



Медичні служби у в'язницях

*Витяг з Третьої Загальної доповіді,
опубліковано 1993 року*

30. Медичні служби для позбавлених волі осіб є об'єктом, який має безпосереднє відношення до повноважень Комітету у запобіганні катуванням.¹ Недостатній рівень медичних служб може призвести до ситуації, що може бути охарактеризована як нелюдське або таке, що принижує гідність, поведження. Окрім того, медична служба у конкретному закладі потенційно може відігравати важливу роль в боротьбі із проявами жорстокого поведження як в самому закладі, так і в інших місцях (особливо в поліцейських закладах). Більш того, медична служба може позитивно вплинути на загальний рівень життя в закладі, в рамках якого вона функціонує.

31. В наступних пунктах наведені деякі з основних питань, якими займались делегації Комітету при вивченні діяльності медичних служб в місцях перебування позбавлених волі осіб. Однак, від самого початку Комітет хоче наголосити на тій значимості, яку він приділяє основному принципові, що вже є визнаний у більшості, якщо не у всіх країнах, що були відвідані Комітетом до теперішнього часу. В цьому принципі закріплено положення про те, що позбавлені волі особи мають право на таке саме медичне обслуговування, як і все інше населення. Цей принцип тісно пов'язаний з основними правами особи.

32. Під час своїх відвідань медичних служб у в'язницях Комітет керувався визначенням таких питань:

- a. Доступ до лікаря
- b. Непреференційне медичне обслуговування
- c. Згода пацієнта і конфіденційність
- d. Профілактика захворювань
- e. Гуманітарна допомога
- f. Професійна незалежність.
- g. Професійна компетентність.

¹ Слід також зробити посилання на Рекомендацію № R (98) 7 стосовно етичних та організаційних аспектів медичного обслуговування у місцях позбавлення волі, яку було прийнято Комітетом міністрів Ради Європи 8 квітня 1998 року.

а. Доступ до лікаря

33. Після прибуття до в'язниці кожна позбавлена волі особа повинна бути негайно оглянута медичним працівником закладу. В своїх попередніх доповідях Комітет рекомендував, щоб кожному новому ув'язненому якомога в найкоротший строк після прибуття до в'язниці була надана можливість спілкування з лікарем та, у разі необхідності, проведене медичне обстеження. Слід додати, що в деяких країнах повноцінне медичне обстеження після прибуття до в'язниці проводиться кваліфікованим молодшим медичним персоналом (медсестрою), який готує доповідь для лікаря. Такий підхід можна інколи розглядати як більш ефективне використання наявних людських ресурсів.²

Також було б бажано, щоб новому ув'язненому після його прибуття до в'язниці була надана пам'ятка або брошура з інформацією про наявність і діяльність медичних служб та нагадуванням про основні гігієнічні вимоги.

34. Під час перебування в ув'язненні позбавлені волі особи повинні мати можливість доступу до лікаря в будь-який час, незалежно від режиму їхнього утримання (що стосується, зокрема, доступу до лікаря для осіб, яких вміщено до одиночних камер, то див. пункт 56 Другої Загальної доповіді: СРТ/Іnf (92) 3). Медичне обслуговування повинне бути організоване у такий спосіб, щоб запити стосовно лікарської консультації виконувались без непотрібних затримок.

Ув'язненим слід надати можливість доступу до медичного обслуговування на конфіденційній основі, наприклад, через надсилання повідомлення у заклясеному конверті. Окрім цього, персонал закладу не повинен намагатися контролювати і сортувати запити стосовно лікарської консультації.

35. Тюремна медична служба повинна, як мінімум, бути здатною надавати регулярні амбулаторні консультації та невідкладну медичну допомогу (само собою зрозуміло, що додатково до цього можуть бути ще й приміщення лікарняного типу з ліжками). Кожен з ув'язнених повинен мати змогу отримувати допомогу кваліфікованого зубного лікаря. Окрім того, медичні працівники, що працюють в пенітенціарних закладах, повинні мати змогу використовувати допомогу фахівців.

Завжди повинна існувати можливість викликати лікаря для надання невідкладної медичної допомоги. Окрім цього, на території пенітенціарного закладу повинна постійно бути присутня особа, яка може надати невідкладну допомогу. Ця особа, по можливості, повинна мати офіційно підтвержену кваліфікацію молодшого медичного працівника (медсестри).

Амбулаторне лікування повинно здійснюватись під наглядом з боку медичного персоналу; у багатьох випадках для забезпечення лікування недостатньо ініціативи з боку ув'язненого.

² Ця вимога пізніше була сформульована так: з кожним новоприбулим в'язнем в найкоротший термін після його прибуття має провести співбесіду лікар, який також здійснює і медичний огляд новоприбулого. За виключенням виняткових випадків, така співбесіда чи такий огляд повинні здійснюватись в день, коли особу було прийнято до закладу, особливо, коли йдеться про заклад для тримання позбавлених волі осіб. Таке медичне обстеження після прибуття може також здійснюватись кваліфікованим молодшим медичним персоналом, який повідомляє лікареві результати огляду.

36. Має бути забезпечена пряма підтримка з боку добре обладнаної лікарняної служби або в цивільному, або у тюремному медичному закладі.

У випадку, коли потрібно отримати послуги цивільної лікарні, постає питання про заходи безпеки. У зв'язку з цим Комітет наголошує, що ув'язнених, які перебувають у лікарні на лікуванні, не слід з мотивів безпеки прив'язувати до лікарняних ліжок чи до інших конструкцій. Слід знаходити інші рішення для виконання вимог безпеки; одним із можливих рішень може стати створення в таких лікарнях охоронних підрозділів.

37. Кожного разу, коли виникає потреба госпіталізувати ув'язнену особу чи здійснити спеціальне обстеження в умовах лікарні, транспортування ув'язнених пацієнтів повинно здійснюватись у такі строки та за таких умов, як того вимагає стан їхнього здоров'я.

b. Непреференційне медичне обслуговування

i) загальне медичне обслуговування

38. Медичні служби в місцях позбавлення волі повинні бути в змозі забезпечити медичну допомогу та лікування, а також відповідну дієту, фізіотерапію, реабілітацію чи будь-який інший спеціальний догляд на такому ж рівні, який пропонується пацієнтам в цивільних медичних закладах. Повинна бути передбачена забезпеченість лікарським, допоміжним медичним і технічним персоналом а також бути надані відповідні приміщення, обладнання і устаткування.

Повинен бути забезпечений відповідний нагляд за розподілом ліків та медичних препаратів, а підготовка медичних препаратів має доручатись виключно кваліфікованому персоналу (фармацевту, медичній сестрі тощо).

39. На кожного пацієнта повинна бути заведена медична картка, в якій занотовуватиметься діагностична інформація а також поточні записи про зміни стану здоров'я пацієнта та про будь-які спеціальні обстеження пацієнта. У разі переведення пацієнта до іншої установи, його медична картка повинна бути передана лікарям цієї установи.

Окрім цього, медичний персонал кожної бригади повинен щоденно вносити записи до журналу, в якому має фіксуватись інформація щодо окремих інцидентів, які стосуються пацієнтів. Такі реєстраційні записи корисні саме тому, що вони дають загальне уявлення про ситуацію з медичним обслуговуванням у місці позбавлення волі і одночасно висвітлюють окремі проблеми, які можуть виникати.

40. Передумовою успішного функціонування медичної служби є те, що лікарі і допоміжний медичний персонал мають змогу регулярно проводити зустрічі і створювати робочі групи під керівництвом головного лікаря, який очолює цю службу.

ii) психіатрична допомога

41. У порівнянні із звичайним населенням у осіб, яких позбавлено волі, частіше зустрічаються симптоми психічного розладу. Тому для роботи в медичній службі в кожному закладі позбавлення волі повинен бути запрошений лікар, який спеціалізується в психіатрії, а декілька працівників із допоміжного медичного персоналу повинні отримати підготовку в цій області медицини.

Забезпеченість лікарями і допоміжним медичним персоналом а також внутрішнє планування місць позбавлення волі повинні давати змогу регулярно здійснювати програми фармакологічної, психотерапевтичної та професійної терапії.

42. Комітет особливо підкреслює роль, яку повинен відігравати керівний склад в'язничного персоналу у превентивному виявленні ув'язнених, які страждають психічними захворюваннями (до яких відносять депресію, агресивний стан і таке інше), з метою відповідного корегування умов їхнього утримання. Такому напрямку діяльності може сприяти відповідна медична підготовка окремих членів охоронного персоналу.

43. Утримувати душевнохворого ув'язненого і доглядати за ним слід в лікарняному закладі з достатнім обладнанням і належним чином підготовленим персоналом. Таким закладом могла б бути звичайна (цивільна) психіатрична лікарня або спеціально обладнаний психіатричний заклад в рамках пенітенціарної системи.

З одного боку, часто висувують доводи про те, що з етичних міркувань душевнохворих осіб, яких було позбавлено волі, доречно госпіталізувати поза межами пенітенціарної системи в закладах, відповідальність за які покладено на державні служби охорони здоров'я. З іншого боку, можна стверджувати, що існування лікувальних психіатричних закладів в рамках пенітенціарної системи дозволяє здійснювати догляд за хворими в оптимальних умовах безпеки і підвищує ефективність роботи медичних та соціальних служб.

Яким би не був обраний підхід, кількість місць у такому психіатричному закладі повинна бути достатньою; надто часто зустрічаються випадки, коли доводиться довго очікувати на переведення хворого. Переведення таких осіб до психіатричного закладу має розглядатись як питання першочергової значимості.

44. Лікування психічно нестійкого та буйного пацієнта слід поводити під суворим наглядом із забезпеченням догляду за хворим, та, якщо це буде визнано необхідним, із застосуванням заспокійливих медичних препаратів. Застосування засобів фізичного впливу може бути виправданим лише в разі крайньої необхідності, при цьому завжди вимагається або безпосередня вказівка лікаря, або негайне повідомлення лікаря з метою отримати подальше його схвалення. Засоби фізичного впливу слід вилучити при самій першій можливості. Їх ніколи не слід застосовувати або продовжувати їхнє застосування в якості покарання.

В разі застосування засобів фізичного впливу про це необхідно зробити запис в медичній картці пацієнта та у відповідному журналі, де вказується час початку та закінчення застосування засобів а також всі обставини цього випадку та причини вживання засобів.

с. Згода пацієнта і конфіденційність

45. Вільно висловлена згода та дотримання конфіденційності є основними правами особи. Вони також є особливо важливими для створення атмосфери довіри, яка є необхідною частиною у стосунках між лікарем і пацієнтом, особливо в місцях позбавлення волі, де ув'язнений не має можливості вільно вибирати свого власного лікаря.

i) згода пацієнта

46. Пацієнтам повинна бути надана вся відповідна інформація (якщо необхідно, у формі медичного висновку) відносно їхнього стану здоров'я, курсу їхнього лікування та медичних лікувальних препаратів, які їм прописані. Бажано, щоб у пацієнтів було право ознайомлюватись із змістом своїх медичних карток, якщо тільки проти цього немає заперечень з терапевтичної точки зору.

Вони повинні мати можливість звертатись із проханням передавати цю інформацію до їхніх родин та адвокатів або ж до лікаря поза межами закладу.

47. Кожен пацієнт, який перебуває при здоровому розумі та свідомості, вільний відмовитись від лікування або будь-якого іншого медичного втручання. Будь-який відступ від цього основоположного принципу повинен, як і по відношенню до всього населення в цілому, базуватись на законі і застосовуватись лише за чітко і суворо визначених виняткових обставин.

Типова складна ситуація виникає, як правило, тоді, коли рішення пацієнта суперечить покладеному на лікаря обов'язку піклуватись про здоров'я пацієнта. Подібне може трапитись у випадку, коли пацієнт перебуває під впливом власних переконань (наприклад, відмовляється від переливання крові) або коли він має намір завдати собі каліцтва з метою відстояти свої вимоги, протестуючи проти органів влади чи висловлюючи свою підтримку якимось переконанням.

У випадку голодного страйку органи державної влади або професійні організації в деяких країнах вимагають втручання лікаря, щоб запобігти смерті, якщо тільки стан свідомості пацієнта серйозно погіршується. В інших країнах право ухвалювати рішення про клінічне втручання належить головному лікарю після того, як він отримав консультації та зважив на всі факти, що стосуються справи.

48. Стосовно питання про проведення медичних досліджень над ув'язненими, то цілком зрозуміло, що слід дотримуватись дуже обережного підходу, оскільки існує ризик, що згода ув'язнених на участь в таких дослідженнях може бути обумовлена їхнім перебуванням в місцях позбавлення волі. Повинні існувати гарантії того, що ув'язнений, про якого йде мова, дав на це згоду без примусу і будучи поінформованим про зміст цих досліджень.

Правила, що застосовуються, повинні бути такими, які існують в суспільстві, і вони мають передбачати втручання комісії з питань етики. Комітет хотів би додати, що він підтримує дослідження, які пов'язані з тюремною патологією та епідеміологією або з іншими специфічними аспектами, що стосуються умов утримання позбавлених волі осіб.

49. Залучення ув'язнених до навчальних програм студентів вимагає згоди самих ув'язнених.

ii) конфіденційність

50. Розголошення медичної таємниці в місцях позбавлення волі не повинно мати місце так само, як і взагалі в практиці суспільного життя. Відповідальність за зберігання медичних карток пацієнтів покладається на лікаря.

51. Всі медичні обстеження ув'язнених (як відразу по прибутті, так і пізніше) повинні здійснюватись у такий спосіб, щоб немедичний персонал не міг чути, а по можливості й спостерігати за обстеженням. Окрім цього, позбавлені волі особи повинні проходити обстеження не групами, а в індивідуальному порядку.

d. Профілактика захворювань

52. Завдання медичних служб в місцях позбавлення волі не обмежується виключно лікуванням хворих пацієнтів. На ці служби покладається також відповідальність за соціальну та профілактичну медицину.

i) гігієна

53. На медичні служби в місцях позбавлення волі (які взаємодіють в разі потреби з іншими властями) покладено обов'язок контролювати організацію харчування (кількість, якість, приготування та розподіл їжі) і дотримання умов гігієни (чистота одягу і постільної білизни; доступ до кранів з проточною водою; сантехнічне обладнання), а також слідкувати за опаленням, освітленням та вентиляцією камер. Вони також повинні слідкувати за умовами організації праці та прогулянок на свіжому повітрі.

Шкідливі для здоров'я умови тримання, переповнення камер, тривала ізоляція і відсутність фізичної діяльності можуть спричинити або необхідність надання медичної допомоги окремій особі, або якісь дії медичного персоналу проти властей, що відповідальні за такий стан речей.

ii) заразні захворювання³

54. Медична служба в місцях позбавлення волі повинна регулярно поширювати інформацію про заразні захворювання (особливо про такі, як гепатит, СНІД, туберкульоз, дерматологічні інфекції) як серед ув'язнених, так і серед персоналу в'язниці. В разі необхідності слід здійснювати медичний контроль за тими особами, з якими ув'язнений має постійні контакти (особи, які разом з ним перебувають у камері, персонал в'язниці, постійні відвідувачі).

55. В тому, що стосується, зокрема, захворювання на СНІД, то слід надавати відповідну підтримку психолога як до, так, в разі необхідності, і після обслідування. Персонал в'язниці повинен проходити постійну підготовку з питань превентивних заходів та поведінки по відношенню до ВІЛ-інфікованих. Персонал також повинен отримати відповідні інструкції про недопущення дискримінації осіб чи розголосу конфіденційної інформації.

56. Комітет хоче підкреслити, що не існує жодних медичних показань для окремого тримання ув'язненого ВІЛ-інфікованого, який відчуває себе здоровим.⁴

ii) запобігання самогубству

57. Запобігання самогубству є ще одним питанням, яке належить до компетенції медичних служб в місцях позбавлення волі. Медична служба повинна забезпечувати відповідне ознайомлення з цією проблемою у всьому закладі і передбачати відповідні процедури.

58. Медичне обстеження після прибуття до закладу та весь процес прийому в цілому повинні в зв'язку з цим відігравати важливу роль; виконані належним чином, такі заходи могли б визначити, як мінімум, декого з тих, хто знаходиться в небезпеці і частково полегшити відчуття тривоги, яке властиве всім новоприбулим ув'язненим.

³ Також див. про інфекційні хвороби в розділі «Медичні служби у в'язницях».

⁴ Пізніше це було сформульоване в такому вигляді: не існує жодних медичних показань для сегрегації ув'язненого і тримання його в ізоляції на підставі того, що він є ВІЛ-інфікованим.

Крім цього, тюремний персонал, незалежно від того, які він обов'язки виконує, повинен бути ознайомлений (що передбачає підготовку в розпізнаванні) з ознаками загрози самогубства. У зв'язку з цим слід відзначити, що безпосередньо перед судом та після суду, а також в окремих випадках і в період перед звільненням спостерігається підвищений ризик самогубства.

59. Особа, яку визнано такою, що може вдатись до самогубства, повинна якомога довше перебувати під спеціально організованим наглядом. Крім цього, такі особи не повинні мати вільний доступ до засобів, за допомогою яких вони можуть вчинити самогубство (прути камерних віконних ґрат, розбите скло, паски чи краватки тощо).

Слід ужити заходів, які гарантуватимуть належне проходження інформації як всередині цього закладу, так і, в разі необхідності, між закладами (а точніше, між відповідними медичними службами) про осіб, яких віднесено до групи потенційних самогубців.

iv) запобігання насильству

60. Медичні служби у місцях позбавлення волі можуть зробити свій внесок у запобігання насильству проти осіб, яких тримають під вартою, шляхом систематичної реєстрації тілесних ушкоджень а також, якщо це необхідно, через інформування відповідних органів влади. Інформація може стосуватись також конкретних випадків; до такого засобу, однак, слід вдаватись лише отримавши згоду від ув'язнених, яких це стосується.

61. Будь-які ознаки застосування насильства, які були помічені в ув'язненого під час медичного огляду відразу після його прибуття до закладу, повинні бути зареєстровані разом з відповідними заявами з боку ув'язненого та діагнозом лікаря. Окрім цього, така інформація повинна бути надана ув'язненому.

Такого підходу слід дотримуватись кожного разу, коли ув'язнений проходить медичне обстеження безпосередньо після вчинення акту насильства у місці позбавлення волі (див. також пункт 53 Другої Загальної доповіді Комітету: СРТ/Inf (92) 3) або ж після повернення такої особи до в'язниці після тимчасового перебування під вартою в поліції з метою проведення розслідування.

62. Медична служба повинна складати періодичні статистичні дані про помічені тілесні ушкодження для доведення до відома адміністрації закладу, де перебувають позбавлення волі особи, міністерства юстиції тощо.

v) суспільні та родинні зв'язки

63. Медична служба могла б також допомогти обмежити руйнування суспільних та сімейних зв'язків, що, звичайно, пов'язане з позбавленням волі. Разом з відповідними соціальними службами вона повинна підтримувати заходи, які сприяють контактам позбавлених волі осіб із зовнішнім світом; йдеться, зокрема про утримання відповідно обладнаних приміщень для відвідувачів, візити членів родини або членів подружжя у відповідних умовах та перебування в родині, професійний, навчальний та соціокультурний аспекти.

В залежності від обставин тюремний лікар може вжити заходів для того, щоб отримати грошову допомогу або продовження виплат пільг соціального страхування для ув'язнених або їхніх родин.

е. Гуманітарна допомога

64. Можна визначити декілька окремих категорій ув'язнених осіб, які є особливо вразливими. Медичні служби місць позбавлення волі повинні звертати особливу увагу на їхні потреби.

i) мати й дитина

65. Загальновизнаним принципом є те, що діти не повинні народжуватись у в'язниці, і досвід Комітету свідчить, що цього принципу дотримуються.

66. Матері слід дозволяти бути разом з дитиною, у крайньому разі, протягом певного часу. Якщо мати і дитина перебувають разом у в'язниці, то вони повинні знаходитись в умовах, які б забезпечували їм рівноцінну заміну дитячих ясел і допомогу персоналу, який спеціалізується на післяпологовому догляді і догляді за немовлятами.

Рішення, результати яких триватимуть довгий проміжок часу, наприклад, про передачу дитини за межі закладу позбавлення волі – а це пов'язане з розлученням матері і дитини – повинні ухвалюватись окремо по кожному конкретному випадку в світлі педагогічно-психіатричної і медико-соціальної практики.

ii) підлітки

67. Підлітковий вік визначається як період, для якого характерними є певні зміни особистості, що вимагає спеціальних зусиль для зменшення ризику довготривалої соціальної адаптації.

Під час перебування в місцях позбавлення волі підліткам слід давати можливість залишатися на постійному місці, тримати при собі особисті речі та входити до соціально сприятливих груп. Режим ув'язнення повинен бути оснований на активній діяльності, до якої слід віднести різні соціально-навчальні зустрічі, спортивну діяльність, навчання, професійну освіту, організовані екскурсії в супроводі охорони та наявність відповідних факультативних видів діяльності.

iii) ув'язнені, які відзначаються психічними розладами

68. Серед пацієнтів медичних служб в місцях позбавлення волі завжди є неврівноважені, маргінальні особи, у яких в минулому мали місце родинні травми, які тривалий час вживали наркотики, мали конфлікти з властями або інші проблеми у відносинах із суспільством. Вони можуть бути буйними, схильними до самогубства або ж характеризуватись неприпустимою сексуальною поведінкою, і більшу частину часу нездатні контролювати самих себе або ж обходити себе.

69. Проблеми таких ув'язнених не є суто медичними, однак тюремний лікар може сприяти розробці соціально-терапевтичних програм для таких осіб в тюремних підрозділах, які утворюються за зразком комунальних об'єднань і перебувають під ретельним наглядом.

Такі підрозділи в змозі послабити принизливе становище ув'язнених, презирство і ненависть їх по відношенню до самих себе, повернути їм почуття відповідальності, і в якійсь мірі підготувати їх до повернення до суспільства. Прямою перевагою програм такого типу є те, що вони передбачають активну участь і використання персоналу закладу позбавлення волі.

iv) ув'язнені, які неспроможні тривалий час перебувати в місцях позбавлення волі

70. Типовими прикладами цієї категорії ув'язнених є ті, кому, згідно медичному прогнозу, залишилось недовго жити, ті, хто страждає на серйозні захворювання, які неможливо належним чином лікувати в місцях позбавлення волі, особи з серйозними фізичними вадами або люди похилого віку. Продовження тримання таких осіб в місці позбавлення волі може створити нетерпиму ситуацію у тюремному середовищі. В подібних випадках лікар закладу, де тримають позбавлених волі осіб, повинен підготувати рапорт для відповідного керівництва з тим, щоб були вжиті альтернативні заходи.

f. Професійна незалежність

71. Персонал медичних служб будь-якого закладу, де тримають позбавлених волі осіб, перебуває під загрозою потенційного ризику. Обов'язок піклуватись про пацієнтів (хворих ув'язнених) може часто вступати в суперечку з міркуваннями тюремної адміністрації та підтриманням режиму безпеки у в'язниці. Така ситуація може спричинити виникнення складних етичних питань та проблему вибору. З метою гарантувати незалежність медичного персоналу Комітет вважає важливим, щоб такий персонал мав якнайбільш тісні зв'язки з державною системою охорони здоров'я.

72. Незалежно від того, яку посаду займає лікар закладу, де тримають позбавлених волі осіб, в своїх рішеннях він повинен керуватись виключно медичними критеріями.

Якість та ефективність медичної роботи повинна оцінюватись кваліфікованою медичною керівною інстанцією. Розпоряджатись наявними ресурсами повинна також ця керівна інстанція, а не фінансові відділи чи охоронні служби.

73. Лікар закладу, де тримають позбавлених волі осіб, виступає в якості особистого лікаря пацієнта. Відповідно, в інтересах збереження відносин між лікарем та пацієнтом, до нього не можна звертатись із проханням засвідчити, що ув'язнений є фізично здоровим і може бути підданий покаранню. Його не можна також запрошувати для обшуків або персонального огляду на вимогу адміністрації, за винятком надзвичайних ситуацій, коли немає можливості викликати іншого лікаря.

74. Слід також відзначити, що в професійному плані свобода дій лікаря закладу, де тримають позбавлених волі осіб, в'язниці є обмежена ситуацією, яка властива в'язниці: лікар не може вільно вибирати своїх пацієнтів, так само як і ув'язнені не мають права вибору іншого лікаря. Він повинен виконувати свій професійний обов'язок навіть тоді, коли пацієнт порушує медичні правила або вдається до погроз чи насильства.

g. Професійна компетентність

75. Лікарі та допоміжний медичний персонал місця позбавлення волі повинні мати спеціальні знання, які дозволять їм належним чином займатись лікуванням окремих форм тюремної патології і адаптувати свої методи лікування до умов, які обумовлені триманням під вартою.

Зокрема, повинні бути розроблені методи професійної поведінки, які розраховані на запобігання насильству, а в разі необхідності – на встановлення контролю над ситуацією.

76. З метою забезпечити присутність достатньої кількості працівників допоміжному медичному персоналу часто допомагають санітари, деякі з них відбираються із числа службовців закладу, де перебувають позбавлені волі особи. Кваліфікований персонал різних рівнів повинен здійснювати обмін необхідним досвідом та періодично оновлювати його.

Інколи позбавленим волі особам дозволяють працювати в якості санітарів. Поза всяким сумнівом, такий підхід може мати перевагу в тому, що забезпечить частину ув'язнених корисною роботою. Однак це повинно розглядатись як крайній захід. Окрім того, позбавлені волі особи ніколи не повинні бути залучені до розподілу медикаментів.

77. Нарешті, Комітет відзначає, що особливий характер надання медичних послуг в умовах позбавлення волі міг би виправдати введення загальноновизнаної медичної спеціалізації як для лікарів, так і для допоміжного медичного персоналу на основі програм навчання дипломованих фахівців і системи періодичної підготовки без відриву від виробництва.