

სიხის ჯანდასვის ორგანიზება და პართვა



იორგ პონტი
ტიმოთი ვილფრიდ ჰარდინგი

სახელმძღვანელო
მითითებები

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

სიხის ჯანდაცვის ორგანიზაცია და მართვა

სახელმძღვანელო მითითებები

იორგ პონტი
ტიმოთი ვილფრიდ ჰარდინგი

ევროპის საბჭო

Original title: Organisation and Management of Health Care in Prison.

ტექსტი მოამზადა ევროპის საბჭომ და გამოიყენება მისი ნებართვით. დოკუმენტი გამოქვეყნდა ევროპის საბჭოსთან შეთანხმებით, მაგრამ ერთპიროვნულად მთარგმნელებს პასუხისმგებლობით.

ამ ნაშრომში მოსაზრებები გამოხატულია ავტორთა პასუხისმგებლობით და არ უნდა მივიჩნიოთ ევროპის საბჭოს ოფიციალურ პოლიტიკად.

ყველა თხოვნა ამ დოკუმენტის სრულად ან ნაწილობრივ რეპროდუცირებასა ან თარგმნაზე უნდა წარედგინოს კომუნიკაციების დირექტორატს
(F-67075 Strasbourg Cedex or publishing@coe.int).

წინამდებარე პუბლიკაციასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სხვა კორექსიონდენცია უნდა გაეგზავნოს ადამიანის უფლებათა და კანონის უზენაესობის გენერალურ დირექტორატს.

თავფურცელი და ღიზინი: დოკუმენტებისა და პუბლიკაციების განყოფილება (SPDP), ევროპის საბჭო

ფოტო: Shutterstock

©Council of Europe, February 2019
(English version)

©ევროპის საბჭო, 2022 წლის მარტი (ქართული თარგმანი)

ამ პუბლიკაციის თარგმანი დაფინანსდა საქართველოსთვის ევროპის საბჭოს სამოქმედო გეგმის (2020 - 2023) ფარგლებში

დაბეჭდილია ევროპის საბჭოს საქართველოს ოფისის მიერ

ავტორები:

იორგ პონტი, ავსტრიის იუსტიციის სამინისტროს ყოფილი მრჩეველი სამედიცინო საკითხებში

ტიმოთი ვილფრიდ ჰარდინგი, სასამართლო მედიცინის დამსახურებული პროფესორი, ჟენევის უნივერსიტეტი, შვეიცარია

სარჩევი

აგრევიაცურების ჩამონათვალი	5
შესავალი	7
ისტორიული ფონი	7
ციხის ჯანდაცვის ორგანიზაცია	11
საერთაშორისო სტანდარტები - თავისუფლებააკვეთილ პირთა ჯანდაცვის ქირითადი საუბეჟეული	13
ჯანმრთელობის დახვეწის უფლება	13
სამართლებრივი ჩარჩო და სამართლებრივი შედეგები	21
სამედიცინო ეთიკა ციხეში	23
ციხის ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის სტრუქტურები ევროპის საბჭოს წვირ სხელებფიფიფიფიფი	33
სექტორთაშორისი თანამშრომლობა	40
პაციენტობაში მყოფ პირთა ჯანდაცვა: მთლიანად სხელებფიფიფიფი პასუხისმგებლობა	43
ციხე: პათოგენური მარეფო და ჯანმრთელობის მარეფიფიფიფიფიფი შესაქმნელობა	45
ციხის ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომლობა და ინსტრუქცია საზომადობაში ჯანდაცვის სტრუქტურებთან	49
საქადრო უზრუნველყოფა და სამედიცინო პერსონალის დაქირავება	54
პირველადი სამედიცინო დახმარება	60
ჯანდაცვის მორეული დონე და სტაციონარული მკურნალობა	64
პაციენტთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დახვეწა	68
ციხის ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციისა და მართვისთან დაქვემდებარებული ქირითადი კითხვები - საქონტროლო სია	74
წყარობის ჩამონათვალი	81
დანართი 1: ციხის ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციისა და მართვის შესახებ საერთაშორისო დოკუმენტები	88
დანართი 2: დამატებითი დოკუმენტები	90

უპრევენციული ჯანდაცვის რეკომენდაციები

CME	უწყვეტი სამედიცინო განათლება
CPT	წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტი
EComHR	ადამიანის უფლებათა ევროპული კომისია
ECHR	ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია
ECtHR	ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო
EMR	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები
HIV	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ)
ICD	დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია
ICRC	წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი
PHC	პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ)
SOP	სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა
SWOT	ძლიერი მხარეები, სუსტი მხარეები, შესაძლებლობები, საფრთხეები
UN	გაერთიანებული ერები
UNODC	გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიურო
WHO	ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო)
WMA	მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია

შესავალი

ისტორიული ფონი

მრავალი წლის განმავლობაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოები, როგორც ეროვნულ, ასევე საერთაშორისო დონეზე, ნაკლებად ან საერთოდ არ აქცევდნენ ყურადღებას ციხეებში ჯანმრთელობის დაცვას. არსებობის პირველი ოთხი ათწლეულის მანძილზე, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციას (WHO) არ ჩაუტარებია არსებითი სამუშაოები და არ გამოუქვეყნებია დოკუმენტები ციხეებში სამედიცინო მომსახურების ან პატიმართა ჯანმრთელობის შესახებ. ციხის ჯანდაცვის სისტემას ნაკლებად სწავლობდნენ, არ შეჰქონდათ აკადემიურ პროგრამებში და იშვიათად უძღვნიდნენ სტატიებს სამედიცინო ჟურნალებში. ციხეთიქოს „ცალკე სამყარო“ იყო - აქ დასაქმებული მცირე რაოდენობით ექიმი ციხის ადმინისტრაციას ექვემდებარებოდა და არანაირი კონტაქტი არ ჰქონდა ჯანდაცვის ადგილობრივ ან ეროვნულ ორგანოებთან, სამედიცინო სკოლებსა თუ სხვა პროფესიულ ორგანოებთან.

პატიმართა ჰოსპიტალური მკურნალობის უზრუნველყოფა რთული აღმოჩნდა. საავადმყოფოში მყოფი პატიმრების მიმართ უსაფრთხოების დამამცირებელ ზომებს იყენებდნენ, როგორცაა საწოლზე ხელობრივით დაბმა და დაცვის თანამშრომლების თანდასწრებით ინტიმური კონსულტაციებისა თუ გამოკვლევების ჩატარება. არ არსებობდა სამედიცინო პერსონალთან დაკავშირებული სტანდარტები; ციხის დაცვის თანამშრომლები ამოწმებდნენ განაცხადებს სამედიცინო კონსულტაციის მოთხოვნაზე.

მათ სრული ინფორმაცია ჰქონდათ პატიმრების დიაგნოზსა და მკურნალობაზე; ხშირად მედიკამენტების დარიგება და ინექციების გაკეთებაც კი ევალეზობდათ.

ასეთი წინაისტორიის გათვალისწინებით, გასაკვირი არ არის, რომ სისტემა რთულად და ნელი ნაბიჯებით იცვლებოდა, რისი მიზანიც იყო ციხის ჯანდაცვის საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან შესაბამისობაში მოყვანა, ციხეებში სამედიცინო მომსახურებასა და ციხის გარეთ არსებულ სამედიცინო სტრუქტურებს შორის აუცილებელი კავშირების დამყარება, რაც არსებითია პატიმართა სამედიცინო მოთხოვნილებათა სრულად დასაფარად. პატიმართა ჯანდაცვის საჭიროებათა მატება უკავშირდებოდა იმ პატიმართა რაოდენობის ზრდას, რომლებსაც აღენიშნებოდათ ქრონიკული დარღვევები (ჰიპერტენზია, დიაბეტი და გულის დაავადებები), მათი ასაკისა და ცხოვრების წესიდან გამომდინარე. ციხის პოპულაციის მნიშვნელოვან ნაწილს აღენიშნებოდა ფსიქიკური აშლილობები და ინფექციური დაავადებები, რომლებიც სიღარიბით და ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებით იყო გამოწვეული.

განსაკუთრებით რთული აღმოჩნდა ჰოსპიტალური (ზოგჯერ გადაუდებელი) მომსახურება ჰუმანურ პირობებში, დიაგნოსტიკური და თერაპიული ზომების სრული სპექტრის ხელმისაწვდომობით. მხოლოდ რამდენიმე სახელმწიფოშია შესაძლებელი პატიმართა გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარება იმავე პირობებით, როგორც სამოქალაქო ფსიქიატრიაშია ხელმისაწვდომი.

პროფილაქტიკური სამედიცინო მომსახურებაც არ იყო სრულფასოვანი, ძირითადად, მოიცავდა რამდენიმე პროფილაქტიკურ ზომას, როგორიცაა ვაქცინაცია. ხშირად ჯანმრთელობას ზიანს აყენებდა ციხის პირობები: გადატვირთული საკნები, ცუდი ვენტილაცია, მოძველებული სანიტარული პირობები (საკნებში შარდისა და ფეკალიებისთვის ხშირად იყენებდნენ სათლებს) და ცუდი კვება.

80-იან წლებში, შიდსის პანდემიის შედეგად, აღნიშნულმა პრობლემებმა პირველად მიიქციეს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების ყურადღება. 1985 წლისთვის აშკარა გახდა, რომ ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის (აივ) გავრცელება ციხის პოპულაციაში ბევრად უფრო მაღალი იყო, ვიდრე საზოგადოებაში, რაც ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებელთა დაპატიმრების

ტენდენციამ განაპირობა. ეს ფაქტი დადასტურდა ეპიდემიოლოგიური კვლევებით, კერძოდ, ევროპის საბჭოს დაკვეთით ჩატარებული კვლევით, რომელიც 1987 წელს გამოქვეყნდა ლანცეტში.¹ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (ჯანმო) პირველად შეიტყო ციხეებში არსებული პირობების შესახებ. შიდსის წინააღმდეგ სპეციალური პროგრამის ფარგლებში, მან იმავე 1987 წელს ჩატარა კვლევა და გამოაქვეყნა დირექტივები, რომლებიც მიზნად ისახავდა ციხეში აივ ინფექციების პრევენციასა და მკურნალობას. განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო აივ ინფექციის გადაცემის რისკს სქესობრივი აქტის ან საინექციო მასალის გაზიარების გზით. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმოს რეკომენდაციები კონკრეტულად აივ/შიდსს ეხებოდა, მათ ბევრად უფრო ფართო გავლენა მოახდინეს: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებმა გაცნობიერეს ინკლუზიური მიდგომის მნიშვნელობა, რომელიც სრულად მოიცავდა ციხის გარემოს; პირველად განისაზღვრა სამედიცინო მომსახურებისა და პროფილაქტიკური ზომების ეკვივალენტობის პრინციპები. თუ აივ ინფექციით დაავადებული პაციენტები სარგებლობდნენ მკურნალობისა და დაცვის იმავე უფლებებით (კონფიდენციალობა, სეგრეგაციისა და დისკრიმინაციის აკრძალვა), რითაც საზოგადოებაში მყოფი პაციენტები, იგივე უნდა გავრცელებულიყო დაავადებათა მთელ სპექტრზე.

1980-იანი წლებში გატარებული ცვლილებების მეორე გამომწვევი მიზეზი გახდა ადამიანის უფლებათა ევროპული კომისიის (EComHR) იმ დროს ჩატარებული სამუშაო. კომისიამ (რომელიც ამჟამად აღარ არსებობს) პირველად განიხილა ცალკეულ პირთა საჩივრები ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის შესაბამისად და ჩამოაყალიბა პრინციპი, რომელიც შემდეგ ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ შეიმუშავა და დადასტურა: მძიმე დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის სათანადო ჯანდაცვისა და გარემოს არაჯეროვანი უზრუნველყოფა შეიძლება ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის (წამების აკრძალვა) დარღვევად ჩაითვალოს. ამ მაგალითს მიბაძა წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპულმა კომიტეტმა (CPT), რომელმაც 1991 წელს დაიწყო ვიზიტები თავისუფლების

1. ჰარდინგი ტ. ვ. შიდსი ციხეში. ლანცეტი 330, i8570, 1260-1263, 1987

აღკვეთის დაწესებულებებში და, თავისი მანდატის ფარგლებში, სწრაფად გამოავლინა ნაკლოვანებები ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით. 1993 წელს CPT-მ თავისი ყოველწლიური ანგარიშების ერთ-ერთი საკვანძო ნაწილი დაუთმო ციხის ჯანდაცვის სტანდარტებს (დეტალები მოცემულია ქვემოთ). ეს უნდა გამხდარიყო ერთგვარი მოდელი, რომელსაც ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტი თავის რეკომენდაციებს დააფუძნებდა. ამან ასევე ხელი შეუწყო ჯანმოს მიერ ციხის ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ აქტივობათა შემუშავებას, რასაც ფართოდ დაუჭირა მხარი ჯანმოს კოპენჰაგენის რეგიონულმა ოფისმა.

ამ მძიმე ისტორიული ფონის მიუხედავად, ბოლო ოც წელში მრავალი დამაიმედებელი ნაბიჯი გადაიდგა. ისტორია ასევე გასაგებს ხდის ციხეებსა და ჯანდაცვის ადმინისტრაციებში ჩაკირულ სიხისტესა და ეჭვებს, რომ შესაძლებელია შინაარსიანი ბმების, კომუნიკაციის არხებისა და კონფლიქტების მოგვარების მექანიზმთა ჩამოყალიბება. ეს ყველაფერი კი ხშირად პატიმართა ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საბიუჯეტო ვალდებულებებისა და უსაფრთხოების საკითხების ირგვლივ იყრის თავს.

ციხის ჯანდაცვის ორგანიზაცია

ციხის ჯანდაცვის ორგანიზების ძირითადი პრინციპები უკვე 20 წლის წინ შემუშავდა და შევიდა ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაში (98)7 ციხის ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების შესახებ.² წვერი სახელმწიფოებისთვის რეკომენდებულია ამ პრინციპების გათვალისწინება ციხის ჯანდაცვის სფეროში თავიანთი კანონმდებლობისა და პრაქტიკის გადასინჯვისას. რეკომენდაციაში ხაზგასმულია, რომ სამედიცინო პრაქტიკა საზოგადოებასა და პენიტენციურ სისტემაში უნდა ეყრდნობოდეს ერთსა და იმავე ეთიკურ პრინციპებს. პატიმართა ძირითადი უფლებების პატივისცემა გულისხმობს მათ პროფილაქტიკურ მკურნალობასა და სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც საზოგადოებისთვის გაწეული მკურნალობისა და მომსახურების ფარდი იქნება. აღნიშნული რეკომენდაცია ასევე ეხება ციხის ჯანდაცვის სტრუქტურის, ორგანიზებისა და რეგულირების რეფორმებს, რომლებიც რამდენიმე წვერ სახელმწიფოში ჩატარდა, მათ შორის, სხვადასხვა ადმინისტრაციულ სტრუქტურაში ფედერალურ და სახელმწიფო დონეზე. მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია (98)7 ამ სფეროს ქვაკუთხედი დოკუმენტია.

თავისუფლება ლკვეთილ პირთა ძირითადი უფლებები და ეთიკური პრინციპები, ციხეში ჯანდაცვის უზრუნველყოფასთან მიმართებით, არსებითად არ შეცვლილა. ამავდროულად, ბოლო ოცი წლის განმავლობაში მათი პრაქტიკული გამოყენება დამუშავდა სხვადასხვა საერთაშორისო დოკუმენტში. ციხის ჯანდა-

2. რეკომენდაცია No. R (98)7: <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>

ცვის სტრუქტურის, ორგანიზებისა და მართვის რეფორმირების პროცესმა ევროპის საბჭოს რამდენიმე წევრ სახელმწიფოში მნიშვნელოვნად წინ წაიწია. ორგანიზაციული ცვლილებების მთავარი მამოძრავებელი ძალა გახდა იმის მყარი რწმენა, რომ ციხის ჯანდაცვის სტრუქტურა უნდა შეესაბამებოდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემას და მასთან იყოს ინტეგრირებული. სტრუქტურული და ორგანიზაციული ცვლილებების შედეგად, ასეთ ქვეყნებში შეიქმნა სხვადასხვა მოდელი, რაც სხვა ქვეყნებს სთავაზობს შესაძლებლობას, მათთვის შესაფერისი მოდელი განსაზღვრონ და აირჩიონ.

აღნიშნული პუბლიკაცია მიზნად ისახავს რეკომენდაციების მიწოდებას პოლიტიკოსებისა და შესაბამის დაწესებულებათა ხელმძღვანელებისთვის, რომლებმაც უნდა უზრუნველყონ ციხის ჯანდაცვის პოლიტიკის ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკასთან ინტეგრაცია და მასთან შესაბამისობა. ციხის ჯანდაცვის უზრუნველყოფის სფეროში, პრაქტიკული ინფორმაციის დამატებით სახელმძღვანელოდ გამოდგება ევროპის საბჭოს პუბლიკაცია „ციხის ჯანდაცვა და სამედიცინო ეთიკა“ - სახელმძღვანელო ჯანდაცვის თანამშრომლებისა და ციხის სხვა პერსონალისთვის, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან პატიმართა კეთილდღეობაზე.³

3. „ციხის ჯანდაცვა და სამედიცინო ეთიკა“, სახელმძღვანელო ჯანდაცვის თანამშრომლებისა და ციხის სხვა პერსონალისათვის, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან პატიმართა კეთილდღეობაზე. ევროპის საბჭო, 2014 წლის ნოემბერი: <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>

საერთაშორისო სტანდარტები - თავისუფლებააღკვეთილ პირთა ჯანდაცვის ძირითადი სუბიექტი

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის პრინციპებში ხაზგასმულია, რომ „თითოეული ადამიანის ფუნდამენტური უფლებაა ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლესი მიღწევადი სტანდარტით სარგებლობა“;⁴ ასევე, „სახელმწიფოებს აქვთ ვალდებულება, *inter alia*, თავი შეიკავონ პრევენციული, სამკურნალო და პალიატიური ჯანდაცვის მომსახურების თანაბარ ხელმისაწვდომობაზე უარის თქმისა ან შეზღუდვისგან ყველა პირისთვის, მათ შორის, პათიმრებისთვის, დაკავებულებისთვის, უმცირესობების წარმომადგენელთათვის, თავშესაფრის მაძიებლებისა და მიგრანტთათვის,“ ამასთან, „ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში, საქონლისა და მომსახურების სფეროში, სამედიცინო ეთიკა უნდა იყოს დაცული...“⁵

ციხის ევროპული წესების შესახებ ევროპის საბჭოს მინისტრთა

4. გაერო: საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ, მე-12 მუხლი. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
5. გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტი (CESCR), ზოგადი კომენტარი No. 14: უფლება ჯანმრთელობის უმაღლეს მიღწევად სტანდარტებზე (პაქტის მე-12 მუხლი), 2000 წლის 11 აგვისტო, E/C.12/2000/4: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

კომიტეტის Rec(2006)2 რეკომენდაციის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია თავისუფლებააღკვეთილ პირთა ჯანმრთელობის დაცვის უფლება. იგი აღნიშნავს, რომ „თავისუფლებააღკვეთილი პირები ინარჩუნებენ ყველა უფლებას, რაც კანონიერად არ ერთმევათ იმ გადაწყვეტილების საფუძველზე, რომლითაც მათ უსჯიან სასჯელს ან უფარდებენ პატიმრობას.“⁶

ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია პირდაპირ არ განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას, თუმცა სახელმწიფოები, რომლებიც პატიმრებსა ან დაკავებულ პირებს არ უზრუნველყოფენ სათანადო ჯანდაცვით, ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ არაერთხელ დაადანაშაულა მე-2 (სიცოცხლის უფლება) ან მე-3 მუხლის (წამების აკრძალვა) დარღვევაში.⁷ ამასთან დაკავშირებით, ქვემოთ შესაბამის თავებში განვიხილავთ თემატურ მოხსენებას - ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრეცედენტულ სამართალში.⁸

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრეცედენტული სამართალი მკაფიოდ ადგენს, რომ მე-3 მუხლის თანახმად, სახელმწიფო ვალდებულია, „თავისუფლების აღკვეთის პრაქტიკული მოთხოვნების გათვალისწინებით, ადეკვატურად უზრუნველყოს (პატიმრის) ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა, რაც გულისხმობს, მათ შორის, საჭირო სამედიცინო დახმარების გაწევას“, *Kudla v. Poland* (2000 წლის 26 ოქტომბრის სასამართლო გადაწყვეტილება). იკვეთება სამი არსებითი პრინციპი: ადეკვატურობა, გამოწვეული ტანჯვა და ის ფაქტი, რომ სამედიცინო დახმარების მიღმა არსებობს სხვა ფაქტორებიც, როგორცაა ციხის ფიზიკური და ემოციური გარემო.

ცალკეულ გადაწყვეტილებათა შესწავლა საჭიროა იმის გასაგებად,

6. ევროპული ციხის წესები 2006, ევროპის საბჭო, წესი 2: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=090000016805d8d25
7. ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია, ევროპის საბჭო: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
8. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო, თემატური მოხსენება - ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრეცედენტულ სამართალში 2015: http://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf

თუ რა ვითარებას მიიჩნევს სასამართლო პრობლემურად ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის შესაბამისად.

ადამიანის უფლებათა ევროპული კომისიის მიერ განხილული ორი საქმე მიუთითებს, რომ ამ პრობლემურმა საკითხმა თავი ადრეულ ეტაპზევე იჩინა. საქმეში *Bonnechaux v. Switzerland* (1978 წლის 5 დეკემბრის გადაწყვეტილება), შვეიცარიის ხელისუფლების ორგანოებს მოეთხოვათ, სათანადო სამედიცინო დახმარება აღმოეჩინათ დიაბეტით დაავადებული ხანდაზმული პაციენტისთვის ციხეში. კომისია უფრო შორს წავიდა შემდეგ საქმეში (*De Varga Hirsch v. France*, 1983 წლის 9 მაისის გადაწყვეტილება), რომელიც ასევე ხანდაზმულ პაციენტს ეხებოდა: მას აწუხებდა დიაბეტი, კორონარული უკმარისობა და ქვედა კიდურების არტერიოპათია. კომისიამ შეისწავლა არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურება ციხეში, არამედ ასევე ჰოსპიტალიზაციის შესაძლებლობა პენიტენციური სისტემის გარეთ მდებარე საზოგადოებრივ საავადმყოფოში. ორივე შემთხვევაში ადამიანის უფლებათა ევროპულმა კომისიამ მიიჩნია, რომ ხელისუფლების მიერ უზრუნველყოფილი გარანტიები დამაჯერებელი იყო და აღნიშნული საკითხები ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოს არ გადაეცა. თუმცა 35 წლის წინ დადგინდა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის აქტუალობა ციხის ჯანდაცვის სფეროში, რომელიც გულისხმობდა არა მხოლოდ ციხის შიგნით სამედიცინო მომსახურებას, არამედ საზოგადოებრივი საავადმყოფოების ხელმისაწვდომობას.

მას შემდეგ ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ ასობით განაცხადი განიხილა პაციენტთა ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებით და საკმაოდ ბევრ შემთხვევაში დაადგინა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევა (წამების აკრძალვა), ხოლო რამდენიმე შემთხვევაში - მე-2 მუხლის დარღვევა (სიცოცხლის უფლება), როცა პაციენტის სიკვდილი სამედიცინო მკურნალობის არაადეკვატურობამ გამოიწვია. გარდა ამისა, რიგ შემთხვევებში, ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ მოსთხოვა სახელმწიფოს, სასამართლო განხილვის პროცესშივე აღმოეჩინა ადეკვატური სამედიცინო დახმარება, 39-ე წესის შესაბამისად (დროებითი ზომები), რითაც ხაზი გაუსვა არასათანადო მკურნალობის და ხელისუფლების ნელი რეაგირების მძიმე შედეგებს.

ერთ-ერთ საქმეში (*Affaire Poghossian c. Géorgie*) ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ მიიჩნია, რომ არსებობდა სხვადასხვა დაავადებით და, მათ შორის, C ჰეპატიტით ინფიცირებულ პატიმართა სათანადო სამედიცინო მომსახურების აღმინისტრირების სისტემური პრობლემა, იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ დაახლოებით ორმოცი განაცხადი შევიდა ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოში არაჯეროვან სამედიცინო მომსახურებაზე.

ცხადია, ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციით დარღვევად მიჩნეული ხარვეზები არ არის ერთეული შემთხვევები და მიუთითებს ჯანდაცვის სფეროში ფართოდ გავრცელებულ ჩავარდნებს, რაც დღესაც შეინიშნება. ევროპის საბჭოს, ჯანმოს, წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის (ICRC) და სხვა ორგანიზაციების რეკომენდაციებს მხოლოდ შეზღუდული ეფექტი აღმოაჩნდა. შესაბამისმა ორგანოებმა უნდა გაითვალისწინონ მე-3 მუხლის დარღვევების რეგულარული ხასიათი როგორც ჯანდაცვის, ისე პენიტენციურ სექტორებში, რომლებიც ეხება პატიმართა არასათანადო სამედიცინო მომსახურებას რიგ ქვეყნებში.

რა პრობლემებს ავლენს ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს მიერ განხილული საქმეები, რომლებიც ხშირად დასტურდება CPT-ის გამოქვეყნებულ ანგარიშებში?

- ▶ ციხეში ხშირად გვხვდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე არსებული ხარვეზები: ექიმთან ან ექთანთან დაშვების შეფერხება (CPT ხშირად დეტალურად აღწერდა სამედიცინო და მედღების პერსონალის მწვავე უკმარისობას); დიაგნოსტიკური ინსტრუმენტების ნაკლებობა, რაც, ჩვეულებრივ, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე (ელექტროკარდიოგრაფია, მარტივი ლაბორატორიული ტესტები); ქრონიკული დაავადებების - ჰიპერტენზიის, გულის დაავადების, B ან C ჰეპატიტის ან, თუნდაც, ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების რეგულარული კონტროლის ნაკლებობა; ხელმისაწვდომი მედიკამენტების შეზღუდული სპექტრი, განსაკუთრებით, ანტიბიოტიკების, აივ ინფექციის ან C ჰეპატიტის სამკურნალო ანტივირუსული მედიკამენტების. ფართოდ გავრცელებულ პრობლემებს შორის ინდივიდუალური სამედიცინო დოკუმენტების ნაკლე-

ბოზაც სახელდება. CPT ხშირად აკრიტიკებს იმ ფაქტს, რომ ციხეებში სამედიცინო კონსულტაციები რამდენიმე სიტყვით რეგისტრირდება რეესტრში, ინდივიდუალური სამედიცინო ბარათის გარეშე; გამოკვეთილია ასევე პატიმრების რეფერირების პროცედურასთან დაკავშირებული სირთულეები, როდესაც მათ ისეთი შემოწმება ან გამოკვლევა სჭირდებათ, რომლებიც პენიტენციურ დაწესებულებაში ვერ ჩაუტარდებათ.

- ▶ ციხეებში ხელმისაწვდომი არ არის სტომატოლოგიური მომსახურება. CPT ხშირად აღწერს, რომ სტომატოლოგთან ვიზიტს ხანგრძლივად ელიან და ერთადერთი უფასო სამკურნალო პროცედურა კბილის ამოღებაა.
- ▶ ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს მიერ დადგენილი მე-3 მუხლის ბევრი დარღვევა ჯანდაცვის მეორეული დონის ხელმისაწვდომობის შეფერხებასა და სირთულეებს ეხება. ერთ-ერთ საქმეში, პატიმარს ჰქონდა ქრონიკული ჰეპატიტი და თირკმელების სერიოზული დაავადება, რომელიც თირკმლის ქრონიკულ უკმარისობას იწვევს. მიუხედავად ამისა, მას არ გაუვლია სპეციალისტის შემოწმება ან მკურნალობა თითქმის ოთხი წლის განმავლობაში (*Holmiov v. Republic of Moldova*); სხვა საქმეში პატიმარს აღენიშნებოდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, დიაბეტი და გულის დაავადება, რის გამოც საჭიროებდა სპეციალისტის რეგულარულ მეთვალყურეობას, თუმცა ხანგრძლივად რჩებოდა სამედიცინო დახმარების გარეშე (*Ashot Harutyunyan v. Armenia*); ნაკლოვანებები რამდენიმე თანმხლები დაავადების მქონე პაციენტების მართვისას, როგორცაა ჰოსპიტალიზაციის შეფერხება და საჭირო გამოკვლევების ჩაუტარებლობა, მაგალითად, *Helicobacter pylori* ტესტი პეპტიკური წყლულით დაავადებულ პაციენტში. მას არაადეკვატურად მკურნალობდნენ მედიკამენტებით სერხემლის დაზიანებისთვის, რომლებსაც შეუძლიათ კუჭ-ნაწლავის სისხლდენა გამოიწვიონ (*Kolesnikovich v. Russia*).
- ▶ რამდენიმე საქმე ეხება ქირურგიული ოპერაციის დიდი დროით გადადებას, რაც ხანგრძლივ და არასაჭირო ტა-

ნჯვას იწვევს; მაგალითად, თირკმელებში მრავლობითი ქვების მქონე პაციენტს, რომელსაც მწვავე ტკივილის ხშირი ეპიზოდები აღენიშნებოდა, ოთხი წლის მანძილზე ოპერაციის გაკეთებაზე უარს ეუბნებოდნენ (*Pilcic v. Croatia*); დაგეგმილი ოპერაცია ერთი წლით დაგვიანებით ჩატარდა (*Affaire Kotsaftis c. Grèce*).

- ▶ უკუჩვენებელი სენის მქონე პაციენტებს უარი ეთქვათ ციხის გარეთ ღირსეული სიკვდილის შესაძლებლობაზე; მაგალითად, პროსტატის მეტასტაზური კიბოთი დაავადებული ადამიანის შემთხვევაში (*Affaire Dorneanu c. Roumanie*), ხელისუფლებამ პრიორიტეტი ფორმალურებსა და არაჰუმანურ მოსაზრებებს მიანიჭა.
- ▶ წარუმატებლად იმართება ინფექციური დაავადებების მქონე პაციენტებიც: აივ ინფექციით დაავადებული პაციენტის არასაჭირო იზოლირება (*Martzakis and others v. Greece*); მკურნალობის დაყოვნება (*Aleksanyan v. Russia*).
- ▶ საავადმყოფოში ან ჰოსპიტალიზაციისას ჩატარებული გამოკვლევებისა და მკურნალობისას გამოიყენება ფიზიკური შეზღუდვები (*Mouisel v. France; Tariyeva v. Russia*).
- ▶ ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ რიგ შემთხვევებში დაადგინა, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების წარუმატებელმა მართვამ გამოიწვია ზედმეტი ტანჯვა ან თვითმკვლელობით სიკვდილიც კი. ზოგიერთ პრობლემას ის განაპირობებს, რომ ხელმისაწვდომი არ არის ფსიქიატრის მკურნალობა და აუცილებელი მედიკამენტები. თუმცა პრეცედენტულ სამართალს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებთან მიმართებით ლეიტმოტივად გასდევს ციხის „ნორმალური“ გარემოს მავნე ზემოქმედება. ამრიგად, ადამიანი, რომელსაც ხანგრძლივი პატიმრობა აქვს მისჯილი და ქრონიკული ფსიქოზური მდგომარეობა განუვითარდა, არ უნდა იყოს მოთავსებული ციხის „ნორმალური“ გარემოში (*Affaire Riviere c. France*); მწვავე ფსიქოზური სიმპტომების მქონე ორი პატიმარი, რომლებმაც ჩამოხრჩობის გზით თავი მოიკლეს რამდენიმე კვირის პატიმრობის შემდეგ, საავადმყოფოში უნდა ყოფილიყვნენ

მოთავსებულნი და არა იზოლაციაში (*Keenan v. United Kingdom, Renolde v. France*). ზოგადად, ციხის გარემომ შემოღობვა ზედმეტი ტანჯვა გამოიწვიოს: ასეთ პატიმრებს სჭირდებათ დაცულ გარემოში ან ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაყვანა (*Dybeku v. Albania; Slawomir Musial v. Poland*). ერთ-ერთ საქმეში ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ მიიჩნია, რომ არასწორი იყო იმის მოლოდინი, თითქოს სხვა პატიმრები გააკონტროლებდნენ და მხარდაჭერას აღმოუჩენდნენ ფსიქიკური დაავადების მქონე თანამესაკნეს (*Kaprykowski v. Poland*); მეორე საქმეში კი აღინიშნა, რომ სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პატიმრისათვის ციხის ფსიქიატრიული განყოფილება ვერ უზრუნველყოფდა სათანადო მოვლასა და დაცვას (*Affaire Claes et autres c. Belgique*). სასამართლოს დასახელებული დასკვნები თანხვედბა CPT-ის მონაცემებს რიგ ქვეყნებში.

პრეცედენტული სამართლის ეს შეჯამება ერთგვარი კატალოგია წარუმატებლობებისა მრავალი ქვეყნის პატიმართა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ცხადია, აღნიშნული შემთხვევები მხოლოდ აისბერგის წვერს წარმოაჩენს და ბევრ ქვეყანაში ჩავარდნები სისტემურ ხასიათს ატარებს. ამას ადასტურებს CPT-ის დასკვნები სხვადასხვა ქვეყანაში ვიზიტების შედეგად, სადაც დღე-გაციები აწყდებიან პატიმრების არასრულფასოვან სამედიცინო მომსახურებას. ინსპექტირების ეროვნული მექანიზმები ასევე აღწერს ჯანდაცვის სტანდარტების დაუმეგობრად დაბალ დონეს.

ამ ეტაპზე მიზანშეწონილი იქნება ზოგადი დასკვნების გამოტანა და ყურადღების გამახვილება ისეთ ზომებზე, რომლებიც სისტემური პრობლემებისა და ნაკლოვანებების დასაძლევად საჭიროა:

1. ციხეებში პირველადი ჯანდაცვა ხშირად რესურსებისა და პერსონალის ნაკლებობას განიცდის. დიაგნოსტიკური მასალები არ არის საკმარისი რაოდენობით. ხშირ შემთხვევაში, არ არსებობს ინდივიდუალური სამედიცინო ბარათი. ციხეებში დასაქმებული ექიმები დიდ სირთულეებს აწყდებიან საავადმყოფოებიდან და სხვა სპეციალიზებული სამსახურებიდან შესაბამისი რეაგირების მიღებისას, როცა ამის საჭიროება დგება.

2. სპეციალიზებული მომსახურება, რომელიც შეიძლება და ხელმისაწვდომი ყოფილიყო ციხეებში, არ არსებობს ან რესურსების უკმარისობას განიცდის. მაგალითად: სტომატოლოგიური მომსახურება, სპეციალისტთა კონსულტაციები, მათ შორის, ფსიქიატრიული დახმარება.

3. ციხის ნორმალური გარემო საზიანოა. ზოგიერთი პატიმარი აქ არაადამიანურ და დამამცირებელ მოპყრობას განიცდის, კერძოდ, ადამიანები უკურნებელი სენით, სერიოზული ფსიქიკური აშლილობებით, ქრონიკული ინფექციური დაავადებებით.

4. პატიმართა ჰოსპიტალიზაცია პრობლემურია. საავადმყოფოებს არ აქვთ საჭირო ინფრასტრუქტურა უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად, რაც ფიზიკური შეზღუდვების გამოყენებას განაპირობებს. სპეციალისტის კვლევა და ქირურგიული ოპერაციები პატიმრებს ხანგრძლივი დაყოვნებით უტარდებათ.

ციხის ჯანდაცვის ორგანიზებასა და მართვას, ასევე ციხის სამედიცინო პერსონალის ეთიკურ ქცევას საფუძველი ჩაუყარა გაეროს, ევროპის საბჭოს, ჯანმოს და ჯანმო / გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიუროს (UNODC) მიერ შემუშავებულმა საერთაშორისო დოკუმენტებმა (იხ. დანართი I).

ამ დოკუმენტის არსი მოკლედ შეიძლება ასე შევაჯამოთ: ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში ჯანდაცვის მიმწოდებლების ერთადერთი ამოცანაა პაციენტთა სამედიცინო დახმარება თანაბარი ლოიალობით. მათ შორისაა პროფილაქტიკური სამედიცინო მომსახურება, ძალადობისა თუ არასათანადო მოპყრობის ნიშნების რეგისტრაცია და შეტყობინება, პაციენტის პირადი მომვლელის ფუნქციის შესრულება, ისეთი სამედიცინო ქმედებისგან თავის შეკავება, რომელიც არ ემსახურება პაციენტის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას. ჯანდაცვა უნდა იყოს შეუზღუდავად ხელმისაწვდომი; ციხის ჯანდაცვა უნდა იყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეკვივალენტური, კონფიდენციალური, პატივს სცემდეს პაციენტის ავტონომიურობას, ხორციელდებოდეს შეუზღუდავი კლინიკური დამოუკიდებლობის პირობებში, მაღალი პროფესიული კომპეტენციით, და უნდა მოიცავდეს პრევენციულ ზომებს თუ ადამიანურ დახმარებას; თავი-

სუფლებალკვეთილ და დაკავებულ პირთა ჯანმრთელობის დაცვა მთლიანად სახელმწიფოს პასუხისმგებლობაა და რაც შეიძლება მჭიდროდ უნდა უკავშირდებოდეს ეროვნულ პოლიტიკას - იყოს მასში ინტეგრირებული და მასთან თავსებადი.

სამართლებრივი ჩარჩო და სამართლებრივი შედეგები

თავისუფლებალკვეთილ პირთა ჯანმრთელობის უფლება ან „უფლება ჯანდაცვის უმაღლეს მიღწევად სტანდარტებზე“⁹ ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალში განსაზღვრულია პაქტებსა და კონვენციებში, ანუ იურიდიულად სავალდებულოა ხელმომწერი სახელმწიფოებისთვის.¹⁰

ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის შესაბამისად¹¹, თავისუფლებალკვეთილ პირთა ჯანმრთელობის დაცვის უფლება ხვდება როგორც მე-2 მუხლით დადგენილი სიცოცხლის უფლების, ისე მე-3 მუხლით გათვალისწინებული წამების აკრძალვის ფარგლებში.

თუმცა, არცერთ საერთაშორისო დოკუმენტში არ არის მოცემული განმარტება, თუ რა არის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლესი მიღწევადი სტანდარტი ციხეში და რა არის არაადამიანური და/ან ღირსების შემლახველი მოპყრობა ჯანმრთელობის დაცვის კონტექსტში. ეს იძლევა საშუალებას, სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული სტანდარტები შეხედულებისამებრ განვსაზღვროთ. ამრიგად, რიგ საერთაშორისო დეკლარაციებში, რეკომენდაციებში, წესებში, სტანდარტებსა და სახელმძღვანელო მითითებებში ნათქვამია, რომ პატიმრობაში მყოფ პირთა ჯანმრთე-

9. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წესდება: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტი (CESCR), ზოგადი კომენტარი No. 14: უფლება ჯანდაცვის უმაღლეს მიღწევად სტანდარტებზე (პაქტის მე-12 მუხლი), 2000 წლის 11 აგვისტო, E/C.12/2000/4: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

10. ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი, მე-12 მუხლი; გაეროს კონვენცია ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ, მე-12 მუხლი.

11. ადამიანის უფლებათათა ევროპული კონვენცია, ევროპის საბჭო https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

ლობის დაცვა უნდა იყოს იმავე ხარისხის, როგორც სამოქალაქო საზოგადოების (დანართი 1). ეს იურიდიულად სავალდებულო არ არის და მას „რბილ კანონს“ უწოდებენ, თუმცა ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო თავის გადაწყვეტილებებში სულ უფრო ხშირად მიუთითებს აღნიშნულ სტანდარტზე პატიმრობაში მყოფი პირების ჯანდაცვის უზრუნველყოფისას.

ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოთა უმრავლესობაში, ეროვნული კანონები და სისხლის სამართლის კანონმდებლობის დებულებები, რომლებიც პატიმართა ან დაკავებულ პირთა ჯანმრთელობის დაცვას ეხება, საერთაშორისო კონვენციებსა და რეკომენდაციებს შეესაბამება. თავისუფლებადკვეთილ პირთა ჯანმრთელობის დაცვის მოთხოვნები არ უნდა განსხვავდებოდეს საზოგადოების სხვა წევრების მოთხოვნებისაგან. ზოგადი კანონები ჯანდაცვის შესახებ უნდა ითვალისწინებდეს უმაღლესი მიღწევადი ხარისხის ჯანდაცვისა და პროფილაქტიკური სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობას, პაციენტის ავტონომიას, სამედიცინო კონფიდენციალობას, სამედიცინო პროფესიულ დამოუკიდებლობას და სერტიფიცირებულ სამედიცინო კვალიფიკაციას. რამდენიმე წევრ სახელმწიფოს ჯანდაცვასთან დაკავშირებული სამართლებრივი ნორმები საზოგადოებისა და პატიმრობაში მყოფი პირებისთვის ცალ-ცალკე აქვთ განსაზღვრული. ზოგიერთ შემთხვევაში, პატიმრებისთვის განკუთვნილი დებულებები სრულად არ შეესაბამება საზოგადოების სხვა წევრებისთვის განსაზღვრულ დებულებებს.

თუმცა, გასათვალისწინებელია ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი თავისებურებანი. კერძოდ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორისგან განსხვავებით, ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებსა და ციხეში მყოფ პაციენტებს შორის ურთიერთობები თავისუფალ ნებაზე არ არის დაფუძნებული. თავისუფალ სამყაროში, პაციენტის ვიზიტი ექიმთან იმთავითვე გულისხმობს მის თანხმობას დიაგნოზის დასმასა და მკურნალობის დანიშვნაზე. ციხის პირობებში ამგვარი სავარაუდო თანხმობის მიღება შეუძლებელია, რადგან დაკავებულ პირებს, ჩვეულებრივ, არ შეუძლიათ თავიანთი ექიმის არჩევა და სამედიცინო შემოწმება იშვიათადაა პაციენტის ინიციატივა - როგორც წესი, ეს ციხის ხელმძღვანელის ბრძანების საფუძველზე ხდება. პატიმრის ან დაკავებული პირის სამედიცინო მომსახურებაზე სავარაუდო

თანხმობის მიღება შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტისთვის ცხადი გახდა, რომ ექიმი ვალდებულია შესთავაზოს გამოკვლევა დაწესებულებაში მოთავსებისას. ამ სიტუაციაში პაციენტისა და ექიმის მდგრადი ურთიერთობის ჩამოსაყალიბებლად მნიშვნელოვანია, რომ დაკავებულ პაციენტს შეეძლოს, დაეყრდნოს ექიმის შეუზღუდავ კლინიკურ დამოუკიდებლობას.

სამედიცინო ეთიკა ციხეში

ციხეებისა და თავისუფლების აღკვეთის სხვა ცენტრების მრავალი თავისებურებიდან ერთ-ერთი ისაა, რომ სრულიად განსხვავებული ფუნქციების მქონე ორი პროფესიული ჯგუფი ერთ ჭერქვეშ მუშაობს. ციხის ხელმძღვანელობისა და რეჟიმის თანამშრომელთა ამოცანაა წინასწარი პატიმრობის უზრუნველყოფა, განაჩენის აღსრულება, უსაფრთხოება და დაცვა, სოციალური და კრიმინოლოგიური რეაბილიტაციის ხელშეწყობა სისხლის სამართლის კანონმდებლობის შესაბამისად. ჯანდაცვის სპეციალისტთა ამოცანებში კი შედის ჯანმრთელობის დაცვა, ჯანმრთელობის დარღვევების პრევენცია, გამოვლენა და მკურნალობა, თავისუფლება აღკვეთილი პაციენტების ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაცვა, პროფესიული წესების და სამედიცინო ეთიკის შესაბამისად. სპეციალისტთა ამ ორივე კატეგორიის განსხვავებული ამოცანების შესასრულებლად აუცილებელია ურთიერთგაგება და ერთმანეთის წესების, ეთიკისა და გამოწვევების მიღება, ასევე პროფესიული როლების მკაფიო გამიჯვნის პატივისცემა. ჯანდაცვის სპეციალისტებმა, რომლებიც ციხეებსა და თავისუფლების აღკვეთის სხვა ცენტრებში სამედიცინო მომსახურებას ეწევიან, უნდა გაითვალისწინონ და მიიღონ უსაფრთხოების წესები ციხის კანონის შესაბამისად, ხოლო ციხის ხელმძღვანელობამ და რეჟიმის თანამშრომლებმა უნდა გაითვალისწინონ და მიიღონ სამედიცინო ეთიკის ნორმები, როგორც ეს განსაზღვრულია საერთაშორისო დონეზე მიღებულ დოკუმენტებში. ციხეში ჯანდაცვის მართვის განსხვავებული სტრუქტურის მიუხედავად, სამედიცინო პერსონალსა და რეჟიმის თანამშრომლებს შორის კონფლიქტებსა და გაუგებრობას, პირველ რიგში, განაპირობებს ეთიკის ცოდნისა და გაგების ნაკლებობა და ერთმანეთის პროფესიული ფუნქციების მიუღებლობა.

ეს სახელმძღვანელო მითითებები, უმთავრესად, ეხება ციხის ჯანდაცვის მართვაში ჩართულ არასამედიცინო პირებს, რომლებიც გადაწყვეტილებებს იღებენ. ამდენად, აქ შევეხებით ეთიკურ სტანდარტებსა და მათ პრაქტიკულ შედეგებსაც.

ციხის ჯანდაცვის ეთიკა არანაირად არ განსხვავდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეთიკისაგან - იგი ეფუძნება მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის (WMA) სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსს,¹² რომელიც საყოველთაოდაა აღიარებული. თუმცა, თავისუფლებადაკვებით ჰირთა ჯანდაცვის ეთიკა შემდგომში რიგ საერთაშორისო დოკუმენტში¹³ განისაზღვრა.

სამედიცინო პერსონალის ერთადერთი ამოცანაა, დაკავებული და თავისუფლებადაკვებითი პირების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ზრუნვა. მათ შორისაა პროფილაქტიკური სამედიცინო მომსახურება, ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის ნიშნების რეგისტრაცია და შეტყობინება. CPT ხაზს უსვამს, რომ „ციხის ექიმი პაციენტის პირადი ექიმის ფუნქციას ასრულებს. შესაბამისად, ექიმის/პაციენტის ურთიერთობის შენარჩუნების მიზნით, მას არ უნდა მოეთხოვოს იმის დადასტურება, რომ პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობა შესაბამისია მისთვის კონკრეტული სასჯელის დასაკისრებლად. ასევე, მან, ციხის ხელმძღვანელობის თხოვნით, არ უნდა გაჩხრიკოს ან შეამოწმოს პატიმართა სხეული, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სხვა ექიმის გამოძახება შეუძლებელია“

12. სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>
13. ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისიის ოფისი: სამედიცინო ეთიკის პრინციპები, რომლებიც ეხება ჯანდაცვის პერსონალის, განსაკუთრებით, ექიმების როლს პატიმართა და დაკავებულ პირთა წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯისგან დაცვისას, 1982. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>; ევროპის საბჭო. CPT-ის სტანდარტები: CPT-ის ზოგადი ანგარიშების ძირითადი ნაწილები, ამონარიდი მე-3 ზოგადი ანგარიშიდან, 1993. <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>; პატიმრებთან მოპყრობის შესახებ ევროს მიწინააღმდეგე სტანდარტული წესები (ნელსონ მანდელას წესები): www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf; რეკომენდაცია No. R (98) 7: <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>; ევროპული ციხის წესები 2006, ევროპის საბჭო, წესი 2: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

ლია.¹⁴ მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის (WMA) შესაბამისი განცხადებებიც ითვალისწინებს სამედიცინო პერსონალის ჩაურევლობას სხეულის ჩხრეკისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, რომელიც განაპირობებს პატიმრის იზოლირებას დისციპლინური სასჯელის სახით.¹⁵ სამედიცინო ჩარევა ხელმძღვანელობის მოთხოვნით, რომელიც არ შედის პატიმართა ინტერესებში - მაგალითად, ნარკოტიკების მოხმარების ტესტირება, სხეულის ჩხრეკა ან სასამართლო ექსპერტიზა - უნდა ჩაატაროს სამედიცინო სპეციალისტმა, რომელიც არ მოხაწილეობს თავისუფლებააღკვეთილი პირების მოვლაში.

ეთიკის ქვაკუთხედები ციხის ჯანდაცვის სფეროში შეიძლება შემდეგ კატეგორიებად დავყოთ:¹⁶ ა. ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა; ბ. ეკვივალენტური მომსახურება; გ. პაციენტის თანხმობა და კონფიდენციალობა; დ. პროფილაქტიკური ჯანდაცვა; ე. ჰუმანიტარული დახმარება; ვ. პროფესიული დამოუკიდებლობა; ზ. პროფესიული კომპეტენტურობა.

ა. **ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა** მოიცავს სამედიცინო პერსონალის ვალდებულებას, დაწესებულებაში მოთავსებისთანავე (24 საათის განმავლობაში) შესთავაზონ პირს სამედიცინო შემოწმება და პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, რომელსაც, საჭიროებისამებრ, უზრუნველყოფს ზოგადი პრაქტიკის კვალიფიციური ექიმი ან ოჯახის ექიმი და მისი დამხმარე ექთნები და სტომატოლოგი. კონსულტაციაზე განაცხადი უნდა იყოს კონფიდენციალური და მას შერჩევის ბარიერს არ უნდა უქმნიდეს არასამედიცინო პერსონალი. ინფორმაცია სამედიცინო კონსულტაციის მიღებისა და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების შესახებ, უნდა მიეწოდოს ყველა ახლად მოთავსებულ პირს, სასურველია,

14. ევროპის საბჭო. CPT-ის სტანდარტები: CPT-ის ზოგადი ანგარიშების ძირითადი ნაწილები, ამონარიდი მე-3 ზოგადი ანგარიშიდან, 1993. <http://hudoc.cpt.coe.int/eng/?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

15. განცხადება პატიმართა სხეულის ჩხრეკის შესახებ, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია, 2017. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners>; განცხადება პატიმრის იზოლირების შესახებ, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია, 2017. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement>

16. იხ. კომენტარი 14.

წერილობითი ფორმით. ჯანდაცვის მეორეული დონის და სტაციონარულ მკურნალობას, ზოგადი პრაქტიკის ექიმის რეკომენდაციით, უნდა უზრუნველყოფდნენ დაქირავებული ან კონტრაქტით მომუშავე სპეციალისტები - განსაკუთრებით ეს ფსიქიატრებს ეხებათ - და სრულად აღჭურვილი საავადმყოფოების პირობებში, საჭიროების შემთხვევაში. საგანგებო სიტუაციებში, ნებისმიერ დროს, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად, უნდა გატარდეს შესაბამისი ღონისძიებები. თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებსა და ციხეებში ჯანდაცვაზე შეუფერხებელი წვდომა გულისხმობს, რომ ციხის ხელმძღვანელობამ და ადმინისტრაციამ ციხეებში უნდა უზრუნველყონ შესაბამისი სამედიცინო პერსონალი, ასევე, კარგი კომუნიკაცია და თანამშრომლობა ციხის გარეთ არსებულ სამედიცინო პერსონალსა და საავადმყოფოებთან.

ბ. სამედიცინო დახმარების ეკვივალენტურობა ნიშნავს ციხეში ჯანდაცვის ხარისხის იმავე დონეს, როგორც საზოგადოებაშია. ამის მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ ციხის ჯანდაცვის მჭიდრო თანამშრომლობითა და ინტეგრაციით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემასთან ისეთ საკითხებზე, როგორცაა სამართლებრივი ნორმები, ლიცენზირების პროცედურები, აღჭურვილობისა და კვალიფიკაციის მინიმალური მოთხოვნების ზედამხედველობა და კონტროლი, პერსონალის გადამზადების და დაკომპლექტების პროცედურები და პატიმრების ჩართვა ჯანდაცვის ეროვნულ პროგრამებში. გარდა იმისა, რომ ეს მნიშვნელოვანია, როგორც ეთიკური პრინციპი, ციხისა და საზოგადოების ჯანდაცვის ინტეგრაცია და ეკვივალენტურობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აუცილებელი საჭიროებაა, როგორც ეს საერთაშორისო დოკუმენტებში გარკვევით არის აღნიშნული.^{17, 18} ვი-

17. ჯანმო/გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიურო (UNODC): ციხის ჯანდაცვის სწორი მართვა 21-ე საუკუნეში. ანალიტიკური ნარკვევი ციხის ჯანდაცვის ორგანიზების შესახებ. https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

18. ჯანმოს მოსკოვის დეკლარაცია: ციხის ჯანდაცვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შემადგენელი ნაწილია. <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>

ნაიდან ინტეგრაცია ეკვივალენტურობის პრინციპის ინსტიტუციური შედეგია, ზოგიერთმა სპეციალისტმა წამოაყენა წინადადება ეკვივალენტურობისა და ინტეგრაციის ერთიან პრინციპად განხილვაზე.¹⁹ იმის გათვალისწინებით, რომ პატიმრობაში მყოფი პირების ჯანმრთელობის დარღვევის პროცენტი და სიმძიმე ბევრად მაღალია, ვიდრე საზოგადოებაში და სახელმწიფო ვალდებულია, იზრუნოს ამ პირებზე, მკვლევარებმა ასევე წამოწიეს არგუმენტი, რომ ციხის ჯანდაცვისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დონის ეკვივალენტურობა, შესაძლოა, არ იყოს საკმარისი, რადგან ციხის ჯანდაცვა უფრო მაღალი სტანდარტების უნდა იყოს.²⁰

- გ. პაციენტის თანხმობა და სამედიცინო კონფიდენციალობა**
არა მხოლოდ ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი ეთიკური პრინციპებია, არამედ ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფის აუცილებელი პროფესიული ინსტრუმენტებიც: პაციენტების თანამშრომლობისა და თანხმობის გარეშე, მკურნალობის წარმატების მიღწევა თითქმის შეუძლებელია; თუ პაციენტები სამედიცინო გუნდის პროფესიულ კონფიდენციალობას არ ენდობოდნენ, მხოლოდ მათ არასრულფასოვან ისტორიებს მივიღებდით.

თითოეულ პაციენტს, რომელსაც საღი აზროვნების უნარი აქვს, შეუძლია უარი თქვას მკურნალობას ან სხვა სამედიცინო ჩარევაზე. ამ ფუნდამენტური პრინციპიდან ნებისმიერი გადახვევა უნდა ემყარებოდეს კანონს და ეხებოდეს მხოლოდ მკაფიოდ და მკაცრად განსაზღვრულ გამონაკლის გარემოებებს, რომლებიც მთლიანად მოსახლეობისთვის გამოიყენება.

კონფიდენციალობის დაცვა საჭიროა სამედიცინო გამოკვლევებისა და კონსულტაციებისას, რომლებიც, როგორც წესი, უნდა ჩატარდეს ცალკე, სამედიცინო კონსულტაციის ოთახში. პატიმართა ყველა სამედიცინო გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს ციხის თანამშრომლების გარეშე, თუ ექიმი სხვაგვარად არ

19. იხ. კომენტარი 17

20. ლაინსი რ. ეკვივალენტური სტანდარტებიდან ეკვივალენტურ მიზნებამდე: პატიმრებისთვის ჯანდაცვის უფრო მაღალი სტანდარტების მინიჭება, ვიდრე ციხის გარეთ არსებობს. Int J პატიმრის ჯანმრთელობა (2006) 2:269-280.

ითხოვს. კონფიდენციალობის დაცვა ასევე საჭიროა სამედიცინო დოკუმენტების შედგენისა და შენახვისას, რათა პაციენტთან დაკავშირებული სამედიცინო მონაცემები არ გამჟღავნდეს პაციენტის გამოხატული ნებართვის ან სასამართლოს ოფიციალური ბრძანების გარეშე. სამედიცინო ინფორმაცია უნდა იყოს კონფიდენციალური, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ასეთი კონფიდენციალობის დაცვა გამოიწვევს პაციენტის ან სხვა პირთა მიმართ რეალურ და გარდაუვალ საფრთხეს.

პაციენტის თანხმობისა და სამედიცინო კონფიდენციალობის პრინციპების ნებისმიერი დარღვევა, თუკი ამის აუცილებლობა არ არსებობდა, ექიმმა უნდა დაასაბუთოს და ზედმიწევნით დოკუმენტირებულად ასახოს სამედიცინო ბარათში.

დ. სამკურნალო და საექთნო/პალიატიური მომსახურების გარდა, ციხის ჯანდაცვა მოიცავს ასევე **პროფილაქტიკურ სამედიცინო მომსახურებას**, როგორცაა:

- ▶ ჯანსაღი საცხოვრებელი პირობების, მათ შორის, სივრცის, სისუფთავის და ჰიგიენის, სანიტარული პირობების, საკვებისა და წყლის ხარისხის კონტროლი, ასევე, გათბობა, განათება, ვენტილაცია, ფიზიკური და გონებრივი ვარჯიში; პენიტენციური სისტემებისა და სისხლის სამართლის კოდექსების უმეტესობაში, ციხის სამედიცინო ჯგუფის ხელმძღვანელი ან მთავარი ექიმი უფლებამოსილია, ზედამხედველობა გაუწიოს საცხოვრებელ პირობებს. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მაღალი ხარისხის ყოველმხრივი ზედამხედველობისთვის, მათ შორის, რეგულარული ბაქტერიოლოგიური ანალიზის ჩასატარებლად, აუცილებელია სრულად აღჭურვილი საზოგადოებრივი სამედიცინო დაწესებულებების და ლაბორატორიის მხარდაჭერა, სპეციალური გამოცდილება და ტექნიკური საშუალებები - ეს კიდევ ერთი არგუმენტი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებთან მჭიდრო თანამშრომლობის/ინტეგრაციის სასარგებლოდ;
- ▶ ციხის გარემოში მცხოვრები და მომუშავე ყველა ადამიანის ჯანმრთელობის, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ძალადობისა და სუიციდის პრე-

ვენცია ასევე საჭიროებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტების მხარდაჭერას, როგორც ეს აღწერილია ქვემოთ მოცემულ თავში „ციხე: პათოგენური გარემო და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების შესაძლებლობა“;

- ▶ გადამდებ დაავადებათა გავრცელების დონე ციხეში ბევრად მაღალია, ვიდრე საზოგადოებაში. ასეთი დაავადებებია ტუბერკულოზი, წამლის მიმართ რეზისტენტული ტუბერკულოზი და ტრანსფუზიური ვირუსული ინფექციები, B და C ჰეპატიტი და აივ / შიდსი. მათი პროფილაქტიკა, დიაგნოზირება, მკურნალობა, ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა და დოკუმენტირება ასევე საჭიროებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტებსა და შესაბამის ეროვნულ პროგრამებთან ინტეგრაციას.

ე. ციხეში სამედიცინო პერსონალის **ჰუმანიტარულ დახმარებას** საჭიროებენ პაციენტები, რომლებიც განსაკუთრებით დაუცველნი არიან ციხის გარემოში მათი სქესის, ასაკის, ფიზიკური და გონებრივი დარღვევების, დანაშაულის სახეობის ან ეთნიკური, რელიგიური, პოლიტიკური და სექსუალური უმცირესობებისადმი კუთვნილების გამო; ჯანდაცვის სპეციალისტებს შეუძლიათ დაადგინონ მათი მოწყვლადობა კონფიდენციალური სამედიცინო გამოკვლევების/კონსულტაციების პროცესში და, მათი თანხმობით, რეკომენდაცია მისცენ ციხის ხელმძღვანელობას, დააკმაყოფილონ განსაკუთრებული საჭიროებები - მათი დაცვის მიზნით, მაგალითად, შესაბამის პირობებში მოათავსონ.

ვ. ციხის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობა ციხის ხელმძღვანელობისგან პენიტენციურ სისტემაში ჯანდაცვის მთავარი გამოწვევაა. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის თანახმად, პროფესიული ავტონომია და დამოუკიდებლობა კლინიკურ საკითხებში „იმის გარანტიაა, რომ ცალკეულ ექიმებს უფლება ექნებათ, ჰქონდეთ თავიანთი პროფესიული მოსაზრება პაციენტებზე ზრუნვისა და მკურნალობისას, გარეშე მხარეთა და პირთა მხრიდან ზედმეტი გავლენის გარეშე“ და რომ „ეს არის მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარების უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი და ჯანდაცვის

პროფესიონალიზმის აუცილებელი პრინციპი“.²¹ პროფესიული კლინიკური დამოუკიდებლობის შენარჩუნება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საპატიმროებისა და ციხეების პირობებში. ციხის ადმინისტრაციის მხრიდან კლინიკურ დამოუკიდებლობაში ჩარევის რისკი უფრო მეტია, თუ ჯანდაცვა უშუალოდ ექვემდებარება ადმინისტრაციას, განსაკუთრებით, სამხედრო იერარქიულ სტრუქტურებში. ჯანდაცვის სპეციალისტები, რომლებიც პარალელურად მუშაობენ ციხესა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებაში, მეტად ინარჩუნებენ პროფესიული დამოუკიდებლობის გრძობას. რაც მეტად თანამშრომლობენ და მეთვალყურეობენ პროცესს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოები, მით დაბალია კლინიკურ დამოუკიდებლობაში შეუსაბამო ჩარევის რისკი ციხის ადმინისტრაციის მხრიდან.²² სამედიცინო პერსონალის კლინიკური დამოუკიდებლობის ხარისხის გაზრდა ერთ-ერთი მიზეზი გახდა იმისა, რომ ციხის ჯანდაცვა ციხის ადმინისტრაციიდან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადმინისტრაციას გადაეცა. ქვეყნები, რომლებმაც ციხის ჯანდაცვის მართვა ციხის ადმინისტრაციიდან ჯანდაცვის სამინისტროებსა ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებში გადაიტანეს, ჯანდაცვის სპეციალისტების პროფესიული დამოუკიდებლობის ზრდას აღნიშნავენ.²³

ზ. პროფესიულ კომპეტენტურობას და კლინიკურ უნარ-ჩვევებს, რომლებიც საჭიროა ციხეში ხარისხიანი ჯანდაცვის უზრუნველსაყოფად, სათანადოდ არ აფასებენ არც არაპროფესიონალები, არც კოლეგები. პირველადი ჯანდა-

21. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია. სეულის დეკლარაცია პროფესიული ავტონომიისა და კლინიკური დამოუკიდებლობის შესახებ, 2008. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>
22. პონტ ი., ენგისტ სტ., სტოვერ ჰ., ვილიამს ბ., გრიფინგერ რ., ვოლფ ჰ., ციხის ჯანდაცვის მართვა: კლინიკური დამოუკიდებლობის გარანტია. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ამერიკული ჟურნალი (2018) 108(4) 472-476.
23. ჰეიტონი ჰ., გათერერი ა., ფრეიზერი ა., პაციენტი თუ პატიმარი: აქვს მნიშვნელობა იმას, თუ რომელი სამინისტროა პატიმართა ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებელი? ქსელური სხდომის საინფორმაციო დოკუმენტი, კოპენჰაგენი; ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ევროპის რეგიონული ოფისი, EUR/10/05, 2010 წლის ოქტომბერი.

ცვის დონეზე ზოგადი ექიმის, ოჯახის ექიმისა ან ექთნისთვის საკმარისი სრული კომპეტენტურობის გარდა, დაწესებულებაში დამატებით საჭიროა ციხის სამედიცინო ეთიკის ღრმა ცოდნა, ციხეში გავრცელებული ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემების ცოდნა, როგორცაა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევები, ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება და გადამდები დაავადებები; არანაკლებ მნიშვნელოვანია ძალადობის ფაქტების შეტყობინება, დოკუმენტირება და პროფესიული სკრინინგი.

ციხეში დასაქმებულმა ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა მიიღონ იგივე სერტიფიცირებული უწყვეტი სამედიცინო განათლება (CME), რაც მათმა კოლეგებმა, რომლებიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში მუშაობენ; პროფესიული ტრენინგის და უწყვეტი სამედიცინო განათლების, აგრეთვე ციხის ჯანდაცვის სპეციალისტების აკრედიტაციისა და ლიცენზირების უზრუნველსაყოფად აუცილებელია მჭიდრო თანამშრომლობა და ინტეგრაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებთან.

ციხის ჯანდაცვის ორგანიზაციის და მართვის სტრუქტურები ევროპის საქონს წავრ სახელმწიფოებში

ბოლო წლებში, რიგ წევრ სახელმწიფოებში შეიცვალა ციხის ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებთან თანამშრომლობის ხარისხი სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია. ზოგან ციხის ჯანდაცვის მართვაზე პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სამინისტროს დაეკისრა, ზოგან კი - იუსტიციის სამინისტროს ცალკე განყოფილებას, ხოლო რამდენიმე ქვეყანაში ციხის ჯანდაცვის უზრუნველყოფაზე მთლიანად ციხის ადმინისტრაცია არის პასუხისმგებელი. ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოებში ასეთი განსხვავებული მიდგომები ასევე აისახა პასუხებში კითხვარზე, რომელიც ევროსაბჭომ 2015 წელს გაუგზავნა თავის წევრ სახელმწიფოთა შესაბამის ინსტიტუტებს სისხლისსამართლებრივ პრობლემათა ევროპული კომიტეტის (CDPC) წევრების მეშვეობით. კითხვარი 47 წევრი ქვეყნიდან 34-მა ქვეყანამ შეავსო, რაც 49 პენიტენციურ სისტემას მოიცავს (მათ შორის, პროვინციებსა და კანტონებში). ამდენად, შეგროვებული ინფორმაცია მხოლოდ ზოგადად მიმოიხილავს შესაბამისი ინსტიტუტების სხვადასხვა სტრუქტურულ მოდელს, ცვლილებებს, ხარვეზებსა და გამოწვევებს.

გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ციხის ჯანდაცვასთან დაკავშირებული **საბიუჯეტო** სტრუქტურები წევრ სახელმწიფოებში მნიშვნელოვნად განსხვავებულია: ან სრულად უზრუნველყოფს პენიტენციურ სისტემაზე პასუხისმგებელი სამინისტრო (ციხის საე-

როთო ბიუჯეტში გათვალისწინებული ან (ცალკე გამოყოფილი), ან - ნაწილობრივ სამინისტრო და ნაწილობრივ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტები, დიაპაზონით 3%-დან 96.5%-მდე. ერთ-ერთ წევრ სახელმწიფოში ჯანდაცვის სამინისტრომ დაფარა ჯანდაცვის მომსახურების ხარჯები სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული პროგრამების ფარგლებში (როგორცაა: ონკოლოგია, ტუბერკულოზი, აივ / 'შიდსი). სხვაგან მხარდაჭერას უზრუნველყოფდა აივ და ტუბერკულოზის გლობალური ფონდი. ოთხ ქვეყანაში ციხის ჯანდაცვას მთლიანად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტები აფინანსებდნენ.

ინსტიტუციურ და ცენტრალურ ადმინისტრაციულ დონეზე ჯანდაცვის ბიუჯეტის გამოყოფა ციხის ბიუჯეტიდან მკაცრად არის რეკომენდებული, რათა ხელი შეეწყოს ჯანდაცვის საჭიროებათა უკეთეს მართვას, ციხის სხვა ფინანსური მოთხოვნებისგან განცალკევებით.

პატიმრობაში მყოფი პირებისთვის **ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა** დაწესდა მხოლოდ ზოგიერთ წევრ სახელმწიფოში. რამდენიმე სხვა ქვეყანაში პატიმრები თავისუფლების აღკვეთამდე ხელმოწერილი სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევით სარგებლობდნენ, ან საკუთარი ჯიბიდან უწევდათ სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფარვა.

საერთაშორისო სტანდარტების თანახმად,^{24, 25} აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა უფასო უნდა იყოს.

ციხის ჯანდაცვისთვის **ერთ სულ მოსახლეზე დახარჯული ჯამური თანხა** შეადგენდა 85 ევროდან 9205 ევრომდე, საშუალოდ 801 ევროს. ეს ძალზედ ფართო დიაპაზონი ყურადღებით უნდა განიმარტოს, რადგან იგი ასახავს არა მხოლოდ წევრი სახელმწიფოების განსხვავებულ ფინანსურ მდგომარეობას, არამედ ადმინისტრაციების სტრუქტურებსა და ეფექტიანობას.

24. პატიმრებთან მოპყრობის შესახებ გაეროს მინიმალური სტანდარტული წესები (ნელსონ მანდელას წესები): www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

25. კომენტარი ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაზე R(2006)2 წევრი სახელმწიფოებისთვის ევროპული ციხის წესების თაობაზე: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=090001680795966

ზოგიერთ შემთხვევაში, ციხის ან დაკავების იზოლაციის მართვაში **მართვა** გადაეცა კომერციულ კერძო კომპანიებს, ან კომერციულ კომპანიებს გადაეცა სახელმწიფოს მართვაში არსებული ციხის ჯანდაცვის სამსახურები.

მნიშვნელოვნად განსხვავებულია ასევე ჯანდაცვის სპეციალისტთა **დასაქმების** პრაქტიკა: ქვეყნების უმეტესობაში მუშაობს სამოქალაქო პერსონალი, როგორც საჯარო მოსამსახურეები, ასევე კერძო კონტრაქტით აყვანილი თანამშრომლები, ხოლო ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვის პერსონალი მთლიანად ან ნაწილობრივ ინტეგრირებულია ციხის პერსონალთან. სრულ და ნახევარ განაკვეთზე დასაქმებული ჯანდაცვის პერსონალის ხელფასი, რომელსაც შესაბამისი სამინისტრო ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებები იხდის, ზოგან საზოგადოებრივ დაწესებულებებში არსებულ ხელფასს უტოლდება, ზოგან კი უფრო მაღალი ან დაბალია.

ასევე მნიშვნელოვნად განსხვავდება ციხის ჯანდაცვის მენეჯმენტის **თანამშრომლობა/თანამოქმედება** საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებთან: ზოგიერთმა ქვეყანამ აღნიშნა თანამშრომლობა ჯანდაცვის სამინისტროსთან/საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებთან ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა ჰიგიენის, საკვების, საცხოვრებელი პირობების და სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმება, ციხეში სამედიცინო მომსახურების ლიცენზირება/სერტიფიცირება და გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკა. ზოგიერთმა ქვეყანამ განაცხადა, რომ შეიმუშავა და გამოსცა ციხის ჯანდაცვის ეროვნული სტანდარტები და/ან სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები (SOP), როგორც ეროვნული სახელმძღვანელო მითითებები არსებული ჯანდაცვის სერვისების მართვისა და ციხის ჯანდაცვის სამომავლო სტრუქტურული და მართვის პროცესების შესახებ.²⁶

ყველა ქვეყანაში, რომლებმაც უპასუხეს კითხვარს, **პირველადი სამედიცინო დახმარება** მიეწოდებათ ციხესა და პენიტენციურ დაწესებულებებში, ხოლო სტაციონარული მომსახურება - მხოლოდ სამოქალაქო საავადმყოფოებში ან როგორც ციხის საავად-

26. მაგალითად, სამედიცინო მომსახურების სტანდარტები და სამედიცინო მომსახურების დამატებითი სტანდარტები სპეციალური საჭიროების მქონე პირებისთვის საქართველოს პენიტენციურ დაწესებულებებში.

დმყოფოებში, ისე სამოქალაქო დაწესებულებებში.

ზოგიერთ ქვეყანაში **ჯანდაცვის მართვის დოკუმენტაციის** წარმოება, სამედიცინო ჩანაწერების ჩათვლით, ყველა ციხეში ელექტრონული პროგრამით მიმდინარეობს, ზოგან ელექტრონული პროგრამა მხოლოდ რამდენიმე ციხეშია დანერგილი, ყველა დანარჩენი ქვეყნის ციხეებში კი ასეთ პროგრამას საერთოდ არ იყენებენ.

ადრე შეგროვებული მონაცემების **2017 წლის განახლება**²⁷ აჩვენა, რომ ოდნავ გაიზარდა წვერი სახელმწიფოების რაოდენობა, სადაც ციხის ჯანდაცვა მთლიანად ექვემდებარება ჯანდაცვის სამინისტროს ან/და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებს; არ შეცვლილა იმ ქვეყნების რიცხვი, სადაც ციხის ჯანდაცვაზე პასუხისმგებლობა ჯანმრთელობის ორგანოებს ნაწილობრივ ან რეგიონულ დონეზე ეკისრებათ ან ამგვარი პასუხისმგებლობის აღების პროცესში არიან; ხოლო იმ სახელმწიფოთა რიცხვი, სადაც ციხის ჯანდაცვის მართვა მთლიანად ექვემდებარება პენიტენციურ სისტემაზე პასუხისმგებელ სამინისტროს - ანუ იუსტიციის, სასჯელაღსრულების ან შინაგან საქმეთა სამინისტროებს - შემცირდა.

ციხის ადმინისტრაციისგან ჯანდაცვის პერსონალისა და მართვის მეტი დამოუკიდებლობისათვის, რამდენიმე წევრმა სახელმწიფომ შექმნა სამედიცინო დეპარტამენტები უშუალოდ შესაბამის სამინისტროში ან პარლამენტის უშუალო კონტროლის ქვეშ. მმართველობის ასეთი ნიმუში ჯანდაცვის დამოუკიდებელი ბიუჯეტირების საშუალებას იძლევა, ციხეში არსებული სხვა ფინანსური მოთხოვნებისგან ცალკე.

ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოებში არსებული მრავალფეროვანი მმართველობის სტრუქტურისა და ციხის ჯანდაცვის მართვის პირობებში ჩნდება კითხვა - რომელი მათგანი იქნებოდა საუკეთესო პრაქტიკის ჯანდაცვის ხარისხისა და ეფექტიანობის თვალსაზრისით? ამ დროისთვის ამ კითხვაზე ზუსტი პასუხის გაცემა გაჭირდება, რადგან ქვეყნების უმეტესობაში არ არსებობს სისტემურად შეგროვებული მონაცემები, არც საერთაშორისო დონეზე

27. ევროპის საბჭო, მრავალმხრივი შეხვედრა ციხის ჯანდაცვის ორგანიზებისა და მართვის თაობაზე, სტრასბურგი, 2017 წლის 12-13 ოქტომბერი. სისხლის სამართლის სფეროში თანამშრომლობის განყოფილება: <https://www.coe.int/en/web/criminal-law-coop>

მოქმედი ჯანდაცვის ეფექტურობის მაჩვენებლები, რაც მოგვცემდა შედარებითი კვლევების ჩატარების საშუალებას, თუმცა ეროვნულ დონეზე ასეთი მაჩვენებლები უკვე შემუშავებულია.²⁸

ბოლო სამი ათწლეულის მანძილზე მსოფლიოში მუდმივად იზრდებოდა ქვეყნების რიცხვი, რომლებმაც ციხის ჯანდაცვის მართვა ჯანდაცვის სამინისტროებს ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებს გადააბარეს. ჯანმო და გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიურო (UNODC) მტკიცედ უჭერენ მხარს ასეთ განვითარებას და ხაზგასმით აღნიშნავენ, რომ „ჯანდაცვის სამინისტროებმა უნდა აიღონ პასუხისმგებლობა ციხეებში სამედიცინო მომსახურებაზე; მხარი დაუჭირონ დაწესებულებაში ჯანსაღი პირობების შექმნას, რაც დაეფუძნება ეკვივალენტურ ჯანდაცვას, ციხისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტეგრირებასა და სამედიცინო მუშაკთა ციხის ხელმძღვანელობისგან დამოუკიდებლობას“.²⁹ ქვეყნები, რომლებმაც ციხის ჯანდაცვის მართვა ჯანდაცვის სამინისტროებს ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებს გადასცეს, აღნიშნავენ მედიცინის სპეციალისტთა პროფესიული დამოუკიდებლობის ზრდას³⁰ და ჯანდაცვის გაუმჯობესებულ ხარისხს (მიუხედავად იმისა, რომ მტკიცებულებები ჯერ ნაკლებია).³¹ ამასთან, ჯანმო

-
28. კინტი, კიმბერლი ე., „ციხის ჯანდაცვის ხარისხის კრიტერიუმები“ (2013). მეცნიერთა არქივი. ინგლისის საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ჯანდაცვის და მართლმსაჯულების სისტემების ყოველწლიური მიმოხილვა 2016/17
 29. WHO/UNODC: ციხის ჯანდაცვის სწორი მართვა 21-ე საუკუნეში. ანალიტიკური ნარკვევი ციხის ჯანდაცვის ორგანიზების შესახებ: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/
 30. ჰეიტონი პ., გათეტერი ა., ფრეიზერი ა., პაციენტი თუ პატიმარი: აქვს მნიშვნელობა იმას, თუ რომელი სამინისტროა პასუხისმგებელი პატიმართა ჯანმრთელობაზე? ქსელური სხდომის საინფორმაციო დოკუმენტი, კოპენჰაგენი; ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ევროპის რეგიონული ოფისი, EUR/10/05, 2010 წლის ოქტომბერი.
 31. ინგლისის საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. პატიმრობაში მყოფ პირთა ჯანმრთელობაზე შემოქმედების ფაქტების ოპერატიული მიმოხილვა, ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის (NHS) დავალებით, სამომავლო სამედიცინო ჩარევების შესახებ ინფორმირების და ინგლისში არსებული პრობორიტეტების განსაზღვრის მიზნით. ლიმანი ჯ., რიჩარდსი ა., ემსლი ლ. და ო'მარი ეჯ.: ციხეებში ჯანმრთელობის გაუმჯობესება - ფაქტებიდან განხორციელებამდე - დიდი ბრიტანეთის გამოცდილება. პატიმართა ჯანმრთელობის საერთაშორისო ჟურნალი 13: 2017, 139-147.

და გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიურომ (UNODC) განმარტეს, რომ „ციხის ჯანდაცვის გადაყვანა ჯანდაცვის სამინისტროების იურისდიქციაში ხანგრძლივი პროცესია.“ ზოგადად, ქვეყნებს ამ პროცესის დასასრულებლად ათწლეულზე მეტი დასჭირდათ. „წარმატებისა და პატიმრობაში მყოფ პირთა ჯანმრთელობის რისკების თავიდან აცილებისთვის საჭიროა მთავრობის პოლიტიკური ნება, ხელმძღვანელობისა და პერსონალის სრული კომუნიკაცია ყველა დონეზე, პრაქტიკული ნაბიჯების დაგეგმვა და განხორციელება, აგრეთვე, ყველა საბიუჯეტო საკითხისა და დაფინანსების გადაცემა.“³²

ზოგიერთმა ქვეყანამ, რომელიც აღნიშნული გადასვლის პროცესშია, მიუთითა სირთულეებზეც ან აღნიშნა შესაძლო უარყოფითი შედეგები, როგორიცაა: ციხეებსა და იმ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უწყებებს შორის უთანხმოების პოტენციური შესაძლებლობა, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებას აწვდიან პენიტენციურ სისტემაში; ციხის სამედიცინო მომსახურების მოჩვენებითი და არა რეალური ორგანიზაციული ცვლილება; უსაფრთხოების სამსახურის თანამშრომლებსა და ჯანდაცვის პერსონალს შორის არასაკმარისი კოორდინაცია და თანამშრომლობა; პატიმრებზე ზრუნვის უწყვეტობის რისკი, თუ პირველად ჯანდაცვას უზრუნველყოფს რეგიონული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულების მორიგე სამედიცინო პერსონალი; ციხის პერსონალის შემფოთება, რომ მას რეპრესიული როლი ენიჭება და პატიმრებზე კონტროლს კარგავს; ჯანდაცვის სპეციალისტთა შემფოთება, რომ ვალდებულებები და დატვირთვა დაემატათ და საქმე აქვთ უცნობი კატეგორიის პაციენტებთან; წუხილი იმაზე, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებში პატიმრები ნაკლები ხარისხის მომსახურებას მიიღებენ, ვიდრე საზოგადოების სხვა წევრები.³³

32. WHO/UNODC: ციხის ჯანდაცვის სწორი მართვა 21-ე საუკუნეში. ანალიტიკური ნარკვევი ციხის ჯანდაცვის ორგანიზების შესახებ: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

33. პალუმბო რ., ანარუმა ს., აღინოლი პ., პენიტენციურ სისტემაში მიმდინარე ცვლილებები: სინამდვილის დაფარვა თუ პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის ახალი რეკვიზიტი? Studi Organizzativi 2:17-43, 2018 DOI 10.3280/SO2017-0020021.; დუბუა ს., ლინშიე ს., მაჰუ ს., რინერი ჯ-ფ., სერონი პ. ჯანდაცვის ორგანიზების მოდელეები ოთხი ქვეყნის ციხეებში. ჯანდაცვის მომსახურების კვლევა (HSR) ბრიუსელი: ბელგიის ჯანდაცვის სფეროში ცოდნის ცენტრი (KCE). 2017. KCE ანგარიშები 293. D / 2017 / 10.273/ 69.

ზოგიერთმა ქვეყანამ განიხილა ან დაგეგმა ციხის ჯანდაცვის სამსახურების პასუხისმგებლობისა და მართვის გადაცემა იუსტიციის სამინისტროდან ჯანდაცვის სამინისტროსთვის/ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებისთვის, მაგრამ ამ პროცესის დასრულება ჯერ ვერ მოხერხდა, ძირითადად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოების არასაკმარისად მომზადების გამო.

პატიმართა ჯანმრთელობის დაცვის განსხვავებული ორგანიზაციული და მართვის სტრუქტურების მიუხედავად, სრული შეთანხმებაა ერთ საკითხზე ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის ზემოხსენებულ რეკომენდაციებში, პატიმრებთან მოპყრობის შესახებ გაეროს განახლებულ მინიმალურ სტანდარტულ წესებსა (ნელსონ მანდელას წესები)³⁴ და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დეკლარაციებში, რომ პატიმრობაში მყოფ პირთა ჯანმრთელობის დაცვა მთელი სახელმწიფოს პასუხისმგებლობაა და ის რაც შეიძლება მჭიდროდ უნდა უკავშირდებოდეს, უთავსდებოდეს და ეთანადებოდეს ეროვნულ პოლიტიკას.

34. პატიმრებთან მოპყრობის შესახებ გაეროს მინიმალური სტანდარტული წესები (ნელსონ მანდელას წესები): www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

საქართველოს თანამშრომლობა

პატიმართა ჯანმრთელობის დაცვა მთელი სახელმწიფოს პასუხისმგებლობაა, ხოლო ჯანდაცვა აუცილებლად მოიცავს სხვადასხვა სექტორის მონაწილეებს. ამდენად, ჯეროვანი თანამშრომლობისათვის, ეროვნულ თუ ადგილობრივ დონეზე, არსებითი მთავრობის უმაღლესი ემელონების ხელმძღვანელობა და პასუხისმგებლობა, აგრეთვე სათანადო მექანიზმების დანერგვა (ზოგიერთ სახელმწიფოში პასუხისმგებლობა შეიძლება გადანაწილდეს რეგიონულ დონეზე, როგორცაა პროვინციები და კანტონები). ჯანდაცვის სამსახურის ერთი ადმინისტრაციიდან მეორესთვის გადაცემას რესურსების განაწილება და გადაცემაც ახლავს, რაც ხშირად სადავო საკითხი ხდება, ამიტომ სექტორთაშორისი თანამშრომლობის მექანიზმის ნაწილი ფინანსთა სამინისტროც უნდა იყოს.

არსებული რესურსების ოპტიმალური გამოყენების, დამატებით საჭიროებათა განსაზღვრის და ეფექტიანი თანამშრომლობის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი მექანიზმი იქნება პრემიერ-მინისტრის აპარატის დაქვემდებარებაში არსებული უწყებათაშორისი საკოორდინაციო კომიტეტი.

მიუხედავად იმისა, თუ რომელ უწყებას ეკისრება ჯანდაცვის უზრუნველყოფის პასუხისმგებლობა - ჯანდაცვის სამინისტროს თუ ციხის ადმინისტრაციას, ამ საკითხზე პასუხისმგებლობა მაინც ორივე ორგანომ უნდა აიღოს. ჩართულია სხვა სექტორებიც, მაგალითად, პოლიცია, რომელსაც ხშირად ევალება პატიმ-

რების გადაყვანა საავადმყოფოებში და უსაფრთხოების დაცვა კონსულტაციების დროს.

პოლიციის რესურსის გათვალისწინებით, უპირატესობა აშკარად მიენიჭება სპეციალისტთა კონსულტაციების უზრუნველყოფას ციხეში. ეს შეამცირებს საავადმყოფოებში გადაყვანისას პოლიციის ესკორტის საჭიროებას. თუმცა, ასეთი კონსულტაციების მოწყობა მოითხოვს სხვა სექტორის რესურსებს, რაც გულისხმობს სპეციალისტების დაქირავებას და საკონსულტაციო ოთახების აღჭურვას, მაგალითად, ოფთალმოლოგიური, ყელ-ყურ-ცხვირის ან გინეკოლოგიური გამოკვლევების ჩასატარებლად. ანალოგიურად, ციხის ჯანდაცვის სამსახურში რადიოლოგიური და ულტრაბგერითი (ექოგრაფიული) აპარატურის ქონის უპირატესობა აშკარაა, მაგრამ ეს ინვესტიციას და მომზადებულ პერსონალს მოითხოვს.

ადგილობრივ დონეზე ასევე უნდა არსებობდეს კომუნიკაციის არხები და დავების გადაჭრის მექანიზმები. საავადმყოფოს ხელმძღვანელობამ უნდა აღიაროს პატიმართა საჭიროებები და პატივი სცეს ციხეში მომუშავე ექიმების ავტორიტეტს. პაციენტის მოვლა ყველა სპეციალისტს უნდა ევალუბოდეს, რაც გამოარიცხავს დაბრკოლებებსა და წინააღმდეგობებს, რომლებიც ქირურგიულ ოპერაციებს და სხვა სამკურნალო პროცედურებს აფერხებს. პატიმრებს რეალური წვდომა უნდა ჰქონდეთ ჯანდაცვის სრულ სპექტრზე, რომელიც ფართო საზოგადოებისთვის არის ხელმისაწვდომი, მათ შორის, ყველაზე თანამედროვე და ძვირადღირებულზე: გამოსახულების თანამედროვე აპარატურა, როგორცაა კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, ავთვისებიანი სიმსივნის შემთხვევაში, ქიმიოთერაპია და სხივური თერაპია, კარდიოქირურგია, ნეიროქირურგია და ტრანსპლანტაცია.

პრაქტიკულ დონეზე, უნდა არსებობდეს აუცილებელი ინფრასტრუქტურა, რომელიც შესაძლებელს გახდის აღნიშნული გამოკვლევების და მკურნალობის ჩატარებას, პატიმრის პირადი ცხოვრების პატივისცემის გათვალისწინებით. ეს უნდა მოიცავდეს წინასწარ დაგეგმვას და ინვესტიციებს საავადმყოფოს ხელმძღვანელობის, ციხის ხელმძღვანელობისა და პოლიციის მო-

ნაწილეობით. გამოსავლის ძიება კონკრეტული საჭიროებისას თითქმის ყოველთვის ნაკლებად ოპტიმალური გადაწყვეტილების მიღებას განაპირობებს.

ამასთან, პატიმრების ჯანმრთელობის დაცვის პასუხისმგებლობის განაწილების შემთხვევაში, საჭირო იქნება წინასწარი დაგეგმვა და სექტორთაშორისი თანამშრომლობა.

პატიმრობაში გეოგრაფიული პოზიციის

გავლენა: მთლიანად

სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა

სახელმწიფო ადამიანის ზრუნვაზე განსაკუთრებულ პასუხისმგებლობას იღებს, როცა მას თავისუფლებას ართმევს. თავისუფლება აღკვეთილ პირებს სხვა ალტერნატივა არ გააჩნიათ, გარდა იმედის, რომ ხელისუფლება დაიცავს და ხელს შეუწყობს მათ ჯანმრთელობას. ჯანმრთელობის უფლების დასაცავად, საერთაშორისო სამართალი სახელმწიფოს აკისრებს ვალდებულებას, იზრუნოს როგორც პატიმართა საცხოვრებელ პირობებზე, ისე ინდივიდუალურ მკურნალობაზე, აუცილებლობის შემთხვევაში.³⁵ მთავრობის ვალდებულება, უზრუნველყოს სათანადო სამედიცინო დახმარება პატიმრობაში მყოფი პირებისთვის, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს არა მხოლოდ პატიმრებსა და ციხის ადმინისტრაციებზე, არამედ მთელი ქვეყნის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაზე.³⁶ შესაბამისად, ციხის ჯანდაცვის საზოგადოებ-

35. გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია: საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა შესახებ, მე-12 მუხლი: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>; გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტი (CESCR), ზოგადი კომენტარი No. 14: უფლება ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლეს მიღწევად სტანდარტზე (პაქტის მე-12 მუხლი), 11 2000 წლის აგვისტო, E/C.12/2000/4: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

36. ჯანმო (WHO) მოსკოვის დეკლარაცია: ციხის ჯანდაცვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შემადგენელი ნაწილია. <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>

რივი ჯანდაცვის სტრუქტურებთან მჭიდრო თანამშრომლობისა და ინტეგრაციის აუცილებლობა აღნიშნული გავლენის შედეგია.

ციხის ჯანდაცვის მართვისა და ადმინისტრირების თვალსაზრისით, სახელმწიფო ვალდებულია, ხალო მთავრობა და პარლამენტი პირდაპირ ანგარიშვალდებული, უზრუნველყონ პატიმრობაში მყოფ პირთა სათანადო ჯანდაცვა.

ამ კონცეფციის საფუძველზე, როგორც კარგი პოლიტიკის მაგალითი, რამდენიმე წევრმა სახელმწიფომ სამედიცინო დეპარტამენტები უშუალოდ შესაბამის სამინისტროს დაუქვემდებარა და არა ციხის ადმინისტრაციებს. ასეთი სტრუქტურა ხელს უშლის იმასაც, რომ პატიმრობაში მყოფი პირების არასათანადო ჯანდაცვა ციხეების ან ციხის ადმინისტრაციების ფინანსური შეზღუდვებით თუ რესურსების ნაკლებობით აიხსნას. ევროპული ციხის წესების ერთ-ერთი ძირითადი პრინციპის თანახმად, „ციხის პირობები, რომლებიც არღვევს პატიმართა ადამიანის უფლებებს, არ არის გამართლებული რესურსების ნაკლებობით.“³⁷ CPT ხაზს უსვამს იმასაც, რომ „ის აცნობიერებს ეკონომიკურ სირთულეებს, რომლებიც კომიტეტის მიერ მონახულეზულ რიგ ქვეყნებში აღინიშნება, რის გამოც ზოგჯერ მსხვერპლის გაღებაა საჭირო, მათ შორის, ციხეებშიც. თუმცა, არსებული სირთულეების მიუხედავად, ადამიანის თავისუფლების აღკვეთის აქტი ყოველთვის გულისხმობს ზრუნვის მოვალეობას, რომელიც პროფილაქტიკის, შემოწმების და მკურნალობის ქმედით მეთოდებს ითვალისწინებს.“³⁸

37. ევროპული ციხის წესები 2006, ევროპის საბჭო, წესი 2: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

38. ევროპის საბჭო. CPT-ის სტანდარტები: CPT-ის ზოგადი ანგარიშების ძირითადი ნაწილები, ამონარიდი მე-3 ზოგადი ანგარიშიდან, 1993. <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

სიხა: პათოგენური გარემო და ჯანმრთელობის გუბერნანსის შესაძლებლობა

ცხე არის პარადიგმა, რომელსაც სოციოლოგებმა გოფმანმა და ფუკომ „ტოტალური ინსტიტუტი“ უწოდეს,³⁹ ანუ გარე საზოგადოებას მოწყვეტილი დახურული გარემო, იერარქიული სტრუქტურებით ცხოვრების ყველა ასპექტში და მოქცეული ერთ სივრცეში, რეპრესიული და ბიუროკრატიული რეჟიმით, მკაცრი დისციპლინითა და მუდმივი ზედამხედველობით, რაც აქვებს ძალადობრივ სუბკულტურას; ასევე, პატიმრები, რომლებსაც თითქმის არ გააჩნიათ ინდივიდუალური პასუხისმგებლობა და არ აქვთ სოციალური კავშირები, რესურსები, პირადი ცხოვრება, სტიმული, არჩევანი და ავტონომია. ეს მახასიათებლები სრულიად ეწინააღმდეგება იმას, რასაც ჯანმო ჯანმრთელობის ხელშემწყობ გარემოდ მიიჩნევს.⁴⁰ აღნიშნული ფაქტორები განსაკუთრებით უარყოფითად მოქმედებენ ფსიქო-სოციალურ კეთილდღეობაზე და აუარესებენ ასეთ გარემოში მცხოვრებ პირთა ფსიქო-სოციალურ და ფსიქიკურ აშლილობებს. ეს ძალიან შემამფოთებელია, რადგან საერთაშორისო

39. გოფმანი, ერვინგი (1961). ფსიქიატრიული სავადმყოფოები: ნარკვევები ფსიქიკური დაავადებების მქონე პაციენტების და სხვა თავისუფლებაალკვეთილ პირთა სოციალური მდგომარეობის შესახებ. Anchor Books Foucault Michel (1975), *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard

40. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, ოტავას ჯანმრთელობის ხელშემწყობის ქარტია: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

დონეზე შეგროვებული მონაცემებით,⁴¹ პათიმრობაში მყოფ პირთა დაახლოებით 70%-ს ფსიქიკური აშლილობა აღენიშნება. ციხეებში გარდაცვალების მთავარი მიზეზი თვითმკვლელობაა, რომელიც სიკვდილიანობის დაახლოებით ნახევარს შეადგენს.⁴²

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გარდა, ციხესა და სხვა პენიტენციურ დაწესებულებებში არსებობს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა სირთულეებიც, როგორცაა: ძალადობა, ნარკომანია და ინფექციური დაავადებები, ტუბერკულოზი, B და C ვირუსული ჰეპატიტი (HBV, HCV) და აივ ინფექცია. მსოფლიოს მასშტაბით, აივ, B და C ვირუსული ჰეპატიტი, ტუბერკულოზი და ტუბერკულოზის/აივ-ის თანმხლები ინფექციები უფრო ფართოდ არის გავრცელებული პათიმრებში, ვიდრე საზოგადოებაში, განსაკუთრებით საინექციო ნარკოტიკების მომხმარებელ პათიმრებში. ამას განაპირობებს საზოგადოების ნაკლებად უზრუნველყოფილი ფენიდან ადამიანების დაპათიმრების არაპროპორციულად მაღალი მაჩვენებელი და იმ პირთა მასობრივი დაპათიმრება, რომლებიც საინექციო ნარკოტიკულ საშუალებებს მოიხმარენ.⁴³

ციხეში შეზღუდული საცხოვრებელი სივრცე, პათიმართა რისკის შემცველი ქცევა და პრევენციის ან ზიანის შემცირების არასაკმარისი ზომები ხელს უწყობს ინფექციების გავრცელებას, რაც იწვევს ინფექციური დაავადებების ეპიდემიურ აფეთქებას. ეს კი ზიანს აყენებს როგორც პათიმრებს, ისე ციხის თანამშრომლებს, ნათესავებსა და საზოგადოებას, ციხიდან გამოსვლის შემდეგ. ბოლოდროინდელი ყოვლისმომცველი გლობალური გამოკვლევისა და პრევენციული ღონისძიებების ანალიზის თანახმად, ამ ინფექციების კონტროლის ყველაზე ეფექტიანი გზაა საინექციო ნარკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობის შემცირება ციხეში და მათ მიმართ ისეთი სანქციების გამოყენება, რომლებიც თავისუფლების აღკვეთას არ გულისხმობს.⁴⁴

41. ფაზელი ს., დანეში ჯ., სერიოზული ფსიქიკური აშლილობა 23 000 პათიმარში: 62 კვლევის სისტემატური მიმოხილვა. ლანცეტი 2002; 359: 545-50.
42. ფაზელი ს., ბაილარგეინ ჯ., პათიმართა ჯანმრთელობა. ლანცეტი 2011; 377: 956-65
43. დოლანი კ., ვირცი ალ., მოაზენი ბ. და სხვ., აივ ინფექციის, ვირუსული ჰეპატიტისა და ტუბერკულოზის გლობალური ტვირთი პათიმრებსა და დაკავებულ პირებს შორის. ლანცეტი (2016) 388:1089-1102
44. იხ. კომენტარი 43.

თუმცა, შესაძლებელია, თავისუფლებააღკვეთილ პირებს შესთავაზონ ჯანმრთელობის გაუმჯობესებელი დაცვა, განსაკუთრებით მათ, ვისთვისაც პატიმრობამდე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურება არ იყო ხელმისაწვდომი. ზოგიერთი მათგანისთვის, სამედიცინო შემოწმება ციხეში მოთავსებისას შეიძლება იყოს ყოველმხრივი სამედიცინო გამოკვლევის პირველი შესაძლებლობა, რომელიც მოიცავს ფსიქიკური და/ან ფიზიკური ჯანმრთელობის დარღვევების გამოვლენას, დიაგნოზს და მკურნალობას. პირებისთვის, რომლებიც ქაოტურ ცხოვრებას ეწეოდნენ, განსაკუთრებით, ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პაციენტებს, იძულებით კონტროლირებადი და სტრუქტურირებული ყოველდღიური ცხოვრება პირველად აძლევს შესაძლებლობას, გაიგონ მეტი სიჯანსაღის შესახებ, გაიმაგრონ ჯანმრთელობა, მიმართონ პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს (როგორიცაა ვაქცინაცია და ტრენინგი) და გამოიყენონ ზიანის შემცირების მეთოდები.

ინდივიდუალური ჯანდაცვის შესაძლებლობათა გარდა, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, როგორც ციხის პოლიტიკის ნაწილი, უზრუნველყოფს ციხეში მცხოვრები და მომუშავე ყველა ადამიანის ჯანმრთელობას, არსებული რესურსების გამოყენებით⁴⁵ და ამცირებს ჯანმრთელობის რისკებს ციხის გარემოში. საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან მიმართებით ციხის ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი როლის აღიარება და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პოლიტიკის გატარება საჭიროებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოების მხარდაჭერას. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ციხეში მოიცავს არა მხოლოდ ჯანმრთელობის სწავლებას (სასურველია ჯგუფური ურთიერთსწავლების მეთოდის გამოყენებით), დაავადებათა პრევენციას და ზიანის შემცირებას, არამედ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობას. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კონკრეტული პოლიტიკის მაგალითებია: სტრესის შემცირება პირადი დახმარების გაწევით, თავისუფლების აღკვეთასთან შეგუების უნარის გაზრდა და სუიციდის პრევენცია, უსაფრთხოების გარანტია და სუფთა, ჰიგიენური გარემო,

45. ჯანმო, ევოპა: ციხეები და ჯანდაცვა, 2014. ჯანდაცვის ხელშეწყობა ციხეში: კომპლექსური მიდგომა გვ. 180-184: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>; ჯანმო, ოტავას ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ქარტია: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

წესიერების და პატივისცემის ატმოსფეროს შექმნა, შრომის დაფასება, ცოდნისა და კომპეტენტურობის გაუმჯობესება; შემოქმედებითი უნარის მხარდაჭერა, განათლება და დასვენება, გარე სამყაროსთან კონტაქტების გაზრდა, პირადი ცხოვრების დაცვა და მრავალფეროვანი არჩევანის არსებობა.

ციხეში ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ამგვარი პოლიტიკის უფრო კონკრეტული უპირატესობებია:

- ▶ **პატიმრობაში მყოფი პირებისთვის:** ემოციური და ფიზიკური კეთილდღეობის, დაძლევის უნარის, ნდობის და სოციალური უნარების, დროის სწორად გამოყენების და მომავლის რეალისტურად დაგეგმვის უნარის გაზრდა; სოციალური ინკლუზია და რეაბილიტაციის უკეთესი პერსპექტივები; უკვე გამოცდილი ფსიქიკური აშლილობის ან ფიზიკური და ფსიქიკური აშლილობის განვითარების ალბათობის შემცირება;
- ▶ **პერსონალისთვის:** სამსახურში მორალური მდგომარეობის და კმაყოფილების გრძნობის გაზრდა, ნაკლები დაძაბულობა და სტრესი, ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
- ▶ **ციხისთვის:** უსაფრთხოების გაუმჯობესება თანამშრომლებისა და პატიმრების ურთიერთობათა გაუმჯობესების გზით, უფრო უსაფრთხო გარემოს შექმნა დაძაბულობისა და თავდასხმების შემცირებით, პერსონალის უფრო ადვილად დაკომპლექტება და შენარჩუნება, დაავადებათა/ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო პენსი-აზე გასვლის მაჩვენებლების შემცირება, ეფექტურობის და რენტაბელობის გაზრდა;
- ▶ **საზოგადოებისთვის:** გათავისუფლებული პატიმრების საზოგადოებაში წარმატებული რეაბილიტაციის უფრო მაღალი ალბათობა, ინფექციურ დაავადებათა გავრცელების შემცირება, გათავისუფლებულ პატიმრებს შორის ფსიქიკური დარღვევების შემცირება და უსაფრთხოების გაზრდა.

ციხის ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომლობა და ინტეგრაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრუქტურებთან

ევროპული ციხის წესების კომენტარში ხაზგასმულია მე-40 წესი, რომელიც ჯანდაცვის პოლიტიკასთან მჭიდრო ურთიერთობას, ინტეგრაციას და შესაბამისობას ეხება:

„მე-40 წესის განხორციელების ყველაზე ქმედითი გზა ის არის, რომ ეროვნული ჯანდაცვის ორგანო იყოს პასუხისმგებელი ციხეში სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზეც, როგორც ეს ევროპის რიგ ქვეყნებშია. თუ ეს ასე არ არის, მაშინ ციხის ჯანდაცვის მიმწოდებლებსა და ციხის გარეთ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის უნდა არსებობდეს მჭიდრო კავშირები. ეს არა მარტო მკურნალობის უწყვეტობას შეუწყობს ხელს, არამედ შესაძლებლობას მისცემს პაციენტებს და თანამშრომლებს, უფრო მეტი სარგებელი მიიღონ მკურნალობის მეთოდების, პროფესიული სტანდარტებისა და პროფესიული მომზადების განვითარებისგან“.⁴⁶

მრავალი მიზეზი არსებობს, რის გამოც ციხეში მაღალი ხარისხის

46. კომენტარი ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაზე R(2006)2 წევრი სახელმწიფოებისთვის ევროპული ციხის წესების თაობაზე: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=090001680795966

სამედიცინო მომსახურება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებსა და სამედიცინო სამსახურებთან მჭიდრო თანამშრომლობას და ინტეგრაციას ემყარება.

ციხის ჯანდაცვის ზემოხსენებულ ეთიკურ პრინციპებში აღინიშნა, რომ პრაქტიკულად შეუძლებელია ჯანდაცვის მაღალი ხარისხის მიღწევა და შენარჩუნება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრუქტურებთან მჭიდრო თანამშრომლობის გარეშე.⁴⁷ ციხეში სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობისა და პროფესიული კომპეტენტურობის პრინციპები, ძირითადად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკასთან შესაბამისობას ემყარება.

ციხის ადმინისტრაციებს იშვიათად აქვთ გამოცდილება და ინსტრუმენტები, რათა პროფესიულად შეამოწმონ და გააკონტროლონ ჰიგიენა, სანიტარია, საკვები, წყალი, ზოგადი თუ სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხოდ განადგურება. ციხის იურისდიქციების უმეტესობაში ამგვარი შემოწმება ციხის მთავარმა ექიმმა უნდა ჩაატაროს, მაგრამ ხშირად მას არ გააჩნია საჭირო მომზადება, გამოცდილება და აღჭურვილობა. გარდა ამისა, ამ მნიშვნელოვან საკითხებზე კომპეტენტური ორგანოების - ჯანდაცვის სამინისტროს ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვა ორგანოების - პროფესიული ზედამხედველობა განაპირობებს უფრო ობიექტურ და დამოუკიდებელ შეფასებას, ბიძგს აძლევს წინადადებებს გაუმჯობესების მიმართულებით.

გარდა ამისა, ციხის ადმინისტრაციებს იშვიათად ან საერთოდ არ აქვთ იმის გამოცდილება, რომ ადეკვატურად განიხილონ პატიმრების საჩივრები ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებით. ასეთ საჩივრებს ჯანდაცვის დამოუკიდებელი სპეციალისტები უნდა განიხილავდნენ. ციხის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსონალი ერთნაირ დისციპლინურ პროცედურებს უნდა გადიოდეს. პატიმრებს უნდა ჰქონდეთ უფლება, ჯანდაცვის შესახებ საჩივრებით უშუალოდ დისციპლინურ ორგანოს მიმართონ, რომელიც მათ საჩივრებს ციხის ხელმძღვანელობის გარეშე განიხილავს.

შემოთხებას იწვევს ის ფაქტი, რომ რამდენიმე წევრ სახელ-

47. WHO/UNODC: ციხის ჯანდაცვის სწორი მართვა 21-ე საუკუნეში. ანალიტიკური ნარკვევი ციხის ჯანდაცვის ორგანიზების შესახებ: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/

მწიფოში ციხის სამედიცინო მომსახურების შენობა-ნაგებობები, აღჭურვილობა და პროფესიული კვალიფიკაცია არ საჭიროებს ლიცენზირებასა და აკრედიტაციას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მსგავსად. ეს ასევე ეხება ციხის სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლების (CME) აუცილებლობასა და დამამტკიცებელ საბუთს. ევროპის საბჭოს შემოხსენებულ კითხვარის საშუალებით ჩატარებულმა SWOT (ძლიერი მხარეები, სუსტი მხარეები, შესაძლებლობები, საფრთხეები) ანალიზმა გამოავლინა, რომ წევრ ქვეყნებში ციხის ჯანდაცვის ძირითადი სისუსტეა სპეციალისტთათვის სტრუქტურული ტრენინგისა და CME-ის ნაკლებობა. აღნიშნული ხარვეზი შეიძლება და უნდა აღმოიფხვრას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში ტრენინგისა და CME ინსტიტუტების მხარდაჭერისა და თანამშრომლობის გზით.

ციხის ჯანდაცვის სერვისების ლიცენზირებას, აკრედიტაციასა და უწყვეტ სამედიცინო განათლებას (CME) უნდა მართავდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოები, სამედიცინო სფეროში მათი გამოცდილებითა და ადმინისტრაციული სტრუქტურების მეშვეობით.

ბევრ ქვეყანაში, პატიმართა საჩივრების მნიშვნელოვანი ნაწილი ჯანმრთელობის დაცვას ეხება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებს აქვთ სათანადო სამედიცინო კომპეტენცია და ობიექტურობა ამ საჩივრების განსახილველად. ამიტომ ამ თვალსაზრისითაც საჭიროა თანამშრომლობა.

ეპიდემიოლოგიური მონაცემების ეროვნულ დონეზე საყოველთაო შეფასება და კვლევა ვერ უზღუდებელიყოფს პატიმართა მონაცემებს. განსაკუთრებით ისეთი ინფექციური დაავადებები, როგორიცაა აივ ინფექცია, სისხლის გზით გადამდები ჰეპატიტი და ტუბერკულოზი, აგრეთვე ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება და ფსიქიკური აშლილობები ბევრად ფართოდ არის გავრცელებული თავისუფლებალკვეთილ პირებში, ვიდრე - საზოგადოებაში. რეგისტრაციას დაქვემდებარებულ დაავადებათა შესახებ იურიდიულად სავალდებულო ანგარიშგების გარდა, ქვეყნის სრული ეპიდემიოლოგიური სურათისათვის მნიშვნელოვანია პატიმართა ანონიმური ეპიდემიოლოგიური მონაცემების ჯანდაცვის ეროვნული ორგანოებისთვის გაზიარება. ეს ამარტივებს

მწვავე ეპიდემიოლოგიური საგანგებო სიტუაციების მართვას, ასევე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესაბამისი გრძელვადიანი ინიციატივების დაგეგმვას, რომლებიც მოიცავს პატიმრობაში მყოფ პირებს, საზოგადოების სხვა წევრების მსგავსად. ასეთი ერთობლივი ძალისხმევის ერთ-ერთი მაგალითია ციხეში ზიანის შემცირების ღონისძიებათა გატარება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრუქტურებთან მჭიდრო თანამშრომლობით, გადამდებ დაავადებათა გავრცელების თავიდან ასაცილებლად.⁴⁸

ინდივიდუალური ზრუნვის დონეზე, პატიმრები განსაკუთრებით სარისკო ეტაპს გადაიან ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ, მკურნალობის უწყვეტობის კუთხით. ჯანმრთელობის ინდივიდუალური რისკებისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საფრთხეების შესამცირებლად საჭიროა უწყვეტი სამედიცინო დახმარება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებთან მჭიდრო თანამშრომლობით. რისკები მოიცავს ინფექციურ დაავადებათა გადაცემას ან მკურნალობის მიმართ რეზისტენტული დაავადების განვითარებას მკურნალობის ან/და ზიანის შემცირების ღონისძიებათა შეწყვეტის შემთხვევაში; აგრეთვე, გათავისუფლებული პატიმრების სიკვდილიანობის საშიშროებას, განსაკუთრებით, ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის.

ასევე საჭიროა მჭიდრო თანამშრომლობა სამოქალაქო ჯანდაცვის სტრუქტურებთან, როდესაც პატიმრებს ესაჭიროებათ სტაციონარული მკურნალობა, რომელიც ციხის სისტემის ფარგლებში ვერ ხერხდება. გადაუდებელი თუ შერჩევითი ჰოსპიტალური მკურნალობა, მათი ოპტიმალური და გამჭვირვალე გამოყენება შესაძლებელი იქნება, თუ დაიგეგმება საკმარისი საწოლების რაოდენობა, საჭიროებათა ზუსტად შეფასების საფუძველზე, სამოქალაქო სამკურნალო დაწესებულებებთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

ციხის ჯანდაცვის სამედიცინო დოკუმენტაცია უნდა შეესაბამებოდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამედიცინო დოკუმენტა-

48. UNODC, WHO, UNAIDS, ILO: ანალიტიკური ნარკვევი, აივ ინფექციის პროფილაქტიკა, მკურნალობა, და მოვლა ციხეებსა და სხვა დახურული ტიპის დაწესებულებებში: ღონისძიებების კომპლექსური პაკეტი. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en/www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/

ციას, ანუ უნდა გამოიყენებოდეს სამედიცინო ჩანაწერების იგივე ფორმები, როგორც ბეჭდური, ისე ელექტრონული (EMR), სავალდებულო საერთაშორისო დაავადებების კლასიფიკაციით (ICD), ჯანმოს კოდირების სისტემის შესაბამისად.⁴⁹ ეს ამარტივებს სამედიცინო ინფორმაციის გადაცემას პაცირის ციხიდან ციხეში ან/და სამოქალაქო საავადმყოფოში გადასვლის ან გათავისუფლების შემდეგ. ფარმაცევტული საშუალებების მართვისა და მედიკამენტების დანიშვნის შესახებ დოკუმენტაცია ციხეში იმავე სისტემით უნდა იწარმოებოდეს, რითაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. ამდენად, ციხეში ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების ანალოგიური სისტემა (EMR), მედიკამენტების მართვა რომ დამკვიდრდეს, საჭიროა მჭიდრო თანამშრომლობა და ინტეგრაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრუქტურებთან.

49. დაავადებათა და მათთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია 2016 წლის მე-10 შესწორების (ICD-10) ვერსია: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

საკადრო უზრუნველყოფა და სამედიცინო პერსონალის დაქირავება

ევროპის საბჭოს ზემოხსენებული კითხვარის საფუძველზე ჩატარებული SWOT ანალიზის თანახმად, ციხის ძირითადი სუსტი მხარეებია სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობა, სტრუქტურული ტრენინგისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების არარსებობა. ზოგიერთ წევრ სახელმწიფოში ციხის სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობას, გარდა საზოგადოებაში ჯანდაცვის პროფესიონალთა ზოგადი დეფიციტისა, სხვა მიზეზებიც აქვს: რთული სამუშაო პირობები და პაციენტები, პროფესიონალური აღიარებისა და სოციალური რეპუტაციის დაბალი მაჩვენებელი, არასაკმარისი ანაზღაურება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებულ პერსონალთან შედარებით, ციხის ჯანდაცვის სისტემაში ხელფასები 11 ქვეყანაში უფრო დაბალია, 7 ქვეყანაში - მაღალი, დანარჩენ ქვეყნებში კი - დაახლოებით თანაბარი.

ჯანდაცვის პერსონალის სიმცირე არ ამართლებს პატიმრობაში მყოფი პირების მონაწილეობას სამედიცინო საქმიანობაში, რაც სპეციალურ მომზადებას მოითხოვს, ან სანიტრის ფუნქციის შესრულებას, ან მედიკამენტების დარიგებას, თუნდაც მათ სამედიცინო კვალიფიკაცია ჰქონდეთ.

გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ციხეში ჯანდაცვის სპეციალისტთა დასაქმების სტრუქტურა მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა წევრ სახელმწიფოში: სამხედრო წოდების მქონე ციხის პერსონალის

ნალი, საჯარო მოხელეები, ხელმეკრულებით დაქირავებული თანამშრომლები, სრულ და ნახევარ განაკვეთზე დასაქმებული პირები, ჯანდაცვის სპეციალისტები, რომლებიც მუშაობენ მხოლოდ ციხეში ან როგორც ციხეში, ისე საზოგადოებრივ დაწესებულებაში. წევრ სახელმწიფოთა უმრავლესობაში დასაქმების შერეული ტიპები არსებობს.

სამხედრო წოდების მქონე ჯანდაცვის სპეციალისტები და სახელმწიფო მოხელეები სარგებლობენ მაღალი სოციალური რეპუტაციით, აქვთ უკეთესი სოციალური უზრუნველყოფა და ანაზღაურება. თუმცა, ჯანდაცვის ის სპეციალისტები, რომლებიც სამხედრო იერარქიებთან არიან დაკავშირებულნი, მნიშვნელოვან პრობლემებს აწყდებიან პროფესიული დამოუკიდებლობისა და სამედიცინო კონფიდენციალობის შენარჩუნების კუთხით, როცა არასამედიცინო ხელმძღვანელობასთან მუშაობენ და პაციენტებისგან ნდობის მოპოვებას ცდილობენ. ციხეში სრულ განაკვეთზე დასაქმებულ ჯანდაცვის სპეციალისტებს შეუძლიათ უწყვეტი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა, მაგრამ ისინი ნაკლებად ინარჩუნებენ საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან ეკვივალენტურობის გრძნობას და პროფესიულ დამოუკიდებლობას. აგრეთვე, შესაძლოა, ისინი ინტელექტუალური სტიმულირების და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურში მომუშავე კოლეგებთან თანამშრომლობის ნაკლებობას განიცდიდნენ.

კვლევის თანახმად, სრული განაკვეთით მომუშავე სამედიცინო პერსონალისა და პატიმართა რაოდენობის თანაფარდობა წევრ სახელმწიფოებში მერყეობდა 1/15-დან 1/140-მდე, საშუალოდ 1/43. ეს ბოლო ციფრი ემთხვევა ასევე SPACE-ის 2015 წლის ანგარიშს⁵⁰ 36 ქვეყნის შესახებ, სადაც ნაჩვენებია მონაცემები ჯანდაცვის პერსონალის სრულ განაკვეთზე დასაქმების შესახებ: 1/41 (ღიაპაზონი 1/5 - დან 1/667). ამ თანაფარდობის დადგენილი სტანდარტი არ არსებობს რამდენიმე მიზეზის გამო: პენიტენციური დაწესებულებების ზომა, სტრუქტურა და ამოცანები მნიშვნელოვნად განსხვავდება - მაგალითად, წინასწარი დაკავების იზოლატორებში, სადაც პატიმართა დენადობა გაცილებით მაღალია, მოთავსებისას სამედიცინო შემოწმებაზე დახარჯული დროის გამო, პირველადი ჯანდაცვის

50. ევროპის საბჭო, სისხლის სამართლის ყოველწლიური სტატისტიკა: <http://wp.unil.ch/space>

პერსონალის ხელმისაწვდომობა უფრო მეტად მნიშვნელოვანია, ვიდრე მსჯავრდებულთა დაწესებულებებში; ექიმების და ექთნების ან ფელდშერების პროფესიული მომზადებისა და უნარების დონე მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყანაში - მაგალითად, ზოგიერთ ქვეყანაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა ღრმად იციან ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხები, სხვა ქვეყნებში კი მათ ასეთი მომზადება არ გაუფლიათ, ზოგან ექთნების და ფელდშერების კვალიფიკაცია გულისხმობს უფრო ფართო სამედიცინო მოვალეობების შესრულებას, რაც სხვაგან შეიძლება მიუღებელი იყოს. თუმცა, არსებობს მინიმალური დადგენილი მოთხოვნები, რომლებიც საერთაშორისო რეკომენდაციებშია მოცემული. ევროპული ციხის წესები და კომენტარი⁵¹ აღნიშნავს:

პატიმარს უნდა გაეწიოს ყველა საჭირო სამედიცინო, ქირურგიული და ფსიქიატრიული მომსახურება, მათ შორის, რაც საზოგადოებაშია ხელმისაწვდომი. ყველა ციხე უნდა სარგებლობდეს მინიმუმ ერთი კვალიფიციური ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომსახურებით. უნდა გატარდეს ზომები იმის უზრუნველსაყოფად, რომ კვალიფიციური პრაქტიკოსი ექიმი დაუყოვნებლივ იყოს ხელმისაწვდომი გადაუდებელი აუცილებლობის შემთხვევაში. იმ ციხეებში, სადაც სრულ განაკვეთზე მომუშავე პრაქტიკოსი ექიმი არ ჰყავთ, ნახევარ განაკვეთზე მომუშავე ექიმი რეგულარულად უნდა მიდიოდეს. კვალიფიციური სტომატოლოგის და ოფთალმოლოგის მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა პატიმრისათვის. დიდ ციხეებში სრულ განაკვეთზე უნდა მუშაობდეს ექიმების საკმარისი რაოდენობა. ნებისმიერ შემთხვევაში, ექიმი ყოველთვის უნდა იყოს ხელმისაწვდომი გადაუდებელი ჯანმრთელობის საკითხების მოსაგვარებლად. ციხის სამედიცინო სამსახურმა უნდა უზრუნველყოს ყველა იმ პატიმრის ფსიქიატრიული მკურნალობა, ვისაც ეს ესაჭიროება და განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციოს სუიციდის პრევენციას.

51. ევროპული ციხის წესები 2006, ევროპის საბჭო, წესები 40.5, 41.1, 41.2, 41.3, 41.5, 47.2: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25; კომენტარი ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაზე R(2006)2 წევრი სახელმწიფოებისთვის ევროპული ციხის წესების თაობაზე:

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

ნელსონ მანდელას წესები⁵² ითვალისწინებს შემდეგს:

ჯანდაცვის სამსახური უნდა შედგებოდეს საკმარისი რაოდენობით კვალიფიციური თანამშრომლებისგან შემდგარი ინტერდისციპლინარული გუნდისგან, რომელიც სარგებლობს სრული კლინიკური დამოუკიდებლობით და აქვს საკმარისი გამოცდილება ფსიქოლოგიისა და ფსიქიატრიის სფეროში. კვალიფიციური სტომატოლოგის მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა პატიმრისათვის. ყველა ციხემ უნდა უზრუნველყოს სამედიცინო დახმარების სწრაფი ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ შემთხვევებში. პატიმრები, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალურ მკურნალობას ან ოპერაციას, უნდა გადაიყვანონ სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან სამოქალაქო საავადმყოფოებში. თუ ციხეს საკუთარი საავადმყოფო აქვს, ის უნდა იყოს ადეკვატურად დაკომპლექტებული და აღჭურვილი, რომ უზრუნველყოს პატიმრების შესაბამისი მკურნალობა და მოვლა. ექიმს ან, საჭიროების შემთხვევაში, ჯანდაცვის სხვა კვალიფიციურ სპეციალისტს უნდა ჰქონდეს ყოველდღიური წვდომა ყველა ავადმყოფ პატიმარზე, ფიზიკური ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების ან დაზიანების მქონე პატიმარზე და ნებისმიერ პატიმარზე, ვინც მათ განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს.

ციხის სამედიცინო პერსონალის საკმარისი რაოდენობა ყველაზე უკეთ განისაზღვრება მიმდინარე საჭიროებათა შეფასებით, რომელსაც ჯანდაცვის სპეციალისტები შესაბამისი დოკუმენტაციის საშუალებით ატარებენ (უმჯობესია ჯანდაცვის მონაცემების ელექტრონული მართვა), რათა დაადგინონ სამუშაო დატვირთვა, კონსულტაციის სიხშირე და ხანგრძლივობა, აგრეთვე, პაციენტების პირველადი თუ მეორეული სამედიცინო დახმარების საჭიროებები. მაგალითად, პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტს შრომატევადი სამუშაოს შესრულება უწევს დაწესებულებაში ახალმოთავსებული პატიმრების სამედიცინო შემოწმებისას. მან უნდა მიიღოს და შეაფასოს პაციენტის სამედიცინო ისტორია, სრულად დაათვალიეროს პაციენტი, შეამოწმოს ფსიქიკური აშლილობები, სუიციდისადმი

52. პატიმრებთან მოპყრობის შესახებ გაეროს მინიმალური სტანდარტული წესები (ნელსონ მანდელას წესები): www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

მიდრეკილება, ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება, აბსტინენტური სინდრომი, გადამდები დაავადებები, შეზღუდული ფსიქიკური და ფიზიკური შესაძლებლობები, ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის ნიშნები/ჩანაწერები; გარდა ამისა, მიაწოდოს პაციენტს სრული ინფორმაცია ციხის სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებაზე, სამედიცინო გუნდის პროფესიულ დამოუკიდებლობაზე, კონფიდენციალურობასა და მათ შეზღუდვებზე, პატიმართა უფლებებსა და მოვალეობებზე, გადამდები დაავადებების გავრცელების რისკსა და ციხეში დანერგილ ზიანის შემცირების ზომებზე.

მეორეული სამედიცინო დახმარების ამბულატორიული მომსახურება სპეციალისტთა მიერ ყველაზე ეფექტიანად ტარდება პოლიკლინიკის მოდელის საფუძველზე: კონტრაქტის მქონე სპეციალისტები რეგულარულად და/ან საჭიროების შემთხვევაში მიდიან და კონსულტაციას უწევენ პაციენტებს ციხის სამედიცინო განყოფილებაში.

ბევრ წევრ სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი სირთულეები ექმნება ციხეში ჯანდაცვის სპეციალისტთა დაქირავებისას, რის გამოც ბევრი თანამდებობა ვაკანტური რჩება. ამ მდგომარეობის დასაძლევად, რამდენიმე წევრი სახელმწიფო სხვადასხვა სპეციალისტის დასაქირავებლად წამახალისებელ ზომებს მიმართავს: ხელფასების გაზრდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ხელფასების შესაბამისად, ხიფათის სანაცვლოდ პრემიის მიცემა, სამედიცინო სასწავლებლებთან თანამშრომლობის დამყარება და სტაჟირების შეთავაზება, სწავლების საფასურის გადახდა ციხეში გარკვეული წლების მუშაობის სანაცვლოდ, ადრეული პენსია და სოციალური შეღავათები.

ციხის ჯანდაცვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი ნაწილია,⁵³ ამდენად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებმა უნდა აღიარონ თავიანთი მოვალეობა, დაეხმარონ ციხის ადმინისტრაციებს პატიმრებზე მზრუნველი სამედიცინო პერსონალის დაქირავების პრობლემის მოგვარებაში.

53. ჯანმო (WHO) მოსკოვის დეკლარაცია: ციხის ჯანდაცვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შემადგენელი ნაწილია. <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>

ასევე საჭიროა საერთო ძალისხმევა, რათა საზოგადოებას და გადაწყვეტილების მიმღებ პირებს განემარტოს, რომ ციხეში ჯანდაცვის უზრუნველყოფა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის მნიშვნელოვანი სამსახურის გაწევაა. ვერც საზოგადოება და ვერც მედიკოსი კოლეგები სათანადოდ ვერ აფასებენ სამედიცინო პერსონალის სპეციალურ ცოდნას, თუ როგორ გაუმკლავდნენ ციხის პათოლოგიის ყველა სპეციფიკურ ფორმას და ციხის გარემოში მათი მართვისთვის საჭირო უნარ-ჩვევებსა თუ გამოცდილებას. CPT ვარაუდობს, რომ ციხის გარემოში ჯანდაცვის სპეციფიკიდან გამომდინარე, შეიძლება გამართლებული იყოს აღიარებული პროფესიული სპეციალობის შემოღება როგორც ექიმებისთვის, ისე ექთნებისთვის, დიპლომის შემდგომი განათლების სახით და სამუშაო ადგილზე გადამზადების საფუძველზე.⁵⁴ ამ პროფესიულ მოთხოვნათა უფრო ფართო აღიარებამ შეიძლება გაზარდოს პატიმარ პაციენტებზე მზრუნავი სამედიცინო პერსონალის პროფესიული და სოციალური რეპუტაცია და წაახალისოს მათი დაქირავება.

54. ევროპის საბჭო. CPT-ის სტანდარტები: CPT-ის ზოგადი ანგარიშების ძირითადი ნაწილები, ამონარიდი მე-3 ზოგადი ანგარიშიდან, 1993: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

პირველადი სამედიცინო დახმარება

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ) უფრო მეტად არის ადამიანებზე ზრუნვა, ვიდრე კონკრეტულ დაავადებათა მკურნალობა. პჯდ, როგორც წესი, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან კონტაქტის პირველი წერტილია. ის მოიცავს მომსახურების მთელ სპექტრს - პრევენციით დაწყებული და სკრინინგით დამთავრებული, ასევე, მწვავე და ქრონიკული დაავადებების იდენტიფიცირებას და მართვას, პალიატიურ მზრუნველობას. პჯდ ციხეში არაფრით არ არის განსხვავებული; ციხე მხოლოდ სპეციალური გარემოა პირველადი სამედიცინო დახმარებისთვის. პირველადი ჯანდაცვის სამსახურმა უნდა შეიტყოს პაციენტის საჭიროებათა შესახებ დაწესებულებაში მოთავსებისას, განსაკუთრებით ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან, ნარკომანიის პრობლემებსა და ინფექციებთან დაკავშირებით, რაც ყველაზე ხშირია ციხეში. პჯდ უნდა ზრუნავდეს პაციენტებზე პატიმრობის პერიოდში და ეხმარებოდეს მათ გათავისუფლებისთვის მომზადებაში.⁵⁵ თავისუფლებაა ლკვეთილ პირთა მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის, რომლებიც პატიმრობამდე ვერ სარგებლობდნენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურებით, რთული სოციალური პირობების ან ქაოტური ცხოვრების წესის

55. WHO ევროპა: ციხეები და ჯანმრთელობა, 2014. ციხეებში ჯანმრთელობის ხელშეწყობა: კომპლექსური მიდგომა, გვ.180-184: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>

გამო, ციხეში პჯდ სამსახურმა შეიძლება მისცეს შესაძლებლობა, პირველად ჩაიტარონ კომპლექსური სამედიცინო შემოწმება, რომელიც ფსიქიკური და/ან ფიზიკური ჯანმრთელობის დარღვევების გამოვლენას, დიაგნოზსა და მკურნალობას ითვალისწინებს.

ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმების გარდა, ციხეში მოთავსებისას სამედიცინო დათვალიერების დროს უნდა აგრეთვე შემოწმდეს დაზიანებებისა და არასათანადო მოპყრობის ნიშნები, რაც შესაძლოა ციხეში მიღებამდე მოხდა. მნიშვნელოვანია ბრალდებების აღრიცხვა, დაზიანებებზე დაკვირვება და მათი დოკუმენტირება, დასკვნების გაკეთება ბრალდებებისა და დაფიქსირებული დაზიანებების თავსებადობაზე, შემთხვევებზე ანგარიშგება CPT-ის რეკომენდაციების⁵⁶ და სტამბოლის პროტოკოლის⁵⁷ შესაბამისად. იგივე უნდა განხორციელდეს პატიმრობის პერიოდში ძალადობის თითოეული შემთხვევის შემდეგ.

პჯდ-ს სამსახური უნდა შედგებოდეს ინტერპროფესიონალური გუნდისგან, რომელსაც ექნება ღრმა ცოდნა და კარგი მომზადება ზოგადი ჯანდაცვის ან საოჯახო მედიცინის, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკოლოგიის სფეროში, მასში ასევე უნდა შედიოდეს კვალიფიციური სტომატოლოგი და ფარმაცევტი მედიკამენტების პროფესიული მართვისათვის. იმ ციხეებში, სადაც ქალები, დედა-შვილი ან არასრულწლოვნები იხდიან სასჯელს, პჯდ-ს ჯგუფს უნდა ჰქონდეს საკმარისი მომზადება და უნარჩვევები მათ სპეციალურ საჭიროებათა დასაკმაყოფილებლად, მაგალითად, პედიატრის და მეან-გინეკოლოგის დახმარება. პატიმარ ქალებს უნდა ჰქონდეთ კონტრაკეპციული მედიკამენტების მიღების და ორსულობის ნებაყოფლობით შეწყვეტის (IVG) ისეთივე უფლება, როგორც თავისუფლებაზე მყოფ ქალებს. თუ ქალებს ეძლევათ საშუალება, თან ჰყავდეთ თავიანთი მცირეწლოვანი შვილები, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს რეგულარული პედიატრიული დახმარება, სადაც პედიატრი სინჯავს ბავშვს დე-

56. CPT: არასათანადო მოპყრობის სამედიცინო მტკიცებულებების დოკუმენტირება და ანგარიშგება. ამონაწერი CPT-ის 23-ე გენერალური ანგარიშიდან, რომელიც გამოქვეყნდა 2013 წელს. CPT / Inf (2013) 29 - ნაწილი.

57. სტამბოლის პროტოკოლი: OHCHR. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

დღის თანდასწრებით, კონფიდენციალობის დაცვით.

გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გარდა, პჯდ-თვის ციხის სამედიცინო განყოფილებაში უნდა იყოს სათანადოდ აღჭურვილი და სპეციალურად გამოყოფილი საკონსულტაციო და საოპერაციო ოთახები სამედიცინო კონფიდენციალობის დასაცავად, სამედიცინო დოკუმენტაციის შესანახად კი აუცილებელია დაკეტილი საცავი. სტომატოლოგიური მომსახურებისთვის საჭიროა სათანადოდ აღჭურვილი სტომატოლოგის კაბინეტი. ციხეში კონტრაქტით მომუშავე სპეციალისტებთან კონსულტაციებისა და ჯანდაცვის პროფესიონალთა გუნდის შეხვედრებისთვის უნდა იყოს დამატებითი ოთახები. პჯდ შეიძლება ასევე მოიცავდეს პაციენტების დროებით მოვლას ციხის საავადმყოფოში ან დღის სტაციონარში.

პჯდ-ის სამსახურმა ციხეში, ისევე როგორც საზოგადოებაში, შეიძლება შეასრულოს მეორეული ჯანდაცვის კარიბჭის მცველის მნიშვნელოვანი როლი, შეამცირობს რა ძვირადღირებული საავადმყოფოს და ჯანდაცვის მეორეული დონის სხვა დაწესებულებათა არაჯეროვან გამოყენებას. ეს შეიძლება მოიცავდეს ეფექტიან მომსახურებას კარგად აღჭურვილ ციხის საავადმყოფოებში და/ან დღის სტაციონარებში, მსუბუქი ფორმის ინფექციურ დაავადებათა ან სხვა ნაკლებად მწვავე აშლილობების მქონე პაციენტების მოვლისა და მკურნალობისთვის, ასევე, პჯდ-ის რეგლის სპეციალისტების ზედამხედველობით მრავალი ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტისათვის, რომლებსაც სტაციონარული მკურნალობა არ სჭირდებათ. საზოგადოებრივ სამკურნალო დაწესებულებებთან უნდა დამყარდეს ეფექტური კომუნიკაცია და თანამშრომლობა, რათა სწრაფად გადაიყვანონ პაციენტები, რომლებსაც ესაჭიროებათ სტაციონარული მკურნალობა და/ან ჯანდაცვის მეორეული ან მესამეული დონის მომსახურება, რომელიც ციხეში ხელმისაწვდომი არ არის. ყველა სხვა სამედიცინო დაწესებულების მსგავსად, ციხის საავადმყოფოც საჭიროებს ლიცენზირებას ქვეყნის ჯანდაცვის ორგანოების მიერ.

ციხეში პჯდ-ის გუნდს ასევე ევალება ჯანდაცვის ოპტიმალური მენეჯმენტის უზრუნველყოფა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების შემთხვევაში. ეს მოიცავს: პირველადი სამედიცინო

დახმარების პერსონალის განახლებული ტრენინგის ხელმისაწვდომობას, ადგილზე გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ორგანიზებას, პჯდ ჯგუფის მხარდაჭერას ციხის ფარგლებს გარეთ არსებული საგანგებო სამედიცინო დახმარების სამსახურის მხრიდან, რომელიც ციხეში არ არის ხელმისაწვდომი და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანის დაუყოვნებლივ ხელმისაწვდომობას, სტაციონარში გადაყვანის მიზნით.

ჯანდაცვის მეორეული დონე და სტაციონარული მკურნალობა

მეორეული ჯანდაცვა მოიცავს ყველა სამედიცინო მომსახურებას, რომელსაც სჭირდება სპეციალური სამედიცინო ცოდნა, როგორც ამბულატორიულ პირობებში, ისე საავადმყოფოში. სპეციალიზებული საავადმყოფოების რეფერალურ ცენტრებში გაწეული სამედიცინო მომსახურება განიხილება, როგორც ჯანდაცვის მესამეული დონე. მეორეული ჯანდაცვის მომსახურების დიდი ნაწილი შეიძლება გაწეული იქნას ამბულატორიულ პირობებში, სპეციალისტების ჩართულობით, რითაც ავიცილებთ ძვირადღირებულ სტაციონარულ მკურნალობას.

პაციენტების ამბულატორიული მეორეული დახმარების გაწევა შეუძლიათ ციხეში დასაქმებულ ან კონტრაქტით დაქირავებულ სპეციალისტებს, რომლებიც მიდიან ციხეში (პოლიკლინიკის სტრუქტურა), ან მათი თანხლებით პაციმარი მიჰყავთ ციხის გარეთ სპეციალისტებთან, მაგალითად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებების ამბულატორიულ განყოფილებაში. პოლიკლინიკის მოდელი - როცა დასაქმებული ან კონტრაქტით მომუშავე სპეციალისტები გამოძახებით ან განრიგის მიხედვით იღებენ პაციენტებს ციხეში, საგანგებოდ აღჭურვილ სამედიცინო ოთახებში - მიზანშეწონილია უსაფრთხოების და ხარჯთეფექტურობის თვალსაზრისით. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გრძელვადიან პერსპექტივაში, თუნდაც საჭირო გახდეს სპეციალიზებული არაპორტატული დიაგნოსტიკური ტექნიკის (ულტრაბგერითი და ექოკარდიოგრაფიული აპარატურის) შექმნა, ზუსტად გათვლილი საჭიროებების შეფასების

საფუძველზე, კონტრაქტით დასაქმებულ სპეციალისტებთან თანამშრომლობით. სპეციალისტის დიაგნოზით, კონსერვატიული (ანუ არაქირურგიული) მკურნალობა, ხშირ შემთხვევაში, შეიძლება უსაფრთხოდ ჩატარდეს სპეციალისტების მეთვალყურეობით, ამბულატორიული მკურნალობის სახით, ციხეში ან ციხის საავადმყოფოებში/დღის სტაციონარში, როგორც ეს ზემოთ იყო აღწერილი. გარდა ამისა, წინასაოპერაციო და ოპერაციის შემდგომი მოვლა, რომელსაც საავადმყოფოს პირობები არ სჭირდება, შეიძლება ჩატარდეს სპეციალისტის მეთვალყურეობითა და ციხის საავადმყოფოს ქირურგიულ ცენტრთან თანამშრომლობით, რაც ძვირადღირებულ საავადმყოფოებში ამ პაციენტთა გატარებულ დროს შეამცირებს.

პატიმრებს სტაციონარული მკურნალობა შეიძლება ჩაუტარდეთ ციხის საავადმყოფოში ან სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში. ევროპის საბჭოს ზემოაღნიშნულმა გამოკითხვამ აჩვენა, რომ 45 პენიტენციური სისტემიდან მხოლოდ 29-ს ჰქონდა ციხის საავადმყოფო. ციხის საავადმყოფოს საწოლების/პატიმართა რაოდენობის, ჰოსპიტალიზებული პატიმრების რაოდენობისა და ციხისა და სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში ყოფნის ხანგრძლივობის კოეფიციენტები ნაჩვენებია 1 ცხრილში.

ცხრილი 1: პენიტენციური სისტემები, რომლებშიც არის და რომლებშიც არ არის ციხის საავადმყოფო

პენიტენციური სისტემები, რომლებსაც ციხის საავადმყოფო აქვთ: 29/45		
	სამუალოდ	დიაპაზონი
საწოლების/პატიმრების თანაფარდობის კოეფიციენტი:	1/54	1/7 - 1/3381
ჰოსპიტალიზებული პატიმრები/წელი:	11%	1% - 39%
დარჩენის ხანგრძლივობა, დღეები:	30	1 - 424
სამოქალაქო საავადმყოფოებში ჰოსპიტალიზებულნი	7%	1 - 20%

**პენიტენციური სისტემები ციხის
საავადმყოფოს გარეშე: 16/45**

სამოქალაქო საავადმყოფოებში ჰოსპიტალიზებულინი/წელი:	7%	6 - 16%
დარჩენის ხანგრძლივობა, დღეები:	4	2 - 22

სამოქალაქო საავადმყოფოებთან შედარებით, ციხის საავადმყოფოს ყველაზე აღიარებული უპირატესობაა დაცულობა და უსაფრთხოება.

მკურნალობისა და სამედიცინო-ეთიკური ასპექტების თვალსაზრისით, ციხის საავადმყოფოს თითქმის არანაირი უპირატესობა არ აქვს სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში პაციმართათვის მიწოდებული მომსახურების კუთხით. რაც შეეხება რთულ ქირურგიულ ოპერაციებს, არსებობს მეცნიერული მტკიცებულება, რომ ციხის საავადმყოფოებში იშვიათი სერიოზული ქირურგიული ჩარევები მსხვილ სამოქალაქო საავადმყოფოებთან შედარებით არახელსაყრელია პაციენტებისათვის, რადგან მსხვილ საავადმყოფოებში ქირურგიული მოცულობა უფრო მაღალია და პოსტოპერაციული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი - უფრო დაბალი. გარდა ამისა, პროფესიული ცოდნა და აღჭურვილობა, რომელიც აუცილებელია ქირურგიული უსაფრთხოებისა და ხარისხის იმავე დონის უზრუნველსაყოფად, როგორც საზოგადოებრივ საავადმყოფოებში, ძალზე იშვიათად არის ხელმისაწვდომი პენიტენციურ სისტემაში, მაგალითად, თუ ოპერაციის შემდგომ ინტენსიური თერაპიის განყოფილება (ICU) გახდება საჭირო.⁵⁸ ეს ასევე ეხება ისეთ არაქირურგიულ ინტენსიურ სამედიცინო ჩარევებს, რომლებსაც ესაჭიროება სპეციალური კვალიფიკაცია და აღჭურვილობა, როგორიცაა გულის მწვავე იშემიური დაავადება, ტვინის სისხლძარღვთა დაავადება და ა.შ. ამ არგუმენტების უგულვებელყოფამ შეიძლება გამოიწვიოს სამედიცინო დახმარების ეკვივალენტურობის ეთიკური პრინციპის დარღვევა.

ციხის პაციენტებისთვის ცალკე დაცული პალატების შექმნა

58. ურბახ დრ. მცირე მოცულობის ქირურგიული ოპერაციების ამოღება. N Engl J Med 2015;373:1388-1390.

სამოქალაქო საავადმყოფოების კლინიკურ სამსახურში, რომელსაც ექნება ცალკე შესასვლელი, ღობე და დაიცავს უსაფრთხოების სამსახურის თანამშრომელთა მცირე ჯგუფი, უზრუნველყოფს ეკვივალენტურ სტაციონარულ მკურნალობას და თავიდან აგვაცილებს საავადმყოფოს სამოქალაქო ნაწილთან შეხებას. დიდ კერძო თუ სახელმწიფო სამოქალაქო საავადმყოფოში საერთო ადამიანური რესურსების, შენობისა და აღჭურვილობის გამოყენება როგორც სამოქალაქო, ისე პატიმარ პაციენტებში უფრო ხარჯთეფექტურია სახელმწიფოსთვის, ვიდრე ცალკეული ციხის საავადმყოფოები შედარებით ნაკლები რაოდენობის პაციენტით, რომლებსაც ნამდვილად ესაჭიროებათ სტაციონარული მკურნალობა.

პატიმრებისთვის საწოლების საჭირო რაოდენობის დაგეგმვისას გასათვალისწინებელია, რომ არცერთი გადაუდებელი შემთხვევა არ დაყოვნდეს, ხოლო დაგეგმილი კლინიკური ჩარევისთვის, როგორცაა შერჩევითი ქირურგიული ოპერაცია, შეიქმნას გამჭვირვალე რიგითობის სია. საავადმყოფოებში მიღების ელექტრონული რიგითობის სია, რომელიც საქართველოს პენიტენციურმა სისტემამ შექმნა, შეიძლება კარგი პრაქტიკის მაგალითი გახდეს, რადგან ეს ხელს უშლის ცალკეულ პატიმართა უსაფუძვლო უპირატესობას. ანალოგიურად, საავადმყოფოში პაციენტის ყოფნის ხანგრძლივობა უნდა გადაწყდეს და დასაბუთდეს მხოლოდ მკაფიო სამედიცინო მიზეზით, რათა შეინარჩუნონ გადაუდებელი შემთხვევებისთვის საჭირო რაოდენობა და თავიდან აიცილონ საავადმყოფოში უსაფუძვლო დარჩენა.

პაციენტთა უსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა

ციხეში მყოფი პირების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა რთული ამოცანაა. მისი მიზანია სამედიცინო მომსახურების გაწევა, რომელიც საზოგადოებასა და სამოქალაქო საავადმყოფოებში ხელმისაწვდომი მომსახურების ეკვივალენტურია. ეს ეკვივალენტურობა იშვიათად მიიღწევა.

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R (98) 7 მოითხოვს „ციხის ადმინისტრაციის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებელი სამინისტროს თანამშრომლობას პაციენტთა ფსიქიატრიული მომსახურების ორგანიზებაში“. ამ რეკომენდაციას იშვიათად ასრულებენ.

„ციხეები მავნეა ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის“ - ეს არის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის (ICRC) ერთობლივი საინფორმაციო ბიულეტენის ხისტი დასკვნა პაციენტთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვაზე.

მართლაც, როგორც ნაჩვენებია ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრეცედენტული სამართლის ნაწილში, ციხის გარემო თითქმის ყოველთვის მავნეა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისთვის. ამას მრავალი ფაქტორია განაპირობებს, მათ შორის:

- ▶ სოციალური მხარდაჭერის მექანიზმების დაკარგვა,
- ▶ ხალხმრავლობა,

- ▶ იზოლაციის ხშირი გამოყენება ფსიქიატრიული პრობლემების მქონე პაციენტების მიმართ, რომლებიც ავლენენ მავნებლურ ქცევას, იმუქრებიან თვითმკვლელობით ან თვითღაზიანების მიყენებით,
- ▶ კონფლიქტური ურთიერთობა სხვა პაციენტებთან (ასეთი პაციენტები ხშირად ციხის იერარქიის ქვედა საფეხურზე არიან),
- ▶ ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენება,
- ▶ სისხლის სამართლის პროცესთან დაკავშირებული სტრესი,
- ▶ სტიგმატიზაცია და დისკრიმინაცია.

შედეგად, თვითღაზიანება, თვითმკვლელობა, პაციმართა შორის ძალადობა, ქცევითი დარღვევა და ციხის თანამშრომლებთან ძალადობრივი კონფლიქტი ხშირია ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტებს შორის.

ციხეში მომუშავე ერთ-ერთმა ფსიქიატრმა აღნიშნა: „არსებობს შემამოფოთებელი ცნობები იმის შესახებ, რომ პაციენტები, განსაკუთრებით ისინი, ვისაც სერიოზული ფსიქიკური დაავადებები აღენიშნებათ, დაშინების, ექსპლუატაციისა და იზოლირების მსხვერპლნი ხდებიან, ამასთან, მათი მხარდაჭერის ან დაცვის ძალზე მცირე შანსი არსებობს, შედეგად იზრდება თვითღაზიანების და თავდასხმის შემთხვევები.“

უპირველეს ყოვლისა, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ციხის გარემოს ნეგატიური გავლენა იწვევს ძლიერ ტანჯვას, რასაც ფსიქიატრიული სიმპტომების გაუარესება, ხოლო გათავისუფლების შემდეგ რეაბილიტაციისა და რეინტეგრაციის პრობლემები ახლავს.

ფსიქიკური აშლილობა ციხეებში გაცილებით მეტადაა გავრცელებული, ვიდრე ზოგადად საზოგადოებაში. ექსპერტები დიდი ხანია გვაფრთხილებენ ციხის პოპულაციაში ფსიქიკურ დაავადებათა მაღალი დონის შესახებ და ვითარება, როგორც ჩანს, უარესდება. ერთ-ერთი შეფასების თანახმად, ციხის მთლიანი პოპულაციის დაახლოებით მეოთხედს აღენიშნება ბიპოლარული აშლილობა, დეპრესია ან პიროვნული აშლილობა. სხვა გამოკვლევების თანახმად, ციხეში მყოფი ქალების დაახლოებით მეოთხედს და მამაკაცთა 15%-ს ფსიქოტიკური ეპიზოდები აღენიშნე-

ბოლოდ. ფართო საზოგადოებაში ეს მაჩვენებელი დაახლოებით 4% -ს შეადგენს.

ზოგიერთი დამკვირვებელი ამტკიცებს, რომ ციხეები ზოგჯერ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების თავმოყრის ადვილად გამოიყენება და საჭიროა ასეთი ადამიანების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში გადაყვანა. ეს მიზანი არარეალისტური აღმოჩნდა. ბევრ ადამიანს, ვისაც ციხეში მოთავსებისას აშლილობა აღენიშნებოდა, ადრე ჰქონდა კონტაქტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებთან, მაგრამ არ განაგრძო მკურნალობა რთული სოციალური პირობების გამო. ციხეებში პრობლემას ისიც აღრმავებს, რომ სამოქალაქო ფსიქიატრია ხშირად გადატვირთულია და საავადმყოფოებში საწოლების ქრონიკული დეფიციტია. შეიძლება ითქვას, რომ ციხე ხშირად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარუმატებლობის მსხვერპლი ხდება. საზოგადოებრივი ფსიქიკური ჯანდაცვა ხშირად უძლეურია, როცა მენტალური ჯანმრთელობა კომბინირებულია სოციალურ პრობლემებთან: სიღარიბე, უსახლკარობა, უკანონო მიგრანტები, უმუშევრობა. ასეთი ადამიანები ხშირად ციხეში ხვდებიან. ბევრ პატიმარს არ გაუვლია სათანადო მკურნალობა საზოგადოებაში და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების პროფილი ციხეში განსაკუთრებით გამომწვევი აღმოჩნდება.

შედეგად, ციხის ადმინისტრაციასა და ჯანდაცვის სამსახურს უწევთ ცხოვრება იმ რეალობაში, რომ ციხის პოპულაციის მნიშვნელოვან ნაწილს ფსიქიკური აშლილობა აქვს. მეტიც, ხშირად ფსიქიატრიულ დაავადებათა მართვა და მკურნალობა განსაკუთრებით რთულია: მოსაზღვრე და ანთისოციალური პიროვნული აშლილობები, ბიპოლარული აშლილობა და ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენებით გართულებული რიგი დარღვევები, რომლებიც ციხეში არ სრულდება და გრძელდება.

ამდენად, ყველა ციხეში ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ფსიქიატრიული მკურნალობა და მოვლა, როგორც ზოგადი ჯანდაცვის სერვისების განუყოფელი ნაწილი, რომელიც ყველა პატიმარს მიეწოდება. პრაქტიკულად, ეს ნიშნავს, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს ჰქონდეთ ფსიქიკური აშლილობის აღმოსაჩინად საჭირო უნარები. მათ ხელი უნდა მიუწვდეთ

ბოლომდე ფსიქიატრებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა სპეციალისტების მხარდაჭერაზე, ფსიქოსოციალურ დახმარებასა და რაციონალურად დანიშნულ ფსიქოტროპულ მედიკამენტებზე. საჭიროა სპეციალური გუნდი, რომელიც დაეხმარება ნარკოტიკების მომხმარებლებს, გაუმკლავდნენ პრობლემებს მხარდამჭერი თერაპიის საშუალებით, როდესაც ეს საზოგადოებაში ხელმისაწვდომი.

პატიმართა საჭიროებები უნდა იყოს გათვალისწინებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკასა და გეგმებში.

საჭიროა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების დიაგნოზის დასმა ციხეში მოთავსებისთანავე, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც არსებობს სუიციდის რისკი. ფსიქოტიკური აშლილობის მქონე პირები, რომლებსაც არ ჩატარებიათ მკურნალობა, შეიძლება მოთავსდნენ იზოლაციაში, განსაკუთრებით, როცა თვითდაზიანების ან თვითმკვლელობის რისკი დიდია. ხშირია ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენებით გამოწვეული ალკვეთის სიმპტომები, რომელსაც მკურნალობა სჭირდება. დაუცველ პატიმრებს შეიძლება რეაქტიული დეპრესია და შფოთვა განუვითარდეთ.

ასევე საჭიროა ცხელი ხაზი ციხის სამედიცინო სამსახურებსა და საზოგადოებრივ ფსიქიატრიულ სამსახურებს შორის, რათა გამოვლინდნენ ის პაციენტები, რომლებიც პატიმრობამდე ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს იღებდნენ, მხარდამჭერ თერაპიას გადიოდნენ, ან შეხება არ ჰქონიათ საზოგადოებრივ ფსიქიატრიულ სამსახურებთან, მაგრამ ცნობილია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აქვთ.

ციხეში ყოფნისას პატიმართა ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება უნდა უზრუნველყოს მულტიდისციპლინურმა გუნდმა, რომელშიც შედიან ფსიქიატრები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექთნები, ფსიქოლოგები და ფსიქოთერაპევტები. პატიმრებისთვის უფასოდ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი ფსიქოტროპული მედიკამენტების იგივე სპექტრი, რაც საზოგადოებაში.

პიროვნული აშლილობის მქონე პატიმრებისთვის სპეციალური პროგრამები მოითხოვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისა და ციხის თანამშრომლების აქტიურ ჩართულობას,

თვითღაზიანებისა და ანტიოციალური ქცევის შესამცირებლად.

ზოგიერთ პაციმარს აღენიშნება ფსიქიკური აშლილობის მწვავე მდგომარეობა (მწვავე დეპრესია, დეკომპენსირებული ფსიქოზი, სუიციდის მწვავე რისკი), რომლის მკურნალობა ციხეში შეუძლებელია. ამიტომ უნდა იყოს ასეთი პაციმრების ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სწრაფი გადაყვანის შესაძლებლობა, საჭიროების შემთხვევაში, იმავე დღეს. ამგვარი სიტუაციების მოგვარება ციხის შიგნით იზოლაციაში მოთავსებით დაუშვებელია.

თუმცა, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ჰოსპიტალიზაცია ხშირად გაქცევის რისკს უკავშირდება. ამიტომ სასამართლოს ან ადმინისტრაციულ ორგანოებს შეუძლიათ უარი თქვან პაციმრების საავადმყოფოში გადაყვანაზე. გაქცევის საშიშროების კიდევ ერთი უარყოფითი შედეგია პაციმრის მოთავსება იზოლაციაში, საავადმყოფოში მიყვანისთანავე, ზოგჯერ ფიზიკური შეზღუდვის პირობებში, სადაც ის რჩება საავადმყოფოში ყოფნის პერიოდში, თერაპიულ ღონისძიებათა სრულ სპექტრთან წვდომის გარეშე.

CPT-მ არაერთხელ გაამახვილა ყურადღება ამ დაუშვებელ ვითარებაზე. პაციმართა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ჰოსპიტალიზაციის პრობლემა „სამედიცინო ეკვივალენტობის“ შესაბამისად ევროპის საბჭოს უმეტეს წევრ სახელმწიფოში კვლავ გადაუჭრელი რჩება. აქედან გამომდინარე, აღსანიშნავია ორი კონკრეტული ინიციატივა:

- ▶ საფრანგეთში გაიხსნა „სპეციალურად ადაპტირებული საავადმყოფო განყოფილებები“ (UHSA), რომლებიც საზოგადოებრივი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების განუყოფელი ნაწილია. ფსიქიატრებს, ექთნებს, ფსიქოლოგებსა თუ თერაპევტებს ქირაობს და ანაზღაურებას უხდის საზოგადოებრივი ფსიქიატრიული სამსახურები. მოვლის სტანდარტები იგივეა, რაც სხვა საავადმყოფოებში. პერიმეტრის დაცვა, შესვლა/გასვლა და ვიზიტები ციხის სამსახურის კომპეტენციაში შედის. ეს არის ჯანდაცვისა და ციხის ადმინისტრაციებს შორის წარმატებული თანამშრომლობის შესანიშნავი მაგალითი, მნიშვნელოვანი კაპიტალდაბანდებითა და მიმდინარე

ხარჯებით, რაც განაპირობებს სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ფსიქიატრიული დახმარების მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას.

- ▶ ნიდერლანდებში ციხის ხელმძღვანელობა ოთხი „პენიტენციური ფსიქიატრიული ცენტრის“ (PPC) შექმნის ინიციატივით გამოვიდა, რომელიც ციხეებში ფსიქიატრიული მომსახურების 620 ადგილს უზრუნველყოფს. წინა ხაზის მომვლელები არიან ციხის თანამშრომლები, რომელთაც ფსიქიატრიულ პაციენტებზე ზრუნვის ორწლიანი მომზადება აქვთ გავლილი. ფსიქიატრების დასაქმებას ნიდერლანდების სასამართლო ფსიქიატრიის ინსტიტუტი ახორციელებს.

CPT-მ მოინახულა და დადებითად შეაფასა მოვლის ორივე ძალიან განსხვავებული მოდელი.

ციხის ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზებასა და მართვასთან დაკავშირებული ძირითადი კითხვები - საკონსტრუქციო სია

ორგანიზაციული, სამართლებრივი და ადმინისტრაციული ჩარჩო

1. არის თუ არა ციხის ჯანდაცვა სამინისტროს უშუალო პასუხისმგებლობის ქვეშ (და არა მხოლოდ ციხის უფროსის პასუხისმგებლობის ქვეშ)?
2. მოიცავს თუ არა ჯანდაცვის შესახებ ეროვნული კანონები (პირდაპირ ან ირიბად) ციხის ჯანდაცვას?
3. სრულად შეესაბამება თუ არა ციხის ჯანდაცვის სამართლებრივი რეგულაციები ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ ეროვნულ კანონს?
4. არსებობს უწყებათაშორისი კომიტეტი, რომელიც ხელს უწყობს თანამშრომლობას ციხის ჯანდაცვის მართვის საკითხებში?
5. ჯანდაცვის ბიუჯეტი ცალკეა გამოყოფილი ციხის საერთო ბიუჯეტისგან?
6. არსებობს ციხის ჯანდაცვის და/ან სტანდარტული ოპერაციული პროცედურის (SOP) გაწერილი ეროვნული სტანდარტები ციხის ჯანდაცვის კრიტიკული სცენარებისათვის?

ციხის ტერიტორია

7. კომპეტენტური ორგანოები - ჯანდაცვის სამინისტრო ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვა ორგანოები - რეგულარულად თუ ზედამხედველობენ პატიმართა ჯანსაღ საცხოვრებელ პირობებს, როგორცაა სივრცე, ჰიგიენა, სანიტარული პირობები, საკვები, წყალი, გათბობა, განათება და ნარჩენების უსაფრთხო განადგურება?
8. ციხეში ჯანდაცვის სამსახურის შენობა-ნაგებობები, აღჭურვილობა და პროფესიული კვალიფიკაცია გადის თუ არა ლიცენზირებისა და აკრედიტაციის იმავე პროცედურებს, რომლებიც საჭიროა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურისთვის?
9. აკმაყოფილებს თუ არა პირველადი ჯანდაცვის შენობები სივრცის, ბარიერების გარეშე ხელმისაწვდომობის, პირადი ცხოვრების დაცვისა და კონფიდენციალობის მოთხოვნებს?

სამედიცინო პერსონალი

10. ჯანდაცვის საკადრო უზრუნველყოფის გეგმით გათვალისწინებული ყველა თანამდებობა არის ციხეში დაკავებული?
11. ციხის ჯანდაცვის სპეციალისტების ხელფასები იგივეა ან მეტია, ვიდრე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების ხელფასები?
12. გაივლიან თუ არა ციხეში მომუშავე ჯანდაცვის სპეციალისტები იმავე CME/PHC-ს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებული მათი კოლეგები?
13. არის თუ არა პირველადი ჯანდაცვის პერსონალი სათანადოდ დაკომპლექტებული და მომზადებული იმისთვის, რომ პატიმრის ციხეში მოთავსებისას საფუძვლიანი სამედიცინო შემოწმება ჩაატაროს?
14. აქვს თუ არა ციხის პირველადი ჯანდაცვის პერსონალს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის, ოჯახის ექიმის ან ექთნის სრული კომპეტენცია, სიღრმისეული ცოდნა ციხეში სამედიცინო ეთიკასა და ჯანმრთელობის ყველა იმ დარღვევაზე, რომლებიც განსაკუთრებით გავრცელებულია იქ: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება,

გადამდები დაავადებები, ასევე, შეუძლია თუ არა ძალადობის შემთხვევების პროფესიონალური შემოწმება, დოკუმენტირება და შეტყობინება?

15. აქვს თუ არა ქალთა და არასრულწლოვან პატიმართა ციხეებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალს შესაბამისი კვალიფიკაცია პატიმრის საჭიროებათა დასაკმაყოფილებლად?
16. ინფორმირებულნი არიან თუ არა ჯანდაცვის სპეციალისტები, რომლებიც ციხის თანამშრომლების ფორმას ატარებენ, რომ პატიმრებისთვის სამედიცინო დახმარების გაწევისას ფორმა არ უნდა ეცვათ?

პირველადი ჯანდაცვა

17. ტარდება თუ არა სამედიცინო შემოწმება/კონსულტაცია პატიმრის ციხეში მოთავსებისას ან მისი მოთხოვნისას, გადავადების გარეშე და მოთავსებიდან ან მოთხოვნიდან არა უგვიანეს 24 საათისა?
18. არის თუ არა განცხადება სამედიცინო კონსულტაციის მოთხოვნაზე კონფიდენციალური და წინასწარ ხომ არ არჩევს მათ არასამედიცინო პერსონალი?
19. ჯანდაცვის მომსახურება უფასოა თუ პატიმრებმა საკუთარი ჯიბიდან უნდა გადაიხადონ მისი საფასური (ოფიციალურად თუ არაოფიციალურად)?
20. არის თუ არა ხელმისაწვდომი ფსიქიატრიული დახმარება, როგორც ზოგადი ჯანდაცვის სერვისების განუყოფელი ნაწილი, რომელზეც ყველა პატიმარს აქვს წვდომა?
21. ხელმისაწვდომია თუ არა ყველა ციხეში კვალიფიციური სტომატოლოგი და სათანადო სტომატოლოგიური აღჭურვილობა?
22. დაუყოვნებლივ ატყობინებენ თუ არა სამედიცინო დახმარების ჯგუფს იმ პირების შესახებ, რომლებიც დისკიპლინური მიზეზების გამო სამართლო საკანში მოათავსეს?
23. არის თუ არა უზრუნველყოფილი პატიმრის მოვლის უწყვეტობა ციხიდან გასვლის შემდეგ საზოგადოების მხარდამჭერ სტრუქტურებთან თანამშრომლობით?

მეორეული ჯანდაცვა და სტაციონარული მკურნალობა

24. საჭიროების შემთხვევაში რამდენად უზრუნველყოფილია დამატებითი სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურება - ამბულატორიული და/ან სტაციონარული - ზედმეტი შეფერხების გარეშე?
25. ხელმისაწვდომია თუ არა ფსიქიატრი/კლინიკური ფსიქოლოგი თითოეულ ციხეში და, საჭიროების შემთხვევაში, დაუყოვნებლივ ხელმისაწვდომია თუ არა ფსიქიატრიული სტაციონარული მკურნალობა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში?
26. არის თუ არა რეგულარულად ხელმისაწვდომი გინეკოლოგიური, სამენო და პედიატრიული მომსახურება პატიმრობაში მყოფი ქალებისა და ბავშვიანი დედებისთვის?
27. მიუწვდებათ თუ არა ხელი პატიმრებს სამოქალაქო ჯანდაცვის დაწესებულებებზე ზედმეტი შეფერხების გარეშე, როდესაც ციხის სამედიცინო დაწესებულებები ვერ უზრუნველყოფენ საჭირო სამედიცინო მომსახურებას?
28. უტარდებათ თუ არა პატიმრებს, რომლებსაც სჭირდებათ კვალიფიციური სპეციალისტები და/ან აპარატურა, ყველა ძირითადი ქირურგიული ოპერაცია და არაქირურგიული ინტენსიური სამედიცინო ჩარევა სამოქალაქო ჯანდაცვის დაწესებულებებში?
29. არსებობს თუ არა საავადმყოფოებში შერჩევითი სამედიცინო ჩარევის გამჭვირვალე რიგითობის სია, რომელიც ხელს უშლის პატიმართა უსაფუძვლო უპირატესობას და გადაუდებელ შემთხვევებში დაუყოვნებლივი ჩარევის საშუალებას იძლევა?

პრევენციული ზომები და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

30. არიან პატიმრობაში მყოფი პირები ჩართულნი ჯანდაცვის სახელმწიფო ინიციატივებში?
31. არის თუ არა ყველა ციხეში შემუშავებული გადამდები დაავადებების - ტუბერკულოზი, აივ ინფექცია / შიდსი, ჰეპატიტი B / C - პროფილაქტიკის სტრატეგიები, მათ შორის, ზიანის შემცირების ზომები და შეესაბამება თუ არა ისინი UNODC / WHO / ILO / UNAIDS რეკომენდაციებს?

32. შეესაბამება თუ არა ეს სტრატეგიები გადამდები დაავადებების პრევენციისა და ზიანის შემცირების ეროვნულ სტრატეგიებს და არის თუ არა მათთან ინტეგრირებული?
33. არსებობს თუ არა ყველა ციხეში ჯანმრთელობის ინტერპროფესიული ხელშეწყობის - მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის - პროგრამა ან ინიციატივა?

სამედიცინო დოკუმენტაცია

34. აკმაყოფილებს თუ არა სამედიცინო დოკუმენტაცია და სამედიცინო ჩანაწერები / ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები ციხეში იმავე მოთხოვნებს, რასაც სამედიცინო დოკუმენტაცია საზოგადოებაში და არის თუ არა ისინი ერთმანეთთან თავსებადი?
35. ინახება თუ არა სამედიცინო დოკუმენტები კონფიდენციალურად და არის ისინი ხელმისაწვდომი მხოლოდ სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტისათვის, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გარკვეული მონაცემების გასაჯაროებაა საჭირო, რაც დასაშვებია პაციენტის ნებართვის ან სასამართლოს ბრძანების საფუძველზე?
36. ციხეში მომუშავე ჯანდაცვის ყველა სპეციალისტი იყენებს დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) კოდირებულ დოკუმენტაციას?
37. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებსა ან ჯანდაცვის სამინისტროში რეგულარულად წარედგინებათ თუ არა სტრუქტურირებული ანგარიშები ციხეში მოპოვებული ეპიდემიოლოგიური მონაცემების შესახებ?

მედიკამენტები და სამედიცინო აღჭურვილობა

38. გამოიყენება თუ არა ძირითადი მედიკამენტების განახლებული სია, რომელიც შეესაბამება ჯანმოს ძირითადი მედიკამენტების ჩამონათვალს,⁵⁹ პირველადი ჯანდაცვის საჭიროების მქონე პაციენტებისთვის მედიკამენტების შესაძენად?
39. საჭიროა თუ არა ყველა მედიკამენტის ხელმისაწვდომობა პირველადი ჯანდაცვისთვის, ჯანმოს ძირითადი მედიკამენტე-

59 ჯანმოს ძირითადი მედიკამენტების ჩამონათვალი: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

ბის განახლებული ჩამონათვალის შესაბამისად?

40. მომზადებული და სერტიფიცირებული ფარმაცევტები აკონტროლებენ ცენტრალურ და ყველა პერიფერიულ დონეზე მედიკამენტების მართვას, შენახვასა და ჩანაცვლებას?
41. არსებობს თუ არა მინიმალური სამედიცინო აღჭურვილობის განახლებული სია პირველადი ჯანდაცვისთვის და არის თუ არა გარანტირებული მათი შეკეთება / ჩანაცვლება?

ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკა

42. ციხის ჯანდაცვის პერსონალი მხოლოდ პატიმართა მოვლით, მათ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ზრუნვითა დაკავებული (სამედიცინო ჩარევა მესამე მხარის ინტერესების გათვალისწინებით ხომ არ ხდება)?
43. იციან თუ არა რეჟიმის თანამშრომლებმა, რომ პატიმართა სამედიცინო კონსულტაციის / გამოკვლევისას ისინი, როგორც წესი, საკონსულტაციო ოთახის გარეთ უნდა დარჩნენ, სამედიცინო კონფიდენციალობის დაცვის მიზნით?
44. ითვალისწინებენ თუ არა პაციენტის თანხმობას და უარის თქმის უფლებას ციხეში სამედიცინო ჩარევაზე, მათ შორის, სამედიცინო შემოწმებაზე ციხეში მოთავსებისას და შიმშილობის დროს?
45. შეურაცხად პაციენტებს იძულებით მკურნალობენ მხოლოდ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში და მხოლოდ სასამართლოს ბრძანების საფუძველზე?
46. სამედიცინო პერსონალი კლინიკურ გადაწყვეტილებებს იღებს და სამედიცინო ჩარევას ახორციელებს სრულიად დამოუკიდებლად, ციხის ადმინისტრაციის ან სხვა მესამე პირების მხრიდან ზემოქმედების გარეშე?
47. არსებობს თუ არა სამართლებრივი და ადმინისტრაციული ზომები, რომლებიც უკუზრუნებელი დაავადების მქონე პაციენტებს გარეთ ღირსეული სიკვდილის საშუალებას აძლევს?
48. CPT-ის რეკომენდაციებისა და სტამბოლის პროტოკოლის შესაბამისად, დაუყოვნებლივ ატყობინებენ თუ არა სამედიცინო პერსონალს ძალადობის მსხვერპლის ყველა შემთხვე-

ვის შესახებ, თავისუფლების აღკვეთამდე თუ პატიმრობის პერიოდში, გამოკვლევის / კონსულტაციის და პროფესიული აღრიცხვისა და ანგარიშგების მიზნით?

49. შესაბამის სარეგისტრაციო ჟურნალში თუ აღირიცხება ფიზიკური შეზღუდვები, დაზიანებები, ძალადობა და სავარაუდო არასათანადო მოპყრობა, თვითდაზიანება, თვითმკვლელობის მცდელობები და თვითმკვლელობის, შიმშილობის ფაქტები?
50. შეესაბამება თუ არა სამედიცინო დანიშნულების იზოლაციის პროცედურები საზოგადოებაში არსებულ პროცედურებს?
51. ატყობინებენ თუ არა პატიმრების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ჩივილების შესახებ ჯანდაცვის დამოუკიდებელ სპეციალისტებს?
52. ციხის სამედიცინო პერსონალი იმავე დისციპლინარულ პროცედურებს ექვემდებარება, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსონალი? შეუძლიათ თუ არა პატიმრებს საჩივრის შეტანა უშუალოდ დისციპლინურ ორგანოში და მოუსმენს თუ არა მათ დისციპლინური ორგანო?

წყაროების ჩამონათვალი

- ▶ Commentary to Recommendation R(2006)2 of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules [კომენტარი ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაზე R(2006)2 წევრი სახელმწიფოებისადმი ევროპული ციხის წესების თაობაზე]: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966
- ▶ Constitution of the World Health Organization [ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წესდება]: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- ▶ Council of Europe, Annual Penal Statistics [ევროპის საბჭო, სისხლის სამართლის ყოველწლიური სტატისტიკა]: <http://wp.unil.ch/space>
- ▶ CPT (2013): Documenting and reporting medical evidence of ill-treatment. Extract from the 23rd General Report of the CPT [CPT (2013): არასათანადო მოპყრობის სამედიცინო მტკიცებულებების დოკუმენტირება და ანგარიშგება. ამონაწერი CPT-ის 23-ე ზოგადი მოხსენებიდან] CPT/Inf(2013)29-part.
- ▶ CPT standards. Substantive sections of the CPT's General Reports, Extract from the 3rd General Report 1993 [CPT-ის სტანდარტები. CPT-ის ზოგადი ანგარიშების ძირითადი ნაწილები, ამონაწერი მე-3 ზოგადი ანგარიშიდან, 1993]: <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 [დოლანი კ.,

ვირცი ალ., მუზენი ბ. და სხვ. (2016) აივ ინფექციის, ვირუსული ჰეპატიტისა და ტუბერკულოზის გლობალური ტვირთი პატიმრებსა და დაკავებულ პირებს შორის]. *Lancet*, 388, p.1089-1102.

- ▶ Dubois C, Linchet S, Mahieu C, Reynaert J-F, Seron P. (2017) Organization models of health care services in prisons in four countries. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 293 [დუბუა ს., ლინშე ს., მაჰუ ს., რეინერი ჯ-ფ., სერონი პ. (2017). ჯანდაცვის ორგანიზების მოდელები ოთხი ქვეყნის ციხეებში. ჯანდაცვის მომსახურების კვლევა (HSR). ბრიუსელი: ბელგიის ჯანდაცვის სფეროში ცოდნის ცენტრი (KCE). KCE-ს ანგარიშები 293]. D/2017/10.273/69.
- ▶ ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია: https://echr.coe.int/Documents/Convention_Instrument_KAT.pdf
- ▶ European Court of Human Rights, Thematic Report - Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights [ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო, თემატური მოხსენება - ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრეცედენტულ სამართალში], 2015: 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 [ფაზელი ს., დანეში ჯ. (2002). სერიოზული ფსიქიკური აშლილობა 23 000 პატიმარში: 62 კვლევის სისტემატური მიმოხილვა]. *Lancet*; 359, p. 545–50.
- ▶ Fazel S, Baillargeon J. (2011) The health of prisoners [ფაზელი ს., ბაილარგეონი ჯ. (2011). პატიმართა ჯანმრთელობა]. *Lancet*; 377, p. 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* [გოფმანი, ერვინგი (1961). ფსიქიატრიული საავადმყოფოები: ნარკვევები ფსიქიკური დაავადებების მქონე პაციენტების და სხვა თავისუფლებააღკვეთილ პირთა სოციალური მდგომარეობის შესახებ]. Anchor Books.

- ▶ Harding T.W. Aids in prison [ჰარდინგი ტ. ვ., შიდსი ციხეში]. 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? A briefing paper for a network meeting, Copenhagen; World Health Organization, Regional Office for Europe [ჰეიტონი პ., გათერერი ა., ფრეიზერი ა. (2010). პაციენტი თუ პატიმარი: აქვს მნიშვნელობა იმას, თუ რომელი სამინისტროა პატიმართა ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებელი? ქსელური სხდომის საინფორმაციო დოკუმენტი, კოპენჰაგენი; ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ევროპის რეგიონული ოფისი], EUR/10/05
- ▶ Human Rights Office of the High Commissioner (1982) Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისრის ოფისი (1982), სამედიცინო ეთიკის პრინციპები, რომლებიც ეხება ჯანდაცვის პერსონალის, განსაკუთრებით, ექიმების როლს პატიმართა და დაკავებულ პირთა წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისგან თუ დასჯისგან დაცვისას]: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>
- ▶ Human Rights Office of the High Commissioner. Istanbul Protocol [ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისრის ოფისი. სტამბოლის პროტოკოლი]: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>
- ▶ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (2016) 10th Revision [დაავადებათა და მათთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია, 2016 წლის მე-10 შესწორება] (ICD-10): <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
- ▶ Kintz, Kimberly E. (2013) "Quality measures in correctional health care" [კინცი, კიმბერლი. ე (2013), „ციხის ჯანდაცვის ხარისხის ასამაღლებელი ზომები“]. 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 [ლიმანი ჯ., რიჩარდსი აა., ემსლი ლ. და ო'მორი ეჯ. (2017): ციხეებში ჯანმრთელობის გაუმჯობესება - ფაქტებიდან განხორციელებამდე - დიდი ბრიტანეთის გამოცდილება]. *International Journal of Prisoner Health*, 13, p. 139-147.

- ▶ Lines R. (2006) From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons [ლაინსი რ. ეკვივალენტური სტანდარტებიდან ეკვივალენტურ მიზნებამდე: პატიმრებისთვის ჯანდაცვის უფრო მაღალი სტანდარტების მინიჭება, ვიდრე ციხის გარეთ არსებობს]. *International Journal of Prisoner Health*, 2, p. 269-280.
- ▶ Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P (2018) The dance of change in penitentiary care: window dressing or a new penitentiary care recipe? [პალუმბო რ., ანარუმა ს., ადინოლფი პ. (2018), პენიტენციურ სისტემაში მიმდინარე ცვლილებები: სინამდვილის დაფარვა თუ პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის ახალი რეცეპტი?] *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 [პონტი ი., ენგისტი სტ., სტოვერი პ., უილიამსი ბ., გრეიფინგერი რ., ვულფი პ. (2018). ციხის ჯანდაცვის მართვა: კლინიკური დამოუკიდებლობის გარანტია]. *American Journal of Public Health*, 108(4), p. 472-476.
- ▶ Lehtmetts, A and Pont, J (2014) Prison Health Care and Medical Ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being [ლეჰტმეტსი ა. და პონტი ი. (2014). ციხის ჯანდაცვა და სამედიცინო ეთიკა. სახელმძღვანელო ჯანდაცვის თანამშრომლებისა და ციხის სხვა პერსონალისათვის, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან პატიმრების კეთილდღეობაზე]: <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>
- ▶ Public Health England, Health and Justice Annual Review 2016/17 [ინგლისის საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ჯანდაცვის და მართლმსაჯულების სისტემების ყოველწლიური მიმოხილვა 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 [ინგლისის საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. პატიმრობაში მყოფ პირთა ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების ფაქტების ოპერატიული მიმოხილვა, ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის (NHS) დავალებით, სამომავლო სამედიცინო ჩარევების შესახებ ინფორმირების და ინგლისში არსებული პროორიტეტების განსაზღვრის მიზნით].
- ▶ Recommendation R(98)7 of the Committee of Ministers to member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prisons [მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(98)7 წევრი სახელმწიფოებისადმი ციხის ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების თაობაზე]: <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>
- ▶ Recommendation R(2006)2 of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules [მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(2006)2 წევრი სახელმწიფოებისადმი ევროპული ციხის წესების თაობაზე]: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25
- ▶ UN: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [გაერო: ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი]: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- ▶ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000) General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health [გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტი (CESCR) (2000), ზოგადი კომენტარი No. 14: უფლება ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლეს მიღწევად სტანდარტზე] E/C.12/2000/4: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
- ▶ UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules) [პატიმრებთან მოპყრობის შესახებ გაეროს მინიმალური სტანდარტული წესები (ნელსონ მანდელას წესები)]: 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 [ანალიტიკური ნარკვევი, აივ ინფექციის პროფილაქტიკა, მკურნალობა, და მოვლა ციხეებსა და სხვა დახურული ტიპის დაწესებულებებში]: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/enwww.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/
- ▶ Urbach D.R. (2015) Pledging to eliminate low-volume surgery [ურბახ დ.რ. (2015). მცირე მოცულობის ქირურგიული ოპერაციების ამოღება]. The New England Journal of Medicine. 373, p. 1388-1390.
- ▶ WHO/UNODC: Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison [ციხის ჯანდაცვის სწორი მართვა 21-ე საუკუნეში. ანალიტიკური ნარკვევი ციხის ჯანდაცვის ორგანიზების შესახებ]: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/
- ▶ WHO, Moscow Declaration on Prison Health as Part of Public Health [ჯანმო, მოსკოვის დეკლარაცია: ციხის ჯანდაცვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შემადგენელი ნაწილია]: <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>
- ▶ WHO, The Ottawa Charter for Health Promotion [ჯანმო, ოტავას ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ქარტია]: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- ▶ WHO Europe (2014) Prisons and Health. Promoting health in prisons: a settings approach [ჯანმო, ევროპა: ციხეები და ჯანმრთელობა. ციხეებში ჯანმრთელობის ხელშეწყობა: კომპლექსური მიდგომა], p. 180-184: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>
- ▶ WHO, Primary Health Care [ჯანმო, პირველადი ჯანდაცვა]: <http://www.who.int/primary-health/en/>
- ▶ WHO, Model list of essential medicines [ჯანმო, ძირითადი მედიკამენტების ჩამონათვალი]: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

- ▶ World Medical Association. International Code of Medical Ethics [მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია. სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი]: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>
- ▶ World Medical Association (2008) Declaration of Seoul on Professional
- ▶ Autonomy and Clinical Independence [მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია (2008), სეულის დეკლარაცია პროფესიული ავტონომიისა და კლინიკური დამოუკიდებლობის შესახებ]: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomyand-clinical-independence/>
- ▶ World Medical Association (2017) Statement on body searches of prisoners [მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია, განცხადება პატიმართა სხეულის ჩხრეკის შესახებ]: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners>
- ▶ World Medical Association (2017) Statement on solitary confinement [მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია (2017), განცხადება პატიმრის იზოლირების შესახებ]: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement>

დანართი 1: ციხის ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციისა და პართიის შესახებ სართავორის დოკუმენტები

ევროპის საბჭო:

- ▶ ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია: https://echr.coe.int/Documents/Convention_Instrument_KAT.pdf
- ▶ Recommendation R(2006)2 of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules [მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(2006)2 წევრი სახელმწიფოებისადმი ევროპული ციხის წესების თაობაზე]: <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806ab9ae>
- ▶ Recommendation R(93)6 of the Committee of Ministers to member States concerning Prison and Criminological Aspects of the Control of Transmissible Diseases including AIDS and Related Health Problems in Prison [მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(93)6 წევრი სახელმწიფოებისადმი ციხისა და გადამდები დაავადებების, მათ შორის, შიდსის და მათთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების კონტროლის კრიმინოლოგიური ასპექტების თაობაზე]: <https://rm.coe.int/16804d7777>
- ▶ CPT standards (1993) Substantive sections of the CPT's General Reports, Extract from the 3rd General Report [CPT-ის სტანდა-

რტები. CPT-ის ზოგადი ანგარიშების ძირითადი ნაწილები, ამონაწერი მე-3 ზოგადი ანგარიშიდან]: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

- ▶ CoE/WHO (2014), Strasbourg Conclusions on Prisons and Health, 2014 [ევროპის საბჭო/ჯანმო, სტრასბურგის დასკვნები ციხისა და ჯანდაცვის შესახებ]: <https://rm.coe.int/strasbourgconclusions-on-prisonsand-health-final-draft-20-june-2014/168075f56c>

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია:

- ▶ Human Rights Office of the High Commissioner (1982) Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისიის ოფისი, სამედიცინო ეთიკის პრინციპები, რომლებიც ეხება ჯანდაცვის პერსონალის, განსაკუთრებით ექიმების როლს პატიმართა და დაკავებულ პირთა წამებისა და არადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯისგან დაცვის დროს]: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>
- ▶ Constitution of the World Health Organization [ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წესდება]: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

ჯანმო/გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის ოფისი:

- ▶ WHO (2013) Good governance of prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health [ჯანმო, ციხის ჯანდაცვის სწორი მართვა 21-ე საუკუნეში: ანალიტიკური ნარკვევი ციხის ჯანდაცვის ორგანიზების შესახებ]: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governancefor-prison-health-in-the-21st-century.pdf

დანართი 2: ღამაჯუბითი ღოკუბენსუბი

- ▶ 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 [მერდოკი ჯ., ჟირიკკა ვ., ციხეში არასათანადო მოპყრობის წინაღმდეგ ბრძოლა. სახელმძღვანელო ციხის თანამშრომლებისთვის, აქცენტი კეთდება არასათანადო მოპყრობის პრევენციასზე, ევროპის საბჭო]: <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 [პონტი ი., სტოვერი ჰ., ვოლფი ჰ. (2012): ორმაგი ლოიალობა ციხის ჯანდაცვის სისტემაში.]. American Journal of Public Health, 102(3): p. 475–480. Retrieved from: 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 [ჯანმოს ევროპის რეგიონული ოფისი (2010), მადრიდის რეკომენდაცია: ციხეებში ჯანმრთელობის დაცვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი ნაწილია]. Copenhagen. 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 [ჯანმოს ევროპის რეგიონული ოფისი, ქალთა ჯანმრთელობა ციხეში. ციხის

ჯანდაცვის სისტემაში გენდერული უთანასწორობის გამოსწორება]. Copenhagen. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf?ua=1

- ▶ WHO Regional Office for Europe (2007) Trenchin statement on prisons and mental health [ჯანმოს ევროპის რეგიონული ოფისი, ტრენჩინის განცხადება ციხეებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ]. Copenhagen. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf?ua=1)
- ▶ UNODC (2011) Bangkok Rules, Rules for the Treatment of Women Prisoners and Noncustodial Measures for Women Offenders [ბანგკოკის წესები, წესები ქალ პატიმართა მოპყრობისა და მსჯავრდებულ ქალთა არასაპატიმრო ღონისძიებების შესახებ]: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf
- ▶ WHO (2014) Prisons and Health [ჯანმო (2014) ციხეები და ჯანმრთელობა]:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf

აღნიშნული პუბლიკაცია მიზნად ისახავს რეკომენდაციების მიწოდებას პოლიტიკოსებისა და შესაბამისი დაწესებულებების ხელმძღვანელებისთვის, რომლებმაც უნდა უზრუნველყონ ციხის ჯანდაცვის პოლიტიკის ინტეგრაცია და შესაბამისობა ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკასთან. ევროპის საბჭოს პუბლიკაცია „ციხის ჯანდაცვა და სამედიცინო ეთიკა“ – სახელმძღვანელო პენიტენციური დაწესებულების სამედიცინო პერსონალისა და სხვა თანამშრომლებისთვის, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან პატიმართა ჯანმრთელობაზე, შეიძლება დამატებით პრაქტიკულ გზამკვლევად გამოვიყენოთ ციხის ჯანდაცვის სფეროში. ეს სახელმძღვანელო ციხის ჯანდაცვის ორგანიზებისა და მართვის საკითხებზე გამართული მრავალმხრივი შეხვედრის შედეგია, რომელიც ჩატარდა სტრასბურგში, 2017 წლის ოქტომბერში, ევროპის საბჭოს პენიტენციურ სფეროში თანამშრომლობის ფარგლებში, რომელსაც ახორციელებს სისხლის სამართლის სფეროში თანამშრომლობის განყოფილება. ტექსტი შეგიძლიათ იხილოთ შემდეგ ბმულზე: <https://www.coe.int/en/web/criminal-law-coop>

KAT

www.coe.int

ევროპის საბჭო არის ადამიანის უფლებათა მოწინავე ორგანიზაცია კონტინენტზე. იგი 46 წევრი სახელმწიფოსაგან შედგება, რომელთა შორისაა ევროკავშირის ყველა წევრი ქვეყანა. ევროპის საბჭოს ყველა წევრმა სახელმწიფომ ხელი მოაწერა ადამიანის უფლებათა ევროპულ კონვენციას - ხელშეკრულებას, რომლის ძირითად მიზანს ადამიანის უფლებების დემოკრატიისა და კანონის უზენაესობის დაცვის უზრუნველყოფა წარმოადგენს. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE