje.

Vanbolnička sekundarna zdravstvena zaštita za zatvorenike može se ostvariti kroz rad specijalista zaposlenih u zatvorima, ugovorno angažovanih specijalista koji dolaze u zatvor (struktura poliklinike) ili kroz pratnju zatvorenika na specijalističko-konsultativne preglede izvan zatvora, npr. u specijalističko-konsultativne službe ustanova zdravstvene zaštite u zajednici. Model poliklinike, što znači da stalno zaposleni ili ugovorno angažovani specijalisti rade u opremljenim kabinetima u zatvorima, prema rasporedu ili na poziv, je bolja opcija i s aspekta sigurnosti i s aspekta ekonomičnosti. To je posebno važno kada se gleda dugoročno, čak i ako specijalizirana stacionarna dijagnostička oprema, kao što je oprema za ultrazvuk i ehokardiografiju, treba biti nabavljena nakon pažljivo urađene analize potreba u saradnji sa ugovorenim specijalistima. Dobar dio konzervativnog (tj. neoperativnog) liječenja koje rezultira iz specijalističkih dijagnostičkih usluga može se sigurno provesti kao vanbolničko liječenje u zatvoru ili u stacionarima/dnevnim bolnicama u zatvorima uz upute specijaliste kako je već navedeno. Osim toga, predoperativna i postoperativna njega koja ne iziskuje hospitalizaciju može se pružati pod nadzorom specijaliste i u saradnji sa hirurškim centrom u stacionaru zatvora, čime se smanjuje vrijeme boravka ovih pacijenata u skupim bolnicama.

Bolnička njega zatvorenika može se u pravilu pružati u zatvorskim ili bolnicama u zajednici. U ranije spomenutoj anketi Vijeća Evrope samo

29 od 45 zatvorskih sistema imalo je zatvorske bolnice. Omjer dostupnih kreveta u zatvorskim bolnicama/broja zatvorenika, broj hospitaliziranih zatvorenika i trajanje boravka u zatvorskim i bolnicama u zajednici prikazan je u tabeli 1.

Tabela 1: Zatvorski sistemi sa i bez zatvorskih bolnica

Zatvorski sistemi sa zatvorskim bolnicama: 29/45		
	medijana	raspon
omjer kapaciteta kreveti/zatvorenici	1/54	1/7 – 1/3381
Hospitalizirani zatvorenici/godina:	11%	1% – 39%
Trajanje boravka, u danima:	30	1 – 424
hospitalizirani u civilnim ustanovama	7%	1 – 20%
Zatvorski sistemi bez zatvorskih bolnica: 16/45		
Hospitalizirani u civilnim ustanovama/godina:	7%	6 – 16%
Trajanje boravka, u danima:	4	2 – 22

Prilikom razmatranja prednosti zatvorskih bolnica u poređenju sa cjelokupnom bolničkom njegom u ustanovama u zajednici, najčešći argument u korist zatvorskih bolnica je već postojeća lična i opšta sigurnost.

S aspekta medicinskog tretmana i medicinske etike, zatvorske bolnice imaju male ili nikakve prednosti nad bolničkim uslugama koje se zatvorenicima pružaju u bolničkim ustanovama u zajednici. Što se tiče velikih hirurških zahvata, naučno je dokazano da je manja frekvencija velikih hirurških zahvata u zatvorskim bolnicama u poređenju sa velikim bolnicama u zajednici nepovoljna za pacijente, zbog jasne povezanosti između većeg broja hirurških zahvata i niže stope postoperativnog mortaliteta u većim bolnicama. Osim toga, stručno znanje i potrebna oprema kojom bi se mogao garantovati isti nivo hirurške sigurnosti i kvalitete kao u bolnicama u zajednici je rijetko ili nikako priuštiva u zatvorskom sistemu, primjerice kada je neophodna jedinica intenzivne postoperativne nje-

ge.⁵⁸ Isto važi za nehirurške intenzivne medicinske intervencije za koje je potrebna uska specijalnost i oprema, kao što su slučajevi akutne koro- narne bolesti srca, akutna vaskularna bolest mozga itd. Zanemarivanje ovih argumenata može dovesti do povrede etičkog principa jednakosti njega.

Uspostavljanje posebnih sigurnih odjela za zatvorske pacijente u klinič- koj službi bolnica u zajednici sa odvojenim ulazom, ograđenih od opštih pacijenata i uz obezbjeđenje malog tima stražara, omogućava jednaku kliničku njegu, uz izbjegavanje dodira sa opštim dijelom bolnice. Kori- štenje zajedničkih ljudskih resursa, prostorija i opreme i za opšte i za zatvorske pacijente u velikoj bolničkoj ustanovi u zajednici, bilo da je ona u privatnom ili javnom vlasništvu, je za državu ekonomičnije od po- sebnih zatvorskih bolnica sa manjim brojem pacijenata u zatvoru kojima je potrebna bolnička njega.

Prilikom planiranja potrebnog broja kreveta za bolničku njegu zatvoren- nika treba osigurati da svaki hitni slučaj može biti odmah primljen, a kod planiranja bolničkih intervencija, kao što su elektivni hirurški zahva- ti, potrebno je uspostaviti transparentnu listu čekanja. Elektronska lista čekanja za prijem u bolnicu, kakva postoji u zatvorskom sistemu u Gru- ziji, može se uzeti kao primjer dobre prakse u tom pogledu, jer sprečava neprimjereni preferencijalni tretman nekih zatvorenika. Slično tome, tra- janje hospitalizacije pacijenata treba biti utvrđeno i evidentirano isklju- čivo na osnovu prativih medicinskih razloga, da bi se očuvali potrebni kapaciteti za hitne slučajeve i izbjegle nepotrebne hospitalizacije.

58 Urbach DR. Pledging to eliminate low-volume surgery. N Engl J Med 2015;373:1388-1390

Zaštita mentalnog zdravlja zatvorenika

Zaštita mentalnog zdravlja zatvorenika unutar zatvora predstavlja izazov. Često se navodi cilj jednake njege kao u zajednici i bolnicama u zajednici. Ova jednakost se rijetko ostvaruje.

Preporuka R(98)7 Komiteta ministara Vijeća Evrope propisuje: „Zatvorska uprava i ministarstvo nadležno za mentalno zdravlje saraduju u organizovanju psihijatrijskih usluga za zatvorenike“. Ova preporuka se rijetko primjenjuje u praksi.

„Zatvori su štetni za mentalno zdravlje“ je iskren zaključak zajedničkog informativnog lista SZO i ICRC o zaštiti mentalnog zdravlja zatvorenika.

Kako je već opisano u dijelu o praksi ESLJP, zatvorsko okruženje je zaista gotovo uvijek toksično za zatvorenike koji pate od poremećaja mentalnog zdravlja. U tome učestvuju mnogi faktori uključujući sljedeće:

- gubitak mehanizama podrške u društvu,
- prenapučenost/pretrpanost,
- česta upotreba izolacije za zatvorenike sa problemima mentalnog zdravlja koji pokazuju disruptivno ponašanje, prijetnje samoubiством ili samopovređivanje,
- konfliktni odnosi sa drugim zatvorenicima (takvi zatvorenici su često na dnu zatvorske hijerarhije),
- endemska zloupotreba supstanci,
- stres povezan sa krivičnim postupkom,
- izloženost stigmati i diskriminaciji.

Kao posljedica ovih faktora, samopovređivanje, suicid, nasilja između zatvorenika, poremećaji ponašanja i nasilni sukobi sa zatvorskim osobljem su česti među zatvorenicima sa problemima s mentalnim zdravljem.

Jedan psihijatar koji radi u zatvoru je uočio sljedeće: „Postoje zabrinjavajući izvještaji o zlostavljanju, iskorištavanju i izolaciji zatvorenika, posebno onih sa teškim mentalnim oboljenjima, pri čemu su mali izgledi da će dobiti podršku ili zaštitu, što za posljedicu ima rastući broj samopovređivanja i fizičkih napada.“

Iznad svega, negativni efekti zatvorskog okruženja na mentalno zdravlje dovode do velike patnje, povezane sa pogoršanjem psihijatrijskih simptoma i do neuspjeha u rehabilitaciji i reintegraciji nakon otpusta iz zatvora.

Prevalenca mentalnih poremećaja je znatno viša u zatvorima nego u široj zajednici. Stručnjaci već dugo upozoravaju na veliki broj mentalnih oboljenja u zatvorskoj populaciji, a čini se da se situacija pogoršava, pri čemu jedna procjena govori da oko četvrtine ukupne zatvorske populacije ima bipolarni poremećaj, depresiju ili poremećaje ličnosti. Druge studije pokazuju da je oko četvrtina žena i 15% muškaraca u zatvorima prijavilo psihotične epizode. Stopa među širom javnosti je oko 4%.

Neki posmatrači tvrde da se zatvori ponekad koriste kao odlagališta za osobe sa mentalnim poremećajima i da bi cilj trebao biti preusmjerenje takvih osoba u sistem za zaštitu mentalnog zdravlja. Taj cilj se pokazao nerealan. Mnoge osobe koje pate od mentalnih poremećaja su kod prijema u zatvor već imale kontakte sa službama za mentalno zdravlje u zajednici, ali nisu nastavile liječenje zbog nepovoljnih socijalnih okolnosti. Dodatni faktor koji pogoršava problem unutar zatvora je da su psihijatrijske službe u zajednici često preopterećene, uz hronični deficit kreveta u bolnicama.

Može se reći da su zatvori često žrtve propusta koji nastaju u opštoj zdravstvenoj zaštiti. Službe za mentalno zdravlje u zajednici često su neuspješne kada su problemi sa mentalnim zdravljem udruženi sa socijalnim problemima siromaštva, beskućnika, stranaca koji ilegalno borave u zemlji, nezaposlenosti. Takvi ljudi često završavaju u zatvorima. Mnogi zatvorenici sa problemima sa mentalnim zdravljem nisu dobili adekvatnu njegu u zajednici, a profil problema sa mentalnim zdravljem koji nastaju u zatvorima je naročito izazovan.

Stoga i zatvorske uprave i zdravstvene službe u zatvorima moraju prihvatiti realnost da značajan udio zatvorske populacije pati od mentalnih poremećaja. Štaviše, psihijatrijski morbiditet je često takav da ga je vrlo teško pratiti i liječiti, a obuhvata granični poremećaj ličnosti i antisocijalne poremećaje ličnosti, bipolarne poremećaje i cijeli niz poreme-

ćaja koji su iskomplikovani zbog zloupotrebe psihoaktivnih supstanci koja se može nastaviti i u zatvoru.

Stoga bi u svakom zatvoru trebao postojati pristup odgovarajućem tretmanu i zaštiti mentalnog zdravlja, kao sastavni dio opštih zdravstvenih usluga na raspolaganju svim zatvorenicima. U praksi bi to značilo da ljekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti posjeduju neophodne vještine za detekciju mentalnih poremećaja. Njima bi podršku trebali pružati psihijatri i drugi profesionalci u oblasti mentalnog zdravlja, uz dostupnu psihosocijalnu podršku i racionalno propisanu medikamentoznu terapiju psihotropnim lijekovima. Potreban je poseban tim koji će ovisnicima o drogama pomoći da se nose sa svojim problemima, uz pristup terapiji održavanja, ako je to dostupno u zajednici.

Potrebe zatvorenika trebaju biti obuhvaćene državnim politikama i planovima u oblasti mentalnog zdravlja.

Postoji očigledna potreba da se postavi dijagnoza problema sa mentalnim zdravljem pri prijemu u zatvor, naročito ako postoji rizik od samoubistva. Osobe sa neliječenim psihotičnim poremećajima mogu biti pod mjerom izolacije, gdje je visok rizik od samoozljeđivanja ili samoubistva. Često se dešava da kod ovisnika nastupe simptomi apstinencijske krize koje treba liječiti. Ranjivi zatvorenici mogu razviti reaktivnu depresiju i anksioznost.

Također postoji potreba za stalnom telefonskom vezom između zatvorskih medicinskih službi i službi za mentalno zdravlje u zajednici kako bi se identificirali pacijenti koji su već primali psihotropne lijekove prije dolaska u zatvor, pacijenti na terapiji održavanja za liječenje ovisnosti i osobe koje nisu u kontaktu sa službama za mentalno zdravlje u zajednici, a poznato je da imaju problema sa mentalnim zdravljem.

Tokom boravka u zatvoru zaštitu mentalnog zdravlja ambulantno treba pružati multidisciplinarni tim sastavljen od psihijatara, medicinskih sestara za zaštitu mentalnog zdravlja, psihologa i psihoterapeuta. Ista lepeza psihotropnih lijekova koja je dostupna u zajednici treba besplatno biti dostupna i zatvoreniku.

Specijalni programi za zatvorenike sa poremećajem ličnosti iziskuju aktivno učešće i profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja i zatvorskog osoblja i pokazalo se da takvi programi umanjuju samopovređivanje i antisocijalno ponašanje u zatvoru.

Neki zatvorenici pokazuju simptome akutnih stanja mentalnog poremećaja (teška depresija, psihotična dekompenzacija, akutni rizik od suicida) koja se ne mogu liječiti u zatvoru. Stoga bi trebalo da je omogućen brz premještaj takvih zatvorenika u psihijatrijsku bolnicu, po potrebi i istog dana kada se pojavi potreba. Neprihvatljivo postupanje u takvim situacijama je izolacija zatvorenika u zatvoru.

Međutim, često se smatra da hospitalizacija u psihijatrijsku bolnicu stvara rizik od bjekstva.

Stoga pravosudni ili upravni organi mogu intervenisati i odbiti premještaj u bolnicu. Još jedna negativna posljedica prividnog rizika od bjekstva je da se zatvorenik odmah stavlja u izolaciju, ponekad i uz vezivanje, po dolasku u bolnicu i ostaje u takvim uslovima do kraja boravka u bolnici, bez pristupa cjelokupnom spektru terapijskih mjera.

CPT je u više navrata skretao pažnju na ovakvo neprihvatljivo stanje stvari. Problem hospitalizacije zatvorenika u psihijatrijskoj bolnici u uslovima koji ispunjavaju standard „jednakosti njege“ ostaje neriješeno pitanje u većini država članica Vijeća Evrope. Stoga treba spomenuti dvije konkretne inicijative:

- U Francuskoj su uspostavljene „Posebno prilagođene bolničke jedinice“ (UHSA) kao sastavni dio javnih psihijatrijskih bolnica. Psihijatru, medicinske sestre, psihologe i terapeute zapošljavaju i plaćaju javne psihijatrijske službe. Standardi njege su isti kao u drugim bolničkim jedinicama. Vanjsko osiguranje, ulaz i izlaz te posjete su u nadležnosti zatvorske službe. Ovo je odličan primjer uspješne saradnje između administracija zdravstvenog sektora i zatvora, koja uključuje značajne kapitalne investicije i tekuće troškove i dovodi do velikog poboljšanja zaštite mentalnog zdravlja zatvorenika sa teškim mentalnim poremećajima.
- U Holandiji su nadležni organi za zatvore pokrenuli inicijativu za uspostavljanje četiri „Zatvorska psihijatrijska centra“ (PPC) sa 620 mjesta za psihijatrijsku njegu unutar zatvora. U direktnom kontaktu sa zatvorenicima su zatvorski službenici koji su prošli dvogodišnju obuku za njegu psihijatrijskih pacijenata. Psihijatru zapošljava Institut za forenzičku psihijatriju Holandije.

CPT je nedavno posjetila i UHSA i PPC i dala generalno pozitivnu ocjenu za oba ova vrlo različita modela njege.

Glavna pitanja za organizaciju i upravljanje zdravstvenom zaštitom u zatvorima - kontrolna lista

Organizacija, pravni i upravni okvir

1. Da li je zdravstvena zaštita u zatvoru pod direktnom nadležnošću nekog ministarstva (umjesto isključiva odgovornost direktora zatvora)?
2. Da li domaći zdravstveni propisi (implicitno ili eksplicitno) obuhvaćaju zdravstvenu zaštitu u zatvorima?
3. Da li su propisi o zdravstvenoj zaštiti u zatvorima u potpunosti usklađeni sa domaćim zakonima u oblasti zdravstva?
4. Da li postoji međuministarski odbor za interresornu saradnju u upravljanju zdravstvenom zaštitom u zatvorima?
5. Da li je budžet za zdravstvenu zaštitu odvojen od opšteg budžeta za zatvore?
6. Da li postoje pisani domaći standardi za zdravstvenu zaštitu u zatvorima i/ili SOP za odabrane ključne scenarije u zdravstvenoj zaštiti u zatvorima?

Prostorije

7. Da li postoji strukturiran redovni nadzor zdravih uslova života za zatvorenike, odnosno prostora, higijene, sanitarnih uslova, hrane, vode, grijanja, osvjetljenja i sigurnog odlaganja otpada koji vrše vanjska nadležna tijela, kao što je Ministarstvo zdravstva ili drugi organi za javno zdravstvo?
8. Da li prostorije, oprema i stručne kvalifikacije zdravstvenih službi u zatvorima podliježu istim procedurama licenciranja i akreditiranja koje se primjenjuju i na službe zdravstvene zaštite u zajednici?
9. Da li prostorije za primarnu zdravstvenu zaštitu ispunjavaju propisane zahtjeve u pogledu prostora, pristupačnosti bez prepreka, privatnosti i povjerljivosti?

Osoblje zdravstvene zaštite

10. Da li su popunjene sve pozicije prema planovima radnih mjesta u zdravstvenoj zaštiti u zatvorima?
11. Da li su plate za zdravstvene radnike u zatvorima iste ili više od plata sličnog profila zdravstvenih radnika u zajednici?
12. Da li zdravstveni radnici koji rade u zatvorima prolaze isto kontinuirano medicinsko obrazovanje u oblasti primarne zdravstvene zaštite kao i njihove kolege u zajednici?
13. Da li zdravstveni radnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju dovoljno osoblja i da li su obučeni za izvođenje detaljnog ljekarskog pregleda na prijemu?
14. Da li osoblje primarne zdravstvene zaštite u zatvorima ima punu stručnost ljekara opšte prakse ili porodičnog ljekara ili medicinske sestre, solidno znanje o medicinskoj etici u zatvoru i svim onim zdravstvenim poremećajima koji su naročito česti u zatvoru, kao što su poremećaji mentalnog zdravlja, ovisnost o drogama i infektivne bolesti, te o profesionalnom skriningu, evidentiranju i prijavljivanju nasilja.
15. Da li zdravstveni radnici koji rade u zatvorima za žene i maloljetnike posjeduju odgovarajuće kvalifikacije da ispune potrebe zatvorenika?
16. Da li su zdravstveni radnici integrirani u uniformisano zatvorsko osoblje upoznati s tim da ne bi trebali nositi uniforme kada pružaju zdravstvenu njegu zatvorenicima?

Primarna zdravstvena zaštita

17. Da li se ljekarski pregled/konsultacije na prijemu ili na zahtjev zatvorenika izvode bez odlaganja, a najkasnije 24 sata nakon prijema ili zahtjeva?
18. Da li se zahtjev za ljekarsku konsultaciju smatra povjerljivim i ne prolazi kroz prethodnu selekciju od strane nemedicinskog osoblja?
19. Da li su usluge zdravstvene zaštite besplatne ili ih zatvorenici moraju platiti (službeno ili neslužbeno)?
20. Da li postoji pristup odgovarajućoj zaštiti mentalnog zdravlja, kao sastavni dio opštih zdravstvenih usluga na raspolaganju svim zatvorenicima?
21. Da li je u svakom zatvoru besplatno dostupan stomatolog sa adekvatnom stomatološkom opremom?
22. Da li se tim zdravstvene zaštite odmah obavještava o osobama upućenim u samicu kao disciplinska mjera?

23. Da li postoji nesmetan kontinuitet njege zatvorenika nakon otpuštanja koji se provodi u saradnji sa strukturama podrške u zajednici?

Sekundarna zdravstvena zaštita i bolnička njega

24. Da li je pristup dodatnim specijaliziranim vanbolničkim ili bolničkim medicinskim uslugama bez neopravdanog čekanja garantovan kada god za njega postoji potreba?

25. Da li psihijatar/klinički psiholog postoji u svakom zatvoru i da li je u slučaju potrebe dostupna bolnička psihijatrijska njega u odgovarajućoj ustanovi za mentalno zdravlje bez odlaganja?

26. Da li je za zatvorenice i majke sa djecom u zatvoru dostupna redovna ginekološka, akušerska i pedijatrijska njega?

27. Da li postoji pristup zdravstvenim kapacitetima u zajednici bez neopravdanog čekanja kad god zatvorski zdravstveni kapaciteti ne mogu pružiti potrebne zdravstvene usluge?

28. Da li se svi veliki hirurški zahvati i sve nehirurške intenzivne medicinske intervencije za zatvorenike za koje je potrebna uska specijaliziranost i/ili oprema izvode u ustanovama u zajednici zdravstvene zaštite?

29. Da li postoji transparentna lista čekanja za elektivne medicinske intervencije u bolnicama čime se sprečava neprimjeren preferencijalni tretman zatvorenika i omogućavaju hitne intervencije u slučajevima koji iziskuju hitnu medicinsku pomoć?

Prevenција i unapređenje zdravlja

30. Da li su zatvorenici uključeni u sve zdravstvene inicijative u državi?

31. Da li su u svim zatvorima uvedene strategije za prevenciju infektivnih bolesti kao što je TB, HIV/AIDS, hepatitis B/C, uključujući mjere za smanjenje štete i da li su one u skladu sa preporukama UNODC/SZO/ILO/UNAIDS⁴⁶?

32. Da li su te strategije usklađene sa, odnosno integrirane u nacionalne strategije za prevenciju i mjere za smanjenje štete od ovih infektivnih bolesti?

33. Da li je definisana multidisciplinarna promocija zdravlja, uključujući program ili inicijativu za promociju mentalnog zdravlja u svakom zatvoru?

Zdravstvena dokumentacija

34. Da li medicinska dokumentacija i medicinske evidencije/elektronske medicinske evidencije u zatvoru ispunjavaju iste zahtjeve kao medicinska dokumentacija u zajednici i da li su one međusobno kompatibilne?
35. Da li se medicinska dokumentacija čuva kao povjerljiva i zaključana uz pristup samo za zdravstveno osoblje i pacijenta, uz jedini izuzetak kada pacijent dâ izričit pristanak ili kada se postupa po naredbi suda da se objelodane podaci o zdravstvenoj zaštiti vezani za datog pacijenta?
36. Da li svi zdravstveni radnici koji rade u zatvoru koriste dokumentaciju usklađenu sa Međunarodnom klasifikacijom bolesti?
37. Da li postoji strukturirano redovno dostavljanje epidemioloških podataka prikupljenih u zatvoru organima za javno zdravstvo ili Ministarstvu zdravlja?

Lijekovi i oprema za zdravstvenu zaštitu

38. Da li je za potrebe nabavke lijekova za zatvorenike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u upotrebi ažurirana lista esencijalnih lijekova u skladu sa Model listom esencijalnih lijekova SZO⁵⁹?
39. Da li su svi lijekovi potrebni za primarnu zdravstvenu zaštitu prema ažuriranoj listi esencijalnih lijekova (SZO) dostupni?
40. Da li je upravljanje, čuvanje i zamjena lijekova pod nadzorom i kontrolom obučanih i certificiranih farmaceuta na centralnom i svim perifernim nivoima?
41. Da li postoji ažurirana lista minimalne potrebne medicinske opreme za primarnu zdravstvenu zaštitu i da li je garantovano održavanje/zamjena te opreme?

Zdravstvena etika

42. Da li je osoblje zdravstvene zaštite u zatvoru isključivo angažovano na njezi, zdravlju i dobrobiti zatvorenika (i od njega se ne očekuje da također izvodi medicinske intervencije u interesu trećih strana)?
43. Da li je zatvorsko osoblje obaviješteno da bi tokom medicinskih konsultacija/pregleda zatvorenika u pravilu trebali da budu izvan

59 Model lista esencijalnih lijekova SZO <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

sobe za konsultacije, te da ne bi trebali moći vidjeti ni čuti tok konsultacija radi očuvanja medicinske povjerljivosti?

44. Da li je pristanak pacijenta i njegovo pravo na odbijanje ispoštovano u svim medicinskim intervencijama u zatvoru, uključujući pregled na prijemu i osobe koje štrajkuju glađu?
45. Da li se prisilno liječenje pacijenata kojima je oduzeta poslovna sposobnost obavlja isključivo u psihijatrijskim bolnicama ili prema izričitoj naredbi suda?
46. Da li se kliničko odlučivanje i medicinske intervencije zdravstvenih radnika provode sa apsolutnom neograničenom profesionalnom nezavisnošću, bez neprimjerenog vanjskog uticaja administracije zatvora ili trećih strana?
47. Da li postoje pravna i upravna rješenja koja omogućavaju zatvorenicima u terminalnoj fazi bolesti dostojanstvenu smrt na slobodi?
48. Da li je svaki poznati slučaj žrtve nasilja prije i tokom boravka u zatvoru odmah upućen zdravstvenom osoblju na pregled/konsultacije i profesionalnu evidenciju i prijavljivanje u skladu sa preporukama CPT i Istanbulskim protokolom?
49. Da li se svi događaji fizičkog vezivanja, ozljeda, nasilja i tvrdnji o zlostavljanju, samopovređivanja, pokušaja samoubistva i samobistava, štrajkova glađu evidentiraju u odgovarajuće registre?
50. Da li su procedure izdvajanja od ostale zatvorske populacije iz medicinskih razloga u skladu sa procedurama u zajednici?
51. Da li se pritužbe zatvorenika na zdravstvenu zaštitu prosljeđuju nezavisnim zdravstvenim radnicima?
52. Da li osoblje zdravstvene zaštite u zatvoru podliježe istim disciplinskim postupcima kao i zdravstveno osoblje u zajednici i da li zatvorenici mogu podnijeti pritužbu direktno disciplinskom tijelu i da li će ih disciplinsko tijelo saslušati?

Reference

- Komentar Preporuke R(2006)2 Komiteta Ministara država-
ma članicama u vezi sa Evropskim zatvorskim pravilima. Preuzeto
sa: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966
- Ustav Svjetske zdravstvene organizacije. Preuzeto sa: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Vijeće Evrope, Godišnje kaznene statistike. Preuzeto sa: <http://wp.unil.ch/space>
- CPT (2013.): Evidentiranje i prijavljivanje medicinskih doka-
za zlostavljanja: Izvadak iz 23. Opšteg izvještaja CPT. CPT/In-
f(2013)29-part
- Standardi CPT: Značajni dijelovi opštih izvještaja CPT, izvod iz
Trećeg opšteg izvještaja iz 1993. Preuzeto sa: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>
- Dolan, K, Wirtz, A.L, Moazen, B et al. (2016.) Global burden of HIV,
viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. /Glo-
balni teret HIV-a, virusnog hepatitisa i tuberkuloze kod zatvore-
nika i pritvorenika/. Lancet, 388, str. 1089-1102
- Dubois C, Linchet S, Mahieu C, Reynaert J-F, Seron P. (2017.) Or-
ganization models of health care services in prisons in four co-
untries. /Modeli organizacije službi zdravstvene zaštite u zatvo-
rima u četiri države/. Health Services Research (HSR) Brussels:
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 293.
D/2017/10.273/69
- Evropska konvencija o ljudskim pravima. Preuzeto sa https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
- Evropski sud za ljudska prava, Tematski izvještaj «Zdravstvena
pitanja u praksi Evropskog suda za ljudska prava», 2015. Preuzeto
sa: http://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf

- Fazel S, Danesh J. (2002.) Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. /Ozbiljni mentalni poremećaj kod 23.000 zatvorenika: sistematski pregled 62 istraživanja/. Lancet; 359, str. 545–50
- Fazel S, Baillargeon J. (2011.) The health of prisoners. /Zdravlje zatvorenika/. Lancet; 377, str. 956–65
- Foucault Michel (1975.), Surveiller et punir, naissance de la prison, Paris, Gallimard
- Goffman, Erving (1961.). Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. /Psihijatrijske bolnice: eseji o socijalnom položaju psihijatrijskih pacijenata i drugih zatvorenika./ Anchor Books
- Harding T.W. Aids u zatvoru. Lancet 330, i8570, 1260-1263, 198
- Hayton P, Gatherer A, Fraser A. (2010.) Patient or prisoner: does it matter which ministry is responsible for the health of prisoners? /Pacijent ili zatvorenik: da li je važno koje ministarstvo je nadležno za zdravlje zatvorenika?/ Rad za potrebe sastanka mreže, Copenhagen; World Health Organization, Regional Office for Europe, EUR/10/05.
- Kancelarija Visokog komesara za ljudska prava (1982.) Medicinski etički principi relevantni za ulogu zdravstvenog osoblja, naročito ljekara, u zaštiti zatvorenika i pritvorenika od mučenja i drugog okrutnog, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja. Preuzeto sa: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>
- Kancelarija visokog komesara za ljudska prava. Istanbulski protokol. Preuzeto sa: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>
- Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (2016.), Deseta revizija (ICD-10). Preuzeto sa <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
- Kintz, Kimberly E. (2013), "Quality measures in correctional health care" /Mjere kvalitete u zdravstvenoj zaštiti u kazneno popravnim ustanovama/. Scholar Archive. 990.
- Leaman J, Richards AA, Emslie L and O'Moore EJ (2017) Improving health in prisons – from evidence to policy to implementation – experiences from the UK /Unapređenje zdravlja u zatvorima - od dokaza preko politike do implementacije - iskustva iz UK/. International Journal of Prisoner Health, 13, str. 139-147
- Lines R. Od jednakosti standarda ka jednakosti ciljeva: Pravo zatvorenika na više standarde zdravstvene zaštite od onih izvan

- zatvora. *International Journal of Prisoner Health*, 2, str. 269-280
- Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P (2018.), The dance of change in penitentiary care: window dressing or a new penitentiary care recipe? /Val promjene u njezi u zatvorima: kozmetičke promjene ili recept za novi sistem brige u zatvorima?/ *Studi Organizzativi* 2:17-43, 2018 DOI 10.3280/SO2017-002002I
 - Pont J, Enggist St, Stöver H, Williams B, Greifinger R, Wolff H (2018) Prison healthcare governance: guaranteeing clinical independence /Upravljanje zdravstvenom zaštitom u zatvorima: garancija kliničke nezavisnosti/. *American Journal of Public Health*, 108(4), str. 472-476
 - Lehtmets, A and Pont, J (2014) Prison Health Care and Medical Ethics /Zdravstvena zaštita i medicinska etika u zatvoru/. Priručnik za zdravstvene radnike i drugo zatvorsko osoblje odgovorno za dobrobit zatvorenika. Preuzeto sa: <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>
 - Public Health England, Health and Justice Annual Review 2016/17.
 - Public Health England. Rapid review of evidence of the impact on health outcomes of NHS commissioned health services for people in secure and detained settings to inform future health interventions and prioritisation in England /Brzi pregled dokaza o uticaju zdravstvenih usluga koje je ugovorio NHS na zdravstvene ishode osoba u osiguranim i zatvorenim okruženjima za potrebe budućih zdravstvenih intervencija i definisanja prioriteta u Engleskoj/
 - Preporuka br. R (98) 7 Komiteta ministara u vezi sa etičkim i organizacijskim aspektima zdravstvene zaštite u zatvorima. Preuzeto sa: <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>
 - Preporuka R(2006)2 Komiteta ministara državama članicama u vezi sa Evropskim zatvorskim pravilima. Preuzeto sa: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25
 - UN: Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima. Preuzeto sa: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
 - Komitet UN za ekonomska, socijalna i kulturna prava (2000), Opšti komentar br. 14: Pravo na najviši mogući standard zdravlja, E/C.12/2000/4. Preuzeto sa: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
 - Standardna minimalna pravila Ujedinjenih nacija za tretman zatvorenika (Pravila Nelsona Mandele). Preuzeto sa: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

- UNODC, WHO, UNAIDS, ILO: Policy brief. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. /Prevenција i liječenje HIV-a i njega u zatvorima i drugim zatvorenim okruženjima: sveobuhvatan paket intervencija/. Preuzeto sa: http://www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/
- Urbach D.R. (2015.) Pledging to eliminate low-volume surgery. The New England Journal of Medicine. 373, str. 1388-1390
- SZO/UNODC: Dobro upravljanje u službi zdravlja u zatvorima u 21. stoljeću. Policy brief o organizaciji zaštite zdravlja u zatvorima. Preuzeto sa: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/
- Moskovska deklaracija SZO o zdravlju u zatvorima kao dijelu javnog zdravstva. Preuzeto sa: <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>
- SZO. Povelja iz Ottawe o unapređenju zdravlja. Preuzeto sa: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- SZO Evropa (2014.) Prisons and Health. /Zatvori i zdravlje/ Promoting health in prisons: a settings approach /Unapređenje zdravlja u zatvorima: pristup okruženja/ str. 180-184. Preuzeto sa: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>
- WHO, Primary Health Care. /Primarna zdravstvena zaštita/ Preuzeto sa: <http://www.who.int/primary-health/en/>
- SZO, Model lista esencijalnih lijekova SZO Preuzeto sa: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
- Svjetska medicinska asocijacija. Međunarodni kodeks medicinske etike. Preuzeto sa: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>
- Svjetska medicinska asocijacija (2008.) Seulska deklaracija o profesionalnoj autonomiji i kliničkoj nezavisnosti. Preuzeto sa: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>
- Svjetska medicinska asocijacija (2017.) Izjava o pretresima tijela zatvorenika Preuzeto sa: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners>
- Svjetska medicinska asocijacija (2017.) Izjava o boravku u samici. Preuzeto sa: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement>
-

Dodatak 1: Međunarodni dokumenti o organizaciji i upravljanju zdravstvenom zaštitom u zatvorima

Vijeće Evrope:

- Evropska konvencija o ljudskim pravima. Preuzeto sa: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
- Preporuka R(2006)2 Komiteta ministara državama članicama u vezi sa Evropskim zatvorskim pravilima. Preuzeto sa: <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806a-b9ae>
- Preporuka br. R (93) 6 Komiteta ministara državama članicama o zatvorskim i kriminološkim aspektima kontrole prenosivih bolesti uključujući AIDS i druge slične zdravstvene probleme u zatvorima. Preuzeto sa: <https://rm.coe.int/16804d7777>
- Standardi CPT (1993.) Značajni dijelovi opštih izvještaja CPT, izvod iz Trećeg opšteg izvještaja. Preuzeto sa: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>
- CoE/WHO (2014), Zaključci iz Strasbourga o zatvorima i zdravlju, 2014. Preuzeto sa: <https://rm.coe.int/strasbourgconclusions-on-prisons-and-health-final-draft-20-june-2014/168075f56c>

Ujedinjene nacije:

- Kancelarija Visokog komesara za ljudska prava (1982.) Medicinski etički principi relevantni za ulogu zdravstvenog osoblja, naročito ljekara, u zaštiti zatvorenika i pritvorenika od mučenja i drugog okrutnog, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja. Preuzeto sa: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>
- Ustav Svjetske zdravstvene organizacije, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

SZO/UNODC:

- SZO (2013.) Dobro upravljanje zdravljem u zatvorima u 21. vijeku: Policy brief o organizaciji zaštite zdravlja u zatvorima. Preuzeto sa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf

Dodatak 2: Dodatna literatura

- Murdoch, J., Jiricka V (2016.): Combatting ill-treatment in prison. A handbook for prison staff with focus on the prevention of ill-treatment in prison, Council of Europe. /Borba protiv zlostavljanja u zatvoru. Priručnik za zatvorsko osoblje o prevenciji zlostavljanja u zatvoru/. Preuzeto sa: <https://rm.coe.int/combating-ill-treatment-in-prison-2-web-en/16806ab9a7>
- Pont, J, Stöver, H, Wolff, H (2012.): Dual Loyalty in Prison Health Care./Dvostruka lojalnost u zdravstvenoj zaštiti u zatvorima/ American Journal of Public Health, 102(3): p. 475–480. Preuzeto sa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487660/>
- WHO Regional Office for Europe (2010) The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health. /SZO Regionalni ured za Evropu, Madridska preporuka: Zdravstvena zaštita u zatvorima kao osnovni dio javnog zdravstva./ Copenhagen. Preuzeto sa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111360/E93574.pdf?ua=1
- WHO Regional Office for Europe (2009) Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health. /SZO Regionalni ured za Evropu (2009.) Zdravlje žena u zatvoru. Otklanjanje rodne neravnopravnosti u zaštiti zdravlja u zatvoru./ Copenhagen. Preuzeto sa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf?ua=1
- WHO Regional Office for Europe (2007) Trecín statement on prisons and mental health. /SZO Regionalni ured za Evropu (2007.) Izjava iz Trecina o zatvorima i mentalnom zdravlju/ Copenhagen. Preuzeto sa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf?ua=1
- UNODC (2011.) Bankoška pravila, Pravila za tretman zatvorenica i vanzatvorske mjere za žene koje su počinile krivična djela. Preuzeto sa: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf

- SZO (2014.) Prisons and Health. /Zatvori i zdravlje/ Preuzeto sa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf

Ova publikacija pruža smjernice kreatorima politika i dužnosnicima relevantnih institucija kako bi osigurali da su politike rada vezano za zaštitu zdravlja u zatvorima integrirane u zdravstvene politike države i da su s njima kompatibilne. Publikacija Vijeća Evrope "Zdravlje u zatvorima i medicinska etika" - priručnik za zdravstvene radnike i drugo zatvorsko osoblje odgovorno za dobrobit zatvorenika može koristiti kao komplementarni priručnik sa praktičnim informacijama o pružanju zdravstvene zaštite u zatvoru. Ove smjernice su rezultat multilateralnog sastanka o organizaciji i upravljanju zdravstvenom zaštitom u zatvorima održanog u Strazburu u oktobru 2017. godine u sklopu aktivnosti saradnje Vijeća Evrope u kaznenoj oblasti, koju provodi Jedinica za saradnju u oblasti krivičnog prava.

BOS/HRV/SRP

Zemlje članice Evropske unije odlučile su da udruže svoja znanja, resurse i sudbine. Zajedno su izgradile zonu stabilnosti, demokratije i održivog razvoja, zadržavajući kulturnu raznolikost, toleranciju i individualne slobode. Evropska unija poklanja posebnu pažnju razmjeni postignuća i vrijednosti sa zemljama i narodima izvan svojih granica.

www.europa.eu

Prevod sufinansirala
Evropska unija



Vijeće Evrope je glavna organizacija za zaštitu ljudskih prava na kontinentu. Obuhvata 47 država članica, uključujući sve članice Evropske unije. Sve države članice Vijeća Evrope potpisale su Evropsku konvenciju o ljudskim pravima, sporazum koji ima za cilj zaštititi prava čovjeka, demokratiju i pravnu državu. Evropski sud za ljudska prava kontroliše implementaciju Konvencije u državama članicama.

www.coe.int

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE