



საქართველოს სახალხო დამცველი
პრევენციის ეროვნული მექანიზმი

ჯანმრთელობის უფლების რეალიზება და
მასთან დაკავშირებული პრობლემები
საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში
(სპეციალური ანგარიში, 2009 წელი,
2010 წლის პირველი ნახევარი

2010 წელი
www.ombudsman.ge

თბილისი

სარჩევი

შესავალი.....	4
რეფორმა საქართველოს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში.....	30
გადატვირთულობა	43
სამედიცინო სამსახურის დაფინანსება.....	44
სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოება	46
სამედიცინო ინფრასტრუქტურა.....	48
მედიკამენტებით მომარაგება და აფთიაქების საქმიანობა.....	56
ექიმის ხელმისაწვდომობა	60
სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობა.....	70
ჯანდაცვის პერსონალი ციხეში	71
არასათანადო მოპყრობა	80
უკანონო საექიმო საქმიანობა.....	85
კონფიდენციალურობა და საექიმო საიდუმლო.....	92
ინფორმაციის მიწოდება.....	96
სამედიცინო დოკუმენტაცია.....	99
ინფორმირებული თანხმობა	105
პატიმართა გადაყვანა სამკურნალო დაწესებულებაში	107
სანიტარიულ–ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა.....	110
პატიმრები, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა	121
ქალი პატიმრები	126
არასრულწლოვანი პატიმრები	128
წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირები	130
ფსიქიკური პორბლემების მქონე პატიმრები.....	131
წამალდამოკიდებულების მქონე პირები	143

პატიმრების კვება	151
შიშშილობა	154
ტუბერკულოზი	159
ვირუსული ჰეპატიტები	167
აივ ინფექცია/შიდსი	176
სიკვდილობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში	180

შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გასული საუკუნის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვანი გაკვეთილი, რომელიც ნათლად დაინახა საზოგადოებამ, იმაში მდგომარეობდა, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემამ შეუძლებელია, კვლავაც გააგრძელოს პენიტენციური ჯანდაცვის, როგორც მისი ერთ-ერთი ინტეგრალური ნაწილის იგნორირება. ტუბერკულოზის, აივ ინფექციის, ვირუსული ჰეპატიტების და სხვა მძიმე და ამასთან კომუნიკაბელური (გადამდები) დაავადებების გავრცელებამ, იმის გაცნობიერებამ, რომ სასჯელაღსრულების დაწესებულებები არ არის ადაპტირებული ნარკოლოგიური და ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების განსათავსებლად, ახალ რანგში აიყვანა პენიტენციური ჯანდაცვის საკითხები და დღის წესრიგში დააყენა ამ სისტემის რადიკალური რეფორმირების პრიორიტეტულობა. მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში საზოგადოება ცდილობს, თავისებურად გაუმკლავდეს ამ სერიოზულ ჯანდაცვით გამოწვევას. პენიტენციური ჯანდაცვის პრობლემების წინააღმდეგ ბრძოლის ნებისმიერი ეროვნული სტრატეგია მოითხოვს ისეთი პოლიტიკის შემუშავებას და განხორციელებას, რომელიც მიმართულია სასჯელაღსრულების სისტემაში განთავსებულ პირთათვის ჯანდაცვის მომსახურებით ეკვივალენტური უზრუნველყოფისკენ.

წარმატებული პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა ქმნის მნიშვნელოვან სარგებელს ზოგადად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემისათვის და მთლიანად საზოგადოებისათვის. კერძოდ, ხელს უშლის დაავადებათა გავრცელებას ეროვნული მასშტაბით, უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის განმტკიცებას და საზოგადოების დარწმუნებას იმაში, რომ საკუთარი ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის განმტკიცება მნიშვნელოვანია სხვათა ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისათვის, რაც, საბოლოო ჯამში, პოზიტიურად მოქმედებს საზოგადოების ჯანმრთელობის სტატუსზე და ამგვარად, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პრინციპის – „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მიღწევაში.

პოლიტიკური ლიდერობის დონეზე, „ჯანმრთელი ციხის“ მოდელის უმნიშვნელოვანეს ნაბიჯებად უნდა მივიჩნიოთ იმის გაცნობიერება და აღიარება, რომ:

- პენიტენციური დაწესებულება, თავის მხრივ, ასრულებს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან საზოგადოებრივ ფუნქციას;
- ციხის ჯანმრთელი ან მოავადე მოსახლეობა პირდაპირ და მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ზოგადად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაზე;
- პენიტენციური ჯანდაცვის და ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურებს შორის უნდა არსებობდეს მჭიდრო კავშირი;
- აუცილებელია საერთაშორისო გამოცდილების გაცნობა, აღიარება და იმპლემენტაცია.

სამწუხაროდ, ჩვენს საზოგადოებას დღესდღეობით სუსტად ან საერთოდ არ აქვს გაცნობიერებული, რომ პენიტენციური ჯანდაცვა წარმოადგენს საზოგადოებრივი სამსახურის ინტეგრალურ ნაწილს. მიუხედავად თავისუფლების აღკვეთისა, პენიტენციური სისტემის უპირველეს ამოცანას უნდა წარმოადგენდეს არა მხოლოდ

სადასჯელო ფუნქცია, არამედ მის სისტემაში მყოფ პირთა რეაბილიტაცია და გარკვეულ ეტაპზე საზოგადოებაში რეინტეგრირებისათვის მომზადება. აღნიშნული კი იმას გულისხმობს, რომ დაუშვებელია თავისუფლებადკვეთილ პირთათვის ჯანმრთელობაზე უფლების ხელის შეშლა ან რაიმე სახით შეზღუდვა.

ამ მიზნის მისაღწევად, კი პენიტენციური ჯანმრთელობის დაცვის სტანდარტის ძირითადი კომპონენტები უნდა ითვალისწინებდეს, რომ:

- პირებს, რომლებიც იმყოფებიან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში აქვთ ჯანდაცვის იგივე უფლებები, რაც პაციენტებს სამოქალაქო სექტორში;
- პენიტენციური დაწესებულების ადმინისტრაციას აქვს მოვალეობა აკონტროლოს, რომ მსჯავრდებულებს მიეწოდებოდეთ ჯანდაცვის ადეკვატური სერვისები და რომ ციხეში არსებული გარემო და პირობები ნეგატიურად არ მოქმედებდეს როგორც პატიმართა, ისე დაწესებულების თანამშრომელთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე;
- პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომლები მათ ბენეფიციარებს, უპირველეს ყოვლისა, უნდა განიხილავდნენ პაციენტებად და არა პატიმრებად;
- ჯანდაცვის პროფესიონალებს უნდა ჰქონდეთ იმავე ხარისხის პროფესიული დამოუკიდებლობა და ავტონომიურობა, როგორიც აქვთ მათ კოლეგებს პენიტენციური სისტემის მიღმა;
- პენიტენციური ჯანდაცვის პოლიტიკა ინტეგრირებული უნდა იყოს ქვეყნის ეროვნულ ჯანდაცვის პოლიტიკასთან და შესაბამისად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადმინისტრაცია უშუალოდ უნდა აკონტროლებდეს პენიტენციური ჯანდაცვის საკითხებს;
- ყურადღება უნდა გამახვილდეს ჯანდაცვის ყველა ასპექტზე და განსაკუთრებით, კომუნიკაბელურ (გადამდებ) დაავადებებზე;

ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ მრავალი მსგავსების მიუხედავად, არსებობს მცირე განსხვავებებიც პენიტენციურ და სამოქალაქო ჯანდაცვის მომსახურებას შორის. უპირველეს ყოვლისა, აღნიშნული იმაში მდგომარეობს, რომ პატიმრები ავტომატურად კარგავენ ჯანდაცვის სოციალურ კომპონენტს (აღნიშნული მოიცავს ავადმყოფის მდგომარეობაზე კონტროლის დაკარგვას, ოჯახისა და სოციალური წრის მხრიდან მხარდაჭერის კომპონენტის დაკარგვას, ინფორმაციის არარსებობას და გარემოს ცოდნისა და აღქმის დაბალ დონეს). პენიტენციურ დაწესებულებაში შექმნილი გარემო ხშირად ქმნის საფრთხეს პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, განსაკუთრებით რისკის ქვეშ დგება პირადი უსაფრთხოების განცდის საკითხები. შემთხვევათა უმრავლესობაში, მსჯავრდებულებს ნაკლები შესაძლებლობა აქვთ, აირჩიონ პერსონალი, რომელმაც მათ სამედიცინო დახმარება უნდა გაუწიოს. ანალოგიურად, პენიტენციური ჯანდაცვის პერსონალს შეზღუდული აქვს შესაძლებლობა, შეარჩიოს პაციენტები. გარდა ამისა, ვერც პაციენტი და ვერც მკურნალი ყოველთვის ვერ ირჩევენ მკურნალობის კურსის დაწყებისა და დასრულების დროს.

ანგარიშის მოკლე მიმოხილვა

- **რეფორმა საქართველოს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში**

საქართველოს პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის წარმატებული დაგეგმვისა და განხორციელების სურვილის მიუხედავად, რეფორმის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა უამრავ მნიშვნელოვან ხარვეზს და უზუსტობას შეიცავს. რეფორმის განხორციელების პროცესში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაწილეობა მინიმალურია და არამკაფიო. პროცესის დაგეგმვა და იმპლემენტაცია არ ეყრდნობა წინასწარ ჩატარებულ მიზანმიმართულ და მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ (EBM) სამედიცინო საჭიროებათა კვლევას. ბოლო წლების განმავლობაში გატარებული ცვლილებები ფრაგმენტული ხასიათისაა და არ წარმოადგენს ერთიანი ჯაჭვის თანმიმდევრულ კომპონენტებს. რეფორმის სტრატეგია და გეგმა არ არის ჰარმონიზებული მოწინავე ქვეყნების საუკეთესო გამოცდილებებსა და საერთაშორისო სტანდარტებთან, ასევე ეროვნულ დონეზე წარმართულ სხვა სფეროებში მიმდინარე ანალოგიურ პროცესებთან;

- **გადატვირთულობა**

2009–2010 წლის განმავლობაში, საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის ზოგიერთ დაწესებულებაში, მუდმივად ან რომელიმე ეტაპზე მაინც, სახეზე იყო დაწესებულებათა გადატვირთულობის პრობლემა. მიუხედავად იმისა, რომ გასულ წლებთან შედარებით ამ მხრივ პენიტენციურმა სისტემამ მკვეთრ პროგრესს მიაღწია, გადატვირთულობა მაინც პირდაპირ ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურებაზე ციხეებში და პროპორციულად აისახება მომსახურების ხარისხზე;

- **სამედიცინო სამსახურის დაფინანსება**

საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო მომსახურება ფინანსდება საქართველოს ბიუჯეტში სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ასიგნებათა ფარგლებში გათვალისწინებული სახსრებით, მაშინ როცა სამოქალაქო ჯანდაცვა, სამედიცინო მომსახურებათა სახეების დაფინანსებას ახდენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ასიგნებათა ფარგლებში გამოყოფილი საბიუჯეტო სახსრებით. საქართველოს კანონის „პაციენტის უფლებების შესახებ“ 45-ე მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად – „სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით“, რაც რეალურად არ სრულდება. შედეგად, იქმნება მნიშვნელოვანი დისბალანსი და სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტობის პრინციპის უხეში დარღვევა.

- **სტატუსი**

საქართველოს პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის სამსახური, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან გადავიდა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროში და ჩამოყალიბდა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სახით. აღნიშნული ცვლილება პოზიტიურ ნაბიჯად უნდა შეფასდეს, თუმცა ამ ეტაპზე შემდგომი პროგრესი შეჩერებულია და სისტემის მართვა, არ მოქცეულა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მართვის სფეროში, რაც უამრავ ტექნიკურ, ორგანიზაციულ, ადმინისტრაციულ, კლინიკურ და სხვა ჯანდაცვით პრობლემებს ქმნის და ამწვავებს;

- **სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოება**

საქართველოს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში, სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოება არ ხდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით. სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოება გასულ წლებში ატარებდა არასისტემურ და ქაოტურ ხასიათს. 2010 წლის გაზაფხულიდან ამ მხრივ დადებითი ტენდენცია შეინიშნება, თუმცა შედეგი დამაკმაყოფილებლად ვერ ჩაითვლება იმის გამო, რომ სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაცია იწარმოება მკვეთრად განსხვავებული სახით და ფორმით, ვიდრე ეს ხდება ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორში. ინფორმაციის მოგროვებას აქვს მექანიკური ხასიათი, არ ხდება ბიოსამედიცინო სტატისტიკური წესების მიხედვით შედეგების და ჯანმრთელობის პარამეტრების გამოთვლა. აღნიშნულის შედეგად, შეუძლებელი ხდება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში შექმნილი ჯანდაცვითი მდგომარეობის სპექტრის ადეკვატური ანალიზი, მონაცემების დამუშავება, შედარება ან აღნიშნული მონაცემების გათვალისწინება შემდგომი პროგრესის მისაღწევად.

- **სამედიცინო ინფრასტრუქტურა**

სამედიცინო ინფრასტრუქტურა საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში კვლავ მძიმე მდგომარეობაშია. ზოგიერთ სასჯელაღსრულებით დაწესებულებაში კვლავ აგრძელებს ფუნქციონირებას ადამიანის პატივისა და ღირსებისათვის შეუფერებელი სამედიცინო პუნქტები. რამდენიმე დაწესებულებაში არ არსებობს სტაციონარული მომსახურების კომპონენტი. სამედიცინო დანიშნულების ოთახები არ შეესაბამება საერთაშორისო და ეროვნულ სტანდარტებს და შესაბამისად ვერ უთანაბრდება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ საშუალო დონეს. კვლავ გადაუჭრელ და მოუგვარებელ პრობლემად რჩება პენიტენციური სისტემის სამკურნალო დაწესებულებათა ლიცენზირების საკითხი. კატეგორიულად ვერ დავეთანხმებით სამინისტროს და დეპარტამენტის მოსაზრებას იმის თაობაზე, რომ აღნიშნული სამკურნალო დაწესებულებები შეესაბამება ევროპულ სტანდარტებს. სამედიცინო ნაწილებში, სამედიცინო დანიშნულების საგნებით, აპარატურით, ავეჯით და სხვა საჭირო ინვენტარით აღჭურვა მწირია. დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობას არ აქვს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისათვის საჭირო ხელსაწყოები. საანგარიშო პერიოდში რამდენიმე დაწესებულებაში სამედიცინო ინფრასტრუქტურის რემონტი ჩატარდა. აუცილებელია აღინიშნოს, რომ სარემონტო სამუშაოების დასრულებამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა არსებული პირობები სანიტარიული თვალსაზრისით, თუმცა განახლებული სამედიცინო პუნქტები წარმოადგენს ჩვეულებრივი საკნის ტიპის სათავსოებს და რაიმე სპეციფიკური სამედიცინო დატვირთვა მათ არ გააჩნიათ;

- **მედიკამენტებით მომარაგება და აფთიაქის საქმიანობა**

მედიკამენტებით მომარაგების საკითხი სხვადასხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში განსხვავებულია. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო პერიოდში მოხდა მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თანხის ლიმიტის ზრდა, ადგილზე არსებული მედიკამენტების ჩამონათვალი აბსოლუტურად ვერ აკმაყოფილებს იმ ჯანდაცვითი საჭიროებების მოგვარებას, რომელიც სასჯელაღსრულების დაწესებულებებშია შექმნილი. მედიკამენტების მიწოდება ზოგან შეფერხებულია. მედიკამენტების სხვადასხვა ჯგუფების შესაძენად სატენდერო სისტემაზე გადასვლამ ასევე მრავალი ორგანიზაციული პრობლემა შექმნა. ტენდერები ხშირად დაგვიანებულად ტარდება, რაც იწვევს მედიკამენტების მიწოდების შეფერხებას.

ფარმაცევტულ ბაზარზე, ზოგადად მედიკამენტების ფასების მატებამ, პრობლემები შექმნა პენიტენციური ჯანდაცვის სფეროშიც. შეუძლებელია მვირადღირებული მედიკამენტების მოთხოვნა და შეტანა სამედიცინო ნაწილებში ან მათი რაოდენობა არასაკმარისია, რაც მკურნალობის კურსის ადეკვატურად ჩატარების საშუალებას არ იძლევა. აფთიაქების საკმიანობა სამედიცინო ნაწილებში ძირითადად წარმართებოდა დარგის სპეციალისტების მიერ. 2010 წლის მეორე ნახევრიდან აფთიაქებს გადაერქვათ სახელი და ეწოდათ „წამლების სამარაგო“, ხოლო პერსონალს – „წამლების სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირი“. უკანასკნელი ტენდენციებით, ამ თანამდებობაზე შესაძლებელია დაინიშნოს არაფარმაცევტული განათლების მქონე პირიც, რაც უკან გადადგმული ნაბიჯია;

- **ექიმის ხელმისაწვდომობა**

ექიმის ხელმისაწვდომობა სასჯელაღსრულების სისტემის დაწესებულებებში ასევე განსხვავებულია ქვეყნის რეგიონების მიხედვით. ზოგიერთ დაწესებულებაში ექიმთა რაოდენობა საკმარისია, ზოგიერთში მათი რაოდენობა მკვეთრად მცირეა. კვლავ ვხვდებით ისეთი პროფილის ექიმებს, რომელთა ლიცენზიაში მითითებული სპეციალობა ამოღებულია საექიმო სპეციალობათა ჩამონათვალიდან. მსგავსი სიტუაციაა საშუალო სამედიცინო პერსონალის თვალსაზრისითაც. მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა დაწესებულებები, რომლებშიც ექიმთა სადღეღამისო მორიგეობა არ ხდება. ექიმთა დისპროპორცია დაფიქსირდა ასევე ექიმთა სპეციალობების მიხედვითაც. ადგილობრივ ექიმთა სერტიფიკატით ნებადართული საექიმო სპეციალობების სპექტრი შეზღუდულია, რასაც პრაქტიკულად ვერ ანაცვლებს აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს ექიმ კონსულტანტთა ჯგუფები. ზოგიერთ დარგში, პაციენტებს საერთოდ არ მიეწოდებათ საჭირო საექიმო დახმარება ექიმ სპეციალისტის არარსებობის ან ამ უკანასკნელთა გადატვირთული სამუშაო რეჟიმის გამო;

- **სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობა**

2009 –2010 წლებში, საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში განხორციელდა პოზიტიური ცვლილება, რაც სტომატოლოგიური დახმარების მოცულობის გაზრდაში გამოიხატება. პრაქტიკულად ყველა დაწესებულებაში დამონტაჟდა სტომატოლოგიური კაბინეტები. დაწესებულებათა უმრავლესობას უკვე ჰყავს თავისი სტომატოლოგი. არის ასევე შემთხვევები, როდესაც ერთი და იგივე სტომატოლოგი რამდენიმე დაწესებულებას ემსახურება კვირის დღეების მიხედვით. წარსულში, სტომატოლოგიური დახმარება ძირითად შემთხვევებში შემოიფარგლებოდა მხოლოდ კბილის ექსტრაქციით, გატარებული ცვლილების შემდგომ კი ეტაპობრივად დაიწყო თერაპიული სტომატოლოგიური მომსახურებაც, რაც უპირველეს ყოვლისა პატიმრებს საშუალებას აძლევს მოხდეს კბილის დაბჯენა და ზოგიერთი სხვა სახის სტომატოლოგიური დაავადების მკურნალობა;

- **ჯანდაცვის პერსონალი ციხეში**

სამედიცინო პერსონალის მოვალეობები სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული. ექიმთა გარკვეული ნაწილი კვლავ დაწესებულების ადმინისტრაციის ზეგავლენის ქვეშ არის მოქცეული და სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღებისას, უპირატეს მნიშვნელობას ანიჭებს არა პაციენტის საუკეთესო ინტერესებს, არამედ სასჯელაღსრულების დაწესებულების ადმინისტრაციის მოსაზრებას. ამ მხრივ, სამედიცინო დეპარტამენტის გადატანამ სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან სამინისტროს სტრუქტურაში

მნიშვნელოვანი გარდატეხა ვერ შეიტანა. ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლება და პროფესიული განვითარება სისტემაში პრაქტიკულად მინიმალურ ნიშნულზეა. ექიმთა აბსოლუტურ უმრავლესობას, 2009–2010 წლებში გავლილი არ აქვს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ აკრედიტებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები. რაც შეეხება სხვა სახის ტრენინგებში და სემინარებში მონაწილეობას, ამ მხრივაც საკმაოდ ბევრია გასაკეთებელი, რათა მუდმივად ხდებოდეს ექიმის ცოდნისა და კვალიფიკაციის ამაღლება. აქედან გამომდინარე, ექიმთა გარკვეული ნაწილის კომპეტენტურობა საკმაოდ დაბალია. ზოგიერთი ექიმი ვერ ფლობს პროფესიულ უნარ-ჩვევებს და საკმარის ცოდნას. ამის ერთ-ერთ მიზეზად უნდა დასახელდეს, პენიტენციური ჯანდაცვის ექიმთა უწყვეტი იზოლაცია და სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორთან მათი უმნიშვნელო კავშირები. ჩვენ ვერ ვნახეთ სასჯელაღსრულების დაწესებულების ვერც ერთი ექიმი, რომელიც არის რომელიმე პროფესიული გაერთიანების წევრი, როგორც ეროვნულ ისე საერთაშორისო დონეზე.

- **არასათანადო მოპყრობა**

საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში კვლავ გრძელდება მანკიერი პრაქტიკა, როდესაც ექიმი პირდაპირ მონაწილეობს პატიმართა დასჯის პროცესში. ზოგიერთი გამონაკლისის გარდა, ყველა დაწესებულებაში, კარცერში მოთავსების წინ ექიმი ხელს აწერს დოკუმენტს, რომელიც პრაქტიკულად წარმოადგენს იმის სანქცირებას, რომ კონკრეტული პატიმარი, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე გაუძღვება დასჯას. აღნიშნული უხეშად ეწინააღმდეგება საქართველოს კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ 54-ე მუხლს. ასევე სრულად არღვევს ეროვნულ და საერთაშორისო ეთიკის ნორმებს;

- **უკანონო საექიმო საქმიანობა**

2009–2010 წლების განმავლობაში, მონიტორინგის მრავალრიცხოვანი ვიზიტების დროს გამოვლენილია უკანონო საექიმო საქმიანობის არაერთი ფაქტი. კერძოდ საუბარია ისეთ შემთხვევებზე, როდესაც კონკრეტული სპეციალობის ექიმის ფუნქციებს შესაბამისი პროფილის ექიმი არ ასრულებს. მაგალითად, ექიმები სპეციალობით „შინაგანი მედიცინა“ ახდენენ პაციენტებისათვის ქირურგიული დახმარების აღმოჩენას, ჭრილობების პირველადი ქირურგიული დამუშავების ჩატარებას, გაკერვას, დრენირებას და ა.შ. ამით უდიდესი რისკის ქვეშ დგება პაციენტის ჯანმრთელობა და სიცოცხლე. აღნიშნული ქმედება ძირითად შემთხვევებში ხორციელდება იმ მიზნით, რომ ქირურგიული (ან სხვა სახის პროფილური) სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად, თავიდან იქნას აცილებული პატიმრის გადაყვანა სამკურნალო დაწესებულებებში. ცალკე უნდა გამოიყოს ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნისა და მოხმარების საკითხი ამ მხრივ საგანგაშო მდგომარეობაა შექმნილი. აღრიცხვის ყოველგვარი წესის დარღვევით ხდება ამ საშუალებათა დანიშვნა და გამოყენება, რაც მკვეთრად ნეგატიურად აისახება როგორც პატიმართა ჯანმრთელობაზე, ისე ზოგადად დაწესებულებებში შექმნილ ვითარებაზე. სამედიცინო საქმიანობების ცალკეული სახეები წარიმართება შეუსაბამო პირობებში, სანიტარიულ ჰიგიენური წესების დაცვის გარეშე. უკანონო საექიმო საქმიანობის ფაქტები სახალხო დამცველის მიმართვის შედეგად გამოავლინა სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტომ. მიუხედავად ამისა, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი სანქციების გატარება ხშირ

შემთხვევაში შეუძლებელი ხდება სამართალდარღვევის (უკანონო საექიმო საქმიანობა) ხანდაზმულობის ვადის გასვლის გამო. აღნიშნულზე პირდაპირ მიუთითებს რეგულირების სააგენტოც. ფაქტია, რომ ამგვარ სამართალდარღვევასთან ბრძოლის მეთოდები არაეფექტურია და მიზანს ვერ აღწევს;

რაც შეეხება არასათანადო მოპყრობის საკითხებს და მათ სამედიცინო ასპექტებს, ეს უკანასკნელი პენიტენციურ სისტემაში საბოლოოდ კვლავაც არ არის დარეგულირებული. სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახურს, პოტენციურად, ძალიან მნიშვნელოვანი როლის შესრულება შეუძლია არასათანადო მოპყრობის წინააღმდეგ ბრძოლაში როგორც დაწესებულებაში, ისე მის ფარგლებს გარეთ. მიუხედავად ამისა, ამ მხრივ ექიმთა აქტივობა მინიმალურია. პაციმრის ფიზიკური დათვალიერების დროს (განსაკუთრებით, ახლად შემოყვანილი პაციმრის გასინჯვისას) ძალადობის ნებისმიერი კვალი, რომელიც შესაძლებელია გამოეწვია არასათანადო მოპყრობას, ყოველთვის არ ფიქსირდება ექიმთა მიერ შესაბამისი წესით, არ ხდება სრული და ადეკვატური აღწერა-დოკუმენტირება როგორც პაციმრის პირად სამედიცინო ბარათში, ასევე ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალში. საერთოდ არ ხდება არასათანადო მოპყრობის ნებისმიერი ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული ნიშნის აღწერა, რაც ერთის მხრივ ექიმთა დაბალი კომპეტენციის, ხოლო მეორეს მხრივ ექიმთა უმოქმედობით და ნების არარსებობით აიხსნება, რასაც მთლი რიგი სუბიექტური და ობიექტური მიზეზები გააჩნია. ზოგიერთ დაწესებულებაში საერთოდ არ იწარმოება ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალი, რაც წამების პრევენციის სტანდარტების უხეშ დარღვევად უნდა ჩაითვალოს. თუ ასეთი ჟურნალი და ჩანაწერები არსებობს, ამ შემთხვევაშიც კი ჩანაწერი არასრულფასოვანია, არ მოიცავს პაციენტის კომენტარს, სრულად არ ფიქსირდება სამედიცინო ინფორმაცია. ხშირია გადასწორებების და ინფორმაციის გაყალბების ფაქტებიც. ადგილზე განხორციელებული ძალადობის აღრიცხვაც არასრულფასოვნად ხდება. არ კლასიფიცირდება კონკრეტული დაზიანების მიზეზები (თვითდაზიანება, ურთიერთდაზიანება, საყოფაცხოვრებო ტრავმა, სხვა პირის მიერ მიყენებული დაზიანება და ა.შ.). ზოგიერთ დაწესებულებაში, ახლად მიღებულ პაციმართა სამედიცინო დათვალიერებას მხოლოდ ფორმალური ხასიათი აქვს, ზოგან არც ტარდება. დაწესებულებათა გარკვეულ ნაწილში ეს პროცედურა პრაქტიკულად ღია ცის ქვეშ მიმდინარეობს. უხეშადაა დარღვეული კონფიდენციალურობის და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის პრინციპი. ასეთ პირობებში შეუძლებელია საექიმო საიდუმლოს დაცვა. სამედიცინო ჩანაწერების შედგენას, პაციენტის გამოკვლევას ხშირად ესწრება სასჯელაღსრულების დაწესებულების პერსონალი. დოკუმენტთა გარკვეულ ნაწილზე ეს პირები საკუთარ ხელმოწერასაც ტოვებენ, რაც მიუღებელი და გაუმართლებელია. მონიტორინგის დროს გამოვლენილ იქნა არა ერთი ფაქტი, როდესაც პაციმრის სხეულზე არსებული ფიზიკური დაზიანებების შედეგად ეჭვი იქნა მიტანილი არასათანადო მოპყრობაზე, თუმცა ამ პირთა საკმაოდ დიდი ნაწილი ექიმს საერთოდ არ ჰყავდა ნანახი. კვლავ გადაუჭრელ პრობლემად რჩება სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება. არსებული პრაქტიკის მიხედვით, როდესაც სხეულის დაზიანების ფაქტთან დაკავშირებით იწყება გამოძიება, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა ან საერთოდ არ ინიშნება, ან ინიშნება 1 თვის შემდეგ, როდესაც სხეულზე დაზიანების კვალი ფაქტობრივად აღარ არსებობს. აღნიშნული მიდგომა პირდაპირ მიუთითებს

არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიების და ეფექტური დოკუმენტირების ნების არარსებობაზე და ფაქტების დამალვის მცდელობაზე რაც მიუღებელი და გაუმათლებელია. სამწუხაროა, რომ ამ პროცესში ხშირად ექიმებიც მონაწილეობენ;

- **კონფიდენციალურობა და საექიმო საიდუმლო**

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში უხეშად ირღვევა პაციენტის უფლებები. ამ მხრივ განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს კონფიდენციალურობისა და საექიმო საიდუმლოს პრინციპის იგნორირება. ამ პრინციპების დაცვას ითვალისწინებს საქართველოს მიერ რატიფიცირებული საერთაშორისო კონვენციები, ქვეყნის ჯანდაცვის კანონმდებლობა, ასევე სხვა ადგილობრივი და საერთაშორისო სტანდარტები. სამედიცინო მომსახურების პროცესში გარეშე პირები თითქმის ყველგან ესწრებიან გამოკვლევებს, მანიპულაციებს და სხვა სამედიცინო ღონისძიებებს. სამედიცინო დოკუმენტაცია არ არის დაცული იმისაგან, რომ გარეშე პირმა ვერ მოახერხოს მასში არსებული ინფორმაციის გაცნობა. ხშირად სამედიცინო დოკუმენტაციას ხელს აწერენ დაწესებულების თანამშრომლები. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში, ზემოთ აღწერილი პრაქტიკის გამო, უხეშად ირღვევა არამხოლოდ ჯანდაცვის კანონმდებლობა, არამედ წამების პრევენციის სტანდარტები.

- **ინფორმაციის მიწოდება**

პაციენტის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ინდივიდუალური უფლება – ინფორმაციის მიღება, ასევე წარმოადგენს საქართველოს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის მწვავე პრობლემას. სასჯელაღსრულების პრაქტიკულად ყველა დაწესებულებაში შესვლისას პატიმარი ვერ იღებს ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების, ჰიგიენური ნორმების ან სხვა სახის დახმარების შესახებ. ამ ინფორმაციას პატიმრები ძირითადად ერთმანეთისაგან იღებენ ან არკვევენ გამოცდილების შესაბამისად. ზოგიერთი სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარებისას, ადგილზე პაციენტისაგან ინფორმირებულ თანხმობას არ მოიპოვებენ. გარდა ამისა, საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ჩატარებულმა მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ პაციენტთა აბსოლუტური უმრავლესობისათვის მათ შესახებ არსებული სამედიცინო ჩანაწერები პრაქტიკულად ხელმიუწვდომელია. სამედიცინო პერსონალი კი განმარტავს, რომ პატიმრები იშვიათად ითხოვენ სამედიცინო დოკუმენტაციის გაცნობას ან ასლის მიღებას, რაც ჩვენი დაკვირვებით სიმართლეს არ შეესაბამება. პაციენტის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი ჩანაწერების ხელმიუწვდომლობა გარკვეულწილად განპირობებული იყო იმ ფაქტით, რომ ასეთი ჩანაწერი და დოკუმენტაცია ზოგჯერ საერთოდ არ არსებობდა;

- **სამედიცინო დოკუმენტაცია**

რაც შეეხება სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებას, ექიმი და სხვა სამედიცინო პერსონალი, საქართველოს კანონმდებლობით ვალდებულია დადგენილი წესით აწარმოოს ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში, რომლის წარმოების წესს ამტკიცებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. მიუხედავად ამისა, საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2002 წლის 24 ივნისის №486 ბრძანებით დამტკიცებულ იქნა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებებისა და სამედიცინო ნაწილების სამედიცინო დოკუმენტაციის დროებითი ფორმები (სულ 27 ფორმა). აღნიშნული ფორმები თვისობრივად და არსობრივად მკვეთრად განსხვავებულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებისაგან. განსხვავებულია

ასევე მათი შევსების, შენახვის და წარმოების წესებიც. ამ ფონზე კი დაწესებულებათა აბსოლუტური უმრავლესობა ასეთ დოკუმენტაციას არ აწარმოებდა. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის ბრძანება N771-ით დამტკიცდა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სამედიცინო ბარათის ფორმა, რომელიც ასევე არ შეესაბამება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედ სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებს. მინისტრის 2010 წლის 11 ნოემბრის N158 ბრძანებით, ძალადაკარგულად გამოცხადდა „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სამედიცინო ბარათის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის N 771 ბრძანება. N158 ბრძანებით დამტკიცებულია ბრალდებულის/მსჯავრდებულის სამედიცინო ბარათის ფორმა. ძველი და ახალი ფორმების შედარებით დადგინდა, რომ მათში პრაქტიკულად არ მოიპოვება განსხვავება, გარდა იმისა, რომ ძველი ფორმის სატიტულო გვერდზე არსებული სიტყვა „სასჯელაღსრულების“ შეიცვალა სიტყვებით „პატიმრობის და თავისუფლების აღკვეთის“. აღნიშნული მიანიშნებს იმაზე, რომ სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო არ იზიარებს ამ საკითხთან დაკავშირებულ სახალხო დამცველის რეკომენდაციებს, რაზეც მოწმობს არსებული ვითარება. აღნიშნული ბრძანების გამოცემა წარმოადგენს კიდევ ერთ აშკარა პრეცედენტს, რომ პენიტენციური ჯანდაცვა ხელოვნურად იმიჯნება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისაგან. პენიტენციურ სისტემაში უხეშადაა დარღვეული სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვის პრინციპები, რაც ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით რეგულირდება. სამედიცინო დოკუმენტაციის არქივი გააჩნია მხოლოდ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებას. სხვა დაწესებულებებში დოკუმენტებს არაერთგვაროვანი მიდგომით ინახავენ. ზოგან ანადგურებენ, ზოგან ადგილზე ინახავენ, ზოგან გადასცემენ დაწესებულების ადმინისტრაციას.

- **პატიმართა გადაყვანა სამკურნალო დაწესებულებაში**

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ დეტალურად იქნა შესწავლილი საანგარიშო პერიოდში ავადმყოფ პატიმართა მოძრაობა სასჯელაღსრულების დაწესებულებიდან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა ს/დ-ში და ქალაქის სხვადასხვა საავადმყოფოებში. 2009 წლის 29 დეკემბერს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის №902 ბრძანებით დამტკიცდა „სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში დაავადებულ პატიმართა და მსჯავრდებულთა გადაყვანის ახალი წესი. აღნიშნული დოკუმენტი უნდა ჩაითვალოს დადებით ტენდენციად, ვინაიდან მისი ანალოგი, რომელიც წარსულში მოქმედებდა მოიცავდა არაერთ სამედიცინო ხასიათის უზუსტობას, რაზეც არაერთხელ გაამახვილა ყურადღება სახალხო დამცველმა. მიუხედავად ამ ხარვეზის აღმოფხვრისა, ხშირ შემთხვევაში, პაციენტის გადაყვანის საკითხის ხშირად დღის წესრიგში დგება და განიხილება არა მხოლოდ სამედიცინო

კრიტერიუმების, არამედ დაწესებულების ადმინისტრაციის შეხედულებით. ამ პროცესში ექიმის მონაწილეობა ზოგიერთ დაწესებულებაში უმნიშვნელოა. მონიტორინგის ჯგუფის მიერ შესწავლილი მონაცემები ავადმყოფ პაციმართა მოძრაობასთან დაკავშირებით მკვეთრ შეუსაბამობაში მოდის სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროდან მოსულ ინფორმაციასთან, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ საკითხი სიღრმისეულ შესწავლას და ანალიზს მოითხოვს. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ მოპოვებული ინფორმაციის თანახმად, წინა წლებთან შედარებით მცირედ იმატა მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანილ პაციმართა რაოდენობამ, თუმცა სამოქალაქო ჯანდაცვის სხვადასხვა დაწესებულებაში გადაყვანილთა რიცხვი კლების ტენდენციას ავლენს. დაახლოებით იმავე ნიშნულზეა ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში პაციმართა გადაყვანის მაჩვენებელი, თუმცა თუ მხედველობაში მივიღებთ ტუბერკულოზის პრობლემის გამწვავებას და მასშტაბებს, ეს რიცხვი საკმაოდ დაბალია.

• **სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა**

სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით შექმნილი პრობლემები ბოლო თვეების განმავლობაში ეტაპობრივად გვარდება, რასაც ხელს უწყობს ახალი საპაციმართო დაწესებულებების გახსნა, არსებული ინფრასტრუქტურის გარემონტება და საპრობილეთა გადატვირთულობის პრობლემის დამლევა. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს სახელშეკრულებო საფუძველზე ემსახურება სხვადასხვა ქალაქის სანიტარიული დამუშავების სამსახურები, რომლებიც საშუალოდ თვეში 2-ჯერ ადგილზე ახორციელებენ სადერატიზაციო და სადეზინფექციო სამუშაოებს. მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ სადეზინფექციო სამუშაოებით დამუშავება ყველა დაწესებულებაში არ ხდება. გლდანის ნაგავსაყრელზე ინტენსიური ნაგვის წვა აზინძურებს ჰაერს, რაც ნეგატიურად აისახება გლდანის #8 დაწესებულების პაციმრების ჯანმრთელობაზე. ასეთი ჰაერის ჩასუნთქვა დაუშვებელია განსაკუთრებით მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში განთავსებული პაციენტებისათვის. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ნაკლები ყურადღება ეთმობა ჰაერის ტემპერატურის, ტენიანობის, განათების, აერაციისა და ვენტილაციის საკითხებს. ახლად აშენებულ დაწესებულებებში აღნიშნული სტანდარტები ნაკლებადაა გათვალისწინებული. სიტუაცია კრიტიკული ხდება ზაფხულის პერიოდში, როდესაც მაღალი ტემპერატურის გამო საკნებში გაუსაძლისი პირობები იქმნება. დაწესებულებათა უმრავლესობის ინფრასტრუქტურიდან გამომდინარე პაციმრებს შხაპით სარგებლობის საშუალება კვირაში მხოლოდ ერთხელ აქვთ, რაც ზაფხულში სრულიად დაუშვებელია სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით. სასჯელაღსრულების სხვადასხვა დაწესებულებაში განსხვავებულადაა უზრუნველყოფილი საქართველოს იუსტიციის მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 1999 წლის 22 დეკემბრის ერთობლივი ბრძანების N5/500/0 მიხედვით, დამტკიცებულ მსჯავრდებულთა კვების ნორმების, ტანსაცმლისა და სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების შესაბამისობა მოთხოვნილ სტანდარტებთან. გადამდები და მაღალკონტაგიოზური ინფექციური დაავადებების ზუსტი აღრიცხვა, გამოვლენა, მკურნალობა და მართვა არ ხდება ადეკვატურად. ამ მხრივ განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს ტუბერკულოზისა და ჰეპატიტებისადმი არაერთგვაროვანი და არაეფექტური მიდგომა. ისეთი პრობლემები, როგორიცაა

მუხის, ბაღლინჯოს გავრცელება და დატილიანება, წინა წლებთან შედარებით შემცირებულია, რაც პატიმართა შედარებით გაუმჯობესებული საცხოვრებელი პირობებით უნდა ავსნათ. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სკრინინგი არ მიმდინარეობს. ერთ-ერთი უმთავრესი პოზიტიური ტენდენცია, რომელიც პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ იქნა დაფიქსირებული იმაში მდგომარეობს, რომ სტომატოლოგიური დახმარებისათვის აუცილებელი ინვენტარის დამონტაჟების პარალელურად, ყველა დაწესებულებაში მოხდა მშრალი სიცხის სტერილიზატორების შეტანა, რამაც შესაძლებელი გახდა სამედიცინო იარაღებისა და საგნების სტერილიზაციის ჩატარების შესაძლებლობა. წარსულში ამ შესაძლებლობას დაწესებულებათა უმრავლესობა მოკლებული იყო, რაც ნეგატიურად აისახებოდა პარენტერული გზით გადაცემული ინფექციების (მათ შორის ვირუსული ჰეპატიტების) თვალსაზრისით შექმნილ ეპიდემიოლოგიურ სიტუაციაზე.

- **პატიმრები, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა**

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის დროს სხვადასხვა სასჯელადსრულების დაწესებულებაში დაფიქსირდა არაერთი შემთხვევა, როდესაც დაწესებულებებში იმყოფებოდნენ პატიმრები, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა. ასევე არაერთი პატიმარი იქნა ნანახი, რომლებიც საჭიროებდნენ სპეციალური მოვლის პირობებს და მომვლელს, თუმცა აღნიშნული პრობლემა სასჯელის მოხდის ადგილებში დარეგულირებული არ არის. ამ კატეგორიის პატიმართა ნაწილი გადაადგილდება ეტლით ან ყავარჯნებით. პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს აღენიშნება მყარი ნევროლოგიური ნარჩენი მოვლენები; დაახლოებით 40–მდე პატიმარს ამპუტირებული აქვს კიდური, 60–მდე პატიმარს დასმული აქვს ონკოლოგიური პათოლოგიის დიაგნოზი. აღნიშნული რიცხვები რეალობას ზუსტად ვერ ასახავს, რადგან ასეთი პატიმრების ცალკე რეგისტრაცია არ წარმოებს. რეალურად სიტუაცია გაცილებით უფრო მძიმეა. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 27 მარტის N 72/ნ ბრძანება „იმ მძიმე და განუკურნებელ დაავადებათა ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ რომლებიც წარმოადგენს სასჯელის მოხდისაგან გასათავისუფლებლად წარდგენის საფუძველს“ არაეფექტური და მოძველებულია. ბრძანებით დამტკიცებული ჩამოთვლილი ნოზოლოგიები არ არის კლასიფიცირებული ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD 10) შესაბამისად. დიაგნოზების დასახელება, ხშირ შემთხვევაში, მოძველებულია და აღარ გამოიყენება. ასევე მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ბრძანებაში ცვლილება საკმაოდ ხშირად შედის და ერთსა და იმავე დაავადებას ჩამონათვალში ხან ვხვდებით, ხან არა, რაც საკითხისადმი არაადეკვატურ დამოკიდებულებად უნდა მივიჩნიოთ. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის შედეგად მიღებული ინფორმაციით, 2010 წელს სახეზეა სამინისტროს მუდმივმოქმედ კომისიაში შესულ განცხადებათა მკვეთრი ზრდა ავადმყოფობის გამო გათავისუფლების ან სასჯელის გადავადების მოთხოვნით.

- **ქალი პატიმრები**

პატიმარი ქალები განთავსებულნი იყვნენ საქართველოს პენიტენციური სისტემის 5 სხვადასხვა დაწესებულებაში, როგორც აღმოსავლეთ, ისე დასავლეთ საქართველოს რეგიონებში. დადებით ასპექტად უნდა ჩაითვალოს ის ფაქტი, რომ ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში, სამედიცინო მომსახურების პირობები და საშუალებები მკვეთრად უკეთესია პატიმრობის სხვა დაწესებულებებთან

მიმართებაში. აღნიშნული დაწესებულება წარმოადგენს ერთადერთ ადგილს, სადაც ქალთა ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემები შემდგომადგვარად მოგვარებულია. ქალთა ჯანმრთელობის საკითხებზე მსჯელობისას უნდა აღინიშნოს, რომ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში არ ხდება ქალთა სტაციონარული მომსახურება, რასაც გარკვეულწილად აკომპენსირებს ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებიდან სამოქალაქო ტიპის სტაციონარებში პატიმართა და მსჯავრდებულთა გადაყვანის საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი. აღნიშნულ სერვისს, პრაქტიკულად მოკლებულნი არიან სხვა დაწესებულების პატიმარი ქალები რაც ერთგვარ გეოგრაფიულ უთანასწორობას ქმნის. ქალთა კონტინგენტში განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხთა პრობლემურობა, ასევე ქალ პატიმართა რაოდენობის მკვეთრი ზრდა 2010 წლის ზაფხულის შემდგომ, რამაც ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში გადატვირთულობის პრობლემა შექმნა. დადებით ტენდენციად უნდა ჩაითვალოს რუსთავის მიმდებარედ ქალთა ახალი დაწესებულების გახსნა, სადაც სამედიცინო ინფრასტრუქტურა მკვეთრად გაუმჯობესებულია. მიუხედავად იმისა, რომ ქალთა კონტინგენტი ჯერ ახალ დაწესებულებაში გადაყვანილი არ არის, უნდა ვივარაუდოდ, რომ აღნიშნულის შემდეგ, ახლო მომავალში, ქალთა ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემები უფრო წარმატებულად მოგვარდება და დარეგულირდება.

- **არასრულწლოვანი პატიმრები**

არასრულწლოვანი პატიმრები სასჯელს იხდიდნენ საქართველოს პენიტენციური სისტემის 5 სხვადასხვა დაწესებულებაში. ან შემთხვევაშიც, ქალთა კონტინგენტის მსგავსად, არსებული პირობებისა და სამედიცინო მომსახურების სახეების მიხედვით შექმნილი იყო გეოგრაფიული უთანასწორობა. არასრულწლოვანთა აღმზრდელით დაწესებულებაში არ ფუნქციონირებს სტაციონარული სამედიცინო პუნქტი. მიუხედავად ამისა, ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალი მაქსიმუმს აკეთებს მოზარდთა ჯანმრთელობის სპეციფიკური საკითხების დასარეგულირებლად. არასრულწლოვანთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტები დაფიქსირებულ იქნა ქუთაისის N2 დაწესებულებაში, რომელიც დაუყოვნებლივ გახდა პრევენციის ეროვნული მექანიზმის შესწავლის საგანი. 2010 წლის შემოდგომაზე მოხდა ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებიდან არასრულწლოვანთა კონტინგენტის გადაყვანა თბილისის N8 საპყრობილეში. მიუხედავად იმისა, რომ აქ არასრულწლოვნები იზოლირებულად არიან, აღნიშნული ქმედება დაუშვებელია და არღვევს საერთაშორისო სტანდარტებს. მოზრდილთა საპატიმრო დაწესებულებაში მათი ჯანმრთელობის საჭიროებათა მონიტორინგი და გადაწყვეტა შეუძლებელია განხორციელდეს იმავე სტანდარტებითა და ხარისხით, როგორც წარსულში;

- **წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირები**

წინასწარ პატიმრობაში მყოფ პირთა განსაკუთრებული სამედიცინო საჭიროებებიდან გამომდინარე, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ამ კატეგორიის პატიმრებზე განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდა. მონიტორინგის ჯგუფმა პრაქტიკულად ვერ ნახა შემთხვევა, როდესაც დაკმაყოფილდა წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირის მოთხოვნა სამედიცინო ან ფსიქიატრიულ/ფსიქოლოგიური ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ. ექსპერტიზა ან დაგვიანებით ტარდება, ან საერთოდ არ ინიშნება. დაგვიანებით ჩატარებული ექსპერტიზის შემთხვევაში კი ვეღარ ხდება იმ მტკიცებულებების მოპოვება, რომლებსაც უდიდესი მნიშვნელობა ჰქონდა

პატიმრისათვის. ახლად შემოსულ პატიმრებს ხშირად უძნელდებათ ადაპტაცია, არ მიეწოდებათ ადეკვატური სამედიცინო დახმარება და ირღვევა მათი უფლება ჯანმრთელობაზე. აუცილებელია აღინიშნოს, რომ კარანტინში, რომელშიც ახლად შემოსულ პატიმრებს ათავსებენ, ხშირად ეს პირები იმაზე დიდი ვადით ყოვნდებიან, ვიდრე ეს აუცილებელია. მათ მდგომარეობას ამძიმებს გაუსაძლისი პირობები, მათ შორის სამედიცინო მომსახურების უკიდურესად დაბალი და შეუსაბამო დონე. უხეშადაა დარღვეული საექიმო საიდუმლო და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა. ახლად შემოყვანილ პატიმართა მიერ საკუთარი ექიმის შემოყვანის საკითხზე მოთხოვნა პრაქტიკულად არ კმაყოფილდება. ზემოთ განხილული პრობლემების გამო, უხეშად ირღვევა საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობით პაციენტისათვის მინიჭებული უფლებები.

- **ფსიქიკური პრობლემების მქონე პატიმრები**

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ერთ-ერთ ყველაზე მწვავე და მოუგვარებელ საკითხს წარმოადგენს. ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა გამოვლენა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და რეაბილიტაცია სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში არაორგანიზებულია და კვალიფიციური ფსიქიატრიული დახმარების არარსებობის გამო შეზღუდულად ხდება. დაწესებულებაში შესვლისთანავე ფსიქიატრი ვერ ნახულობს ასეთ პირებს. ფსიქიატრის კონსულტაცია შესაძლებელია დაახლოებით თვეში ერთხელ მოსული კონსულტანტის მიერ ჩატარებული ვიზიტის სახით. მიუხედავად იმისა, რომ უფროსი ექიმები განმარტავენ საჭიროების შემთხვევაში ფსიქიატრის კონსულტაციის უზრუნველყოფის შესაძლებლობას, ასეთი ფაქტი ადგილზე არსებული დოკუმენტაციის გაცნობის შედეგად არ დასტურდება. დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში არ არსებობს რაიმე სპეციალური პროგრამები ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდასაჭერად ან რეაბილიტაციის პროგრამები, რომლებიც გულისხმობს სამედიცინო, სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარების სხვადასხვა ღონისძიებებს. ზოგადად დაწესებულებაში არსებული რეჟიმი, პირობები, დამოკიდებულება ფსიქიკური აშლილობების მქონე პატიმრების მიმართ არასათანადო და არაადეკვატურია, რაც ნეგატიურად მოქმედებს პატიმრის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. აღნიშნულის გამო **ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა ყოფნა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში უნდა შეფასდეს, როგორც არაადამიანური მოპყრობა.** ფსიქიატრიული დახმარება მთელ სისტემაში შემოიფარგლება მხოლოდ 5 ექიმი ფსიქიატრის მომსახურებით. მათგან სამი მუშაობს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ხოლო თითო-თითო შედის აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს ექიმ კონსულტანტთა ჯგუფებში. 2010 წლამდე, დასავლეთ საქართველოს კონსულტანტი ფსიქიატრი ემსახურებოდა დასავლეთის რეგიონში განთავსებულ ხუთივე დაწესებულებას, თუმცა წლის დასაწყისიდან, ფსიქიატრი აღარ ახორციელებს ვიზიტებს ზუგდიდის და ბათუმის საპყრობილეებში, რის გამოც ამ დაწესებულებებში მყოფი პატიმრები ფაქტობრივად მოკლებულნი არიან ელემენტარულ ფსიქიატრიულ დახმარებასაც კი. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში არ ხდება სუიციდის რისკის შეფასება. ხშირად ადეკვატური დახმარება არ მიეწოდებათ იმ პირებსაც კი, რომლებმაც სუიციდი სცადეს. დაზიანებათა ჟურნალებში ხშირად ვხვდებით ისეთ ჩანაწერებს, რომელთა მიხედვით ერთი და იგივე პირი სისტემატურად იყენებს სხვადასხვა სახის თვითდაზიანებებს. მიუხედავად ამისა, მათზე ადეკვატური სამედიცინო

მეთვალყურეობა არ ხორციელდება. მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში საწოლთა სიმცირის გამო, ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა გადაყვანა ან საერთოდ არ ხდება ან დიდი ხნის დაგვიანების შემდეგ ხორციელდება. ასეთი პირები, როგორც წესი ხშირად არღვევენ რეჟიმს, აწყობენ ექსცესებს, მოსდით კონფლიქტი სხვა პატიმრებთან. აღნიშნული ქმედება დაწესებულებათა ადმინისტრაციის მიერ არ აღიქმება სათანადოდ. თანამშრომელთა უმრავლესობა მათ აგრავანტებად და სიმულანტებად აღიქვამს, რის გამოც ეს პირები არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლნი ხდებიან. მონიტორინგის შედეგად დადგენილია, რომ დაწესებულებებში ხშირად სასჯელს იხდიან გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე პირები, რომელთაც სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზა გამოძიების დროს ჩატარებული არ აქვთ და არც არის დაგეგმილი. ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა სამედიცინო და ფსიქო-რეაბილიტაცია პრაქტიკულად არ მიმდინარეობს. ერთადერთი მოქმედი პროგრამა, რომელიც ამ სერვისებს აწვდიდა ქალთა და არასრულწლოვანთა კონტინგენტს, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს მიერ შეჩერებულ იქნა იმ მოტივით, რომ არსებობს ალტერნატიული პროგრამებიც, რაც არ შეესაბამება სინამდვილეს და მკვეთრად უარყოფით ტენდენციად უნდა შეფასდეს. ცალკე პრობლემის სახით უნდა გამოიყოს ფსიქოტროპული საშუალებების დანიშვნა და მოხმარება. მათი დანიშვნა და განაწილება გაუმართლებლად ხდება და შემაშფოთებელი მასშტაბები აქვს. ფსიქიატრის ვიზიტების პერიოდულობიდან გამომდინარე, წამლის დოზირების კორექცია ან დანიშნულების ადეკვატური გადასინჯვა ვერ ხერხდებოდა. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ არაერთხელ იქნა დაფიქსირებული შემთხვევა, როდესაც ფსიქოტროპული საშუალებების განაწილება/დარიგება სასჯელაღსრულების დაწესებულების ადმინისტრაციის მიერ ხდება. აღსანიშნავია სხვა სომატური დაავადებების გამო მკურნალობის კურსში ჩართული პირების პრობლემაც. მაგალითად ინტერფერონით, ტუბსაწინააღმდეგო და ზოგიერთი სხვა სახის პრეპარატებით მკურნალობის კურსის მიმდინარეობისას, ვლინდება გვერდითი მოვლენები ფსიქიკური პრობლემების სახით, ასეთ შემთხვევაშიც კი პატიმრისთვის ფსიქიატრიული დახმარება ხელმიუწვდომელია. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ მონიტორინგის ჩატარების დროს გამოიკვეთა საერთო ტენდენცია, რომ დაწესებულების პერსონალი, მათ შორის, სამედიცინო მუშაკები, გათვითცნობიერებულნი არ არიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებში. შესაბამისად, არ არსებობს პრობლემის ეფექტური გადაჭრის გზებიც. 2009 წლის განმავლობაში პრაქტიკულად შეუძლებელი იყო პაციენტის გადაყვანა სამოქალაქო ტიპის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში. ასევე, არ არსებობდა მექანიზმი იმ მსჯავრდებულთა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებისა, რომლებიც ფსიქიკურად დაავადდნენ სასჯელის მოხდის პერიოდში. ამ მხრივ პროგრესულ ნაბიჯად უნდა ჩაითვალოს საქართველოს კანონში „პატიმრობის შესახებ“ 2009 წლის დეკემბერში განხორციელებული ცვლილება. მიუხედავად ამისა, კანონის საფუძველზე, კანონქვემდებარე აქტის გამოცემა გონივრულ ვადაში არ მომხდარა. საქართველოს სახალხო დამცველმა, 2010 წლის სექტემბერში რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, რათა შესრულებულიყო კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნა და გამოეცა შესაბამისი კანონქვემდებარე აქტი. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და

იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2010 წლის 13 სექტემბრის N 135 ბრძანებით დამტკიცდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის კომისიის დებულება. აღნიშნული კომისიის მიზნად განისაზღვრა ფსიქიკური აშლილობის ნიშნების მქონე მსჯავრდებულთა მდგომარეობის განხილვა მათი ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში შემდგომი გადაყვანის საკითხის მოწესრიგების მიზნით. ბრძანების გამოცემიდან მოკლე დროში, 2010 წლის 11 ნოემბერს, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრმა გამოსცა ბრძანება N 157 „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ფსიქიატრიული კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ“. აღნიშნულმა აქტმა ძალადაკარგულად გამოაცხადა მინისტრის N135 ბრძანება. 2010 წლის 1 დეკემბრის მონაცემებით, კომისიის დასკვნით ჯერ არც ერთი პატიმარი არ ყოფილა გადაყვანილი შესაბამის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული კანონმდებლობისა და კანონქვემდებარე აქტების გაუმართაობა, რაც ცალკე ანალიზისა და მონიტორინგის საგანი უნდა გახდეს, ქმნის მნიშვნელოვან პრობლემებს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი დიაგნოსტიკებისა და შემდგომი სწრაფი და ადეკვატური რეაგირების თვალსაზრისით. აღნიშნული საკითხის მოგვარება ციხის ექიმის კომპეტენციის ფარგლებს სცდება.

- **წამალდამოკიდებულების მქონე პირები**

რაც შეეხება წამალდამოკიდებულების მქონე პირებს, მათი რაოდენობა სასჯელის მოხდის ადგილებში ასევე საკმაოდ მაღალია. ამ კატეგორიას მიეკუთვნებიან ალკოჰოლიზმით, ნარკომანიითა და ტოქსიკომანიით დაავადებული პატიმრები. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგით დადგინდა, რომ წამალდამოკიდებულების პრობლემების შემთხვევაში, პაციენტებს არ უტარდებათ სათანადო მკურნალობა და კონსულტაცია. გარედან კონსულტანტის მოწვევის შემთხვევები საანგარიშო პერიოდში პრაქტიკულად არ დაფიქსირებულა (ერთი გამონაკლისის გარდა). რაც შეეხება წამალდამოკიდებულების მქონე პირთა დახმარებისა და რეაბილიტაციის პროგრამებს, ასეთი მიმდინარეობს თბილისის №8 საპყრობილეში (მეთადონის პროგრამა). საქართველოს პენიტენციური სისტემის სამ დაწესებულებაში მოქმედებს ასევე „ატლანტისის“ პროგრამა, რომელიც არ მოიცავს სამედიცინო კომპონენტს. მეთადონის პროგრამის არსებობა დადებით ტენდენციად უნდა შეფასდეს. მიზანშეწონილია აღნიშნული სერვისის გავრცელება იმ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებზეც, რომლებშიც თავს იყრიან წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირები და განსაკუთრებით ქალები, რომლებიც ამ მომსახურებას მოკლებულნი არიან.

- **პატიმრების კვება**

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის დროს გამოვლინდა, რომ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა კვების ორგანიზების საკითხები, ბოლო პერიოდში გარკვეულწილად გამოსწორდა და დადებითი ტენდენციები დაფიქსირდა. მიუხედავად ამისა, კვლავ გადაუჭრელ პრობლემად რჩება სამედიცინო ჩვენების გამო დანიშნული დიეტური მაგიდების უზრუნველყოფა. ასეთი მაგიდები არ არსებობს ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. რაც შეეხება მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებას, დიეტური მაგიდები ამ დაწესებულებაში შემოღებულია, თუმცა ზუსტად არ შეესაბამება საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ დამტკიცებულ სტანდარტებს. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის კონტრაქტორის, შპს “მეგაფუდის” წარმომადგენელთა განმარტებით, ხელშეკრულება არ ითვალისწინებს დიეტური საკვების მიწოდებას დაავადებების მქონე მსჯავრდებულებისა და პატიმრებისათვის, მათ შორის, ისეთი პირებისათვის, რომლებსაც აღენიშნებათ შაქრიანი დიაბეტი. ხელშეკრულების დადებისას არ ყოფილა გათვალისწინებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 სექტემბრის N258/ნ ბრძანება, რომლითაც დამტკიცებულია სამკურნალო დიეტები. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტების მიერ გაანალიზებულ იქნა საკვების ენერგეტიკული ღირებულება, სამზარეულოს სანიტარიულ-ტექნიკური მოწყობილობა, აღჭურვილობა და დაგეგმარება. მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ ძირითადი ენერგეტიკული მაჩვენებელი გაზრდილია ნახშირწყლოვანი საკვების მოცულობის გაზრდის ხარჯზე (იგულისხმება ბურღულის და მაკარონის ნაწარმი). შენიშვნა ამ შემთხვევაში შეიძლება გაკეთდეს საკვებ რაციონში ორგანული ნივთიერებების ბალანსის დარღვევის გამო. ზოგადად ახალაშენებული დაწესებულებების კვების ბლოკის სანიტარიულ-ტექნიკური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ტექნიკური თვალსაზრისით კარგად არის აღჭურვილი კვების ბლოკები ქუთაისის, ზუგდიდის და გეგუთის დაწესებულებებში. არსებობს ხარვეზებიც, თუმცა მათი გამოსწორება ადგილობრივი ძალისხმევით სრულიად შესაძლებელია. ჩატარებული მონიტორინგის შედეგების გათვალისწინებით, სისტემური პრობლემის გადაჭრა, მხედველობაში გვაქვს კვების პროცესის უზრუნველყოფის ცენტრალიზება, ერთმნიშვნელოვნად სწორი და წინადადებული ნაბიჯი იყო. მიუხედავად ზემოთ აღნიშნული დადებითი ფაქტორისა, არსებობს მუდმივი მოცემულობის პრობლემები, რომლებიც ასევე მუდმივად განახლებადი კონტროლის მექანიზმების ქვეშ უნდა მოექცეს. სასჯელაღსრულების სისტემის მიერ უზრუნველყოფილი უნდა იქნას კონტროლის მექანიზმები, ზემოთ აღნიშნულ პრობლემათა აღმოსაფხვრელად – დადგენილი წესის თანახმად უნდა მოხდეს საკვები რაციონის შედგენა, უზრუნველყოფილი უნდა იქნას სამკურნალო დიეტების გამოყენება პატიმართა კვებაში, დაცული უნდა იქნას ენერგეტიკული ბალანსი და უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ბალანსირებული კვება. ასევე უნდა გადაიჭრას საკვები ცხიმის ვარგისიანობის საკითხი. სასურველია, ახალი ციხეების მშენებლობისას გათვალისწინებული იქნას კვების ბლოკის დაგეგმარების სტანდარტული ნორმები.

- **შიმშილობა**

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის შედეგად გამოვლენილ იქნა ტენდენცია, რომლის მიხედვითაც შიმშილობას, როგორც პროტესტის ზომას, მსჯავრდებულები და პატიმრები უფრო ნაკლებად გამოიყენებენ წინა პერიოდთან შედარებით. 2009 წლის განმავლობაში სამედიცინო პერსონალის მიერ დაფიქსირებულია პატიმართა მხრიდან შიმშილობის გამოცხადების 164 ფაქტი. რეალურად, მოშიმშილეთა რიცხვი გაცილებით მეტია, თუმცა დაწესებულებებში ფიქსირდება მხოლოდ ის შემთხვევები, რომელთა დროსაც მოშიმშილემ დაწერა ოფიციალური განცხადება შიმშილობის დაწყებასთან დაკავშირებით. შიმშილობებს ზოგჯერ ჰქონდათ ჯგუფური ხასიათი. მოშიმშილე მსჯავრდებულთა და პატიმართა მიმართ მოპყრობის წესი რეგულირდებოდა საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2000 წლის 24 მარტის N35 ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქციის შესაბამისად.

ინსტრუქცია, ზოგიერთ ასპექტში, აშკარად ეწინააღმდეგება საქართველოს კანონმდებლობას და საექიმო ეთიკის საერთაშორისო სტანდარტებს, რის გამოც მიზანშეწონილია მასში სათანადო ცვლილებების და შესწორებების შეტანა. პრევენციისა ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის დროს ასევე დაფიქსირდა შემთხვევები, რომლის მიხედვითაც, შიმშილობის დაწყება მსჯავრდებულთა მხრიდან გახდა ამ უკანასკნელთა უსამართლო დასჯისა და მათ მიმართ არასათანადო მოპყრობის მიზეზი.

- **ტუბერკულოზი**

ტუბერკულოზის გავრცელებამ საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ბოლო პერიოდში კრიტიკულ ნიშნულს მიაღწია. ტუბერკულოზი წარმოადგენს პატიმართა სიკვდილობის მთავარ მიზეზს. ზოგადად საქართველოში და პენიტენციურ სისტემაში ამ მიმართულებით განხორციელებული არაერთი ღონისძიების მიუხედავად, პრობლემა არათუ გვარდება, არამედ უფრო ღრმავდება. აღნიშნულის მიზეზად მიგვაჩნია სტანდარტული ტუბსაწინააღმდეგო ღონისძიებების არაეფექტური იმპლემენტაცია საქართველოს რეალობაში, ადგილობრივი სპეციფიკისა და თავისებურებების გაუთვალისწინებლად. არ არის შეფასებული და გაანალიზებული ტუბერკულოზის გავრცელების რისკი; სამედიცინო პერსონალი საჭიროებს სერიოზულ გადამზადებას. ცალკეული მოკლევადიანი ტრენინგები ამ პრობლემას ვერ გადაჭრის, რადგან სახეზეა მედპერსონალის მიერ ტუბერკულოზური ინფექციის მართვის ძირითადი უნარ-ჩვევების ან არცოდნა ან გამოყენების შეუძლებლობა მათი უკიდურესად დაბალი კლინიკური ავტონომიურობისა და დამოუკიდებლობის პირობებში. მკვეთრადაა მომატებული ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმები. ასევე, იშვიათობას არ წარმოადგენს ექსტრაპულმონური ფორმებიც, რომელთა სპექტრი საკმაოდ გაფართოვდა და ტუბერკულოზური პლევრიტიდან დაწყებული, ნეიროტუბერკულოზის შემთხვევებით დამთავრებული, თითქმის ყველა ორგანოს დაზიანებას მოიცავს. აღნიშნული ტენდენცია პენიტენციურ სისტემაში ტუბერკულოზური ინფექციის არაადეკვატური მართვის პირდაპირ შედეგად უნდა ჩაითვალოს. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებათა დიდი ნაწილი აწარმოებს ტუბსკრინინგს, ხდება ინფიცირებულ პატიმართა გამოვლენა და შესაბამის პროგრამებში ჩართვა, აღნიშნული ღონისძიებები დაბალეფექტურია, მით უმეტეს, იმ ფონზე, როდესაც დაავადების პრევენციის სისტემური და კონკრეტული მიზეზები პრაქტიკულად არ არის გადაწყვეტილი წლების განმავლობაში. ახლად აშენებულ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ნაკლებადაა გათვალისწინებული განათებისა და აერაციის სისტემების მნიშვნელობა, რაც ტუბერკულოზის გავრცელების ერთ-ერთ მძლავრ რისკის ფაქტორს წარმოადგენს. ტუბერკულოზური ინფექცია ხშირად თან ერთვის ვირუსულ ჰეპატიტსა და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფიცირებას, რაც ამძიმებს პაციენტთა მდგომარეობას და პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაში პატიმრის გარდაცვალებით მთავრდება. საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს გამოვლინდა ტენდენცია, რომლის მიხედვითაც უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტები გადაჰყავთ ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში, სადაც ასეთი პატიმრები მალევე იღუპებიან. ციხეებში, სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად, ტუბერკულოზით დაავადებული ან ტუბერკულოზზე საექმო მსჯავრდებულები და

პატიმრები უნდა განთავსდნენ სამედიცინო ნაწილში იზოლირებულად მდებარე პალატებში. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული სტანდარტი საქართველოს ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში დაცული არ არის. შესწავლამ გამოავლინა, რომ სამედიცინო ნაწილებში ამგვარი იზოლირებული ტუბპალატები აქვს მხოლოდ 8 დაწესებულებას. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგით და შესწავლით ცნობილი გახდა, რომ საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, სკრინინგისა და შემდგომი კვლევების შედეგად, სულ გამოვლენილია ტუბერკულოზით ავადობის 1579 შემთხვევა. მათგან 1172 პირი ჩართულ იქნა DOTS პროგრამაში. 60 პაციენტს დაუდგინდა ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმა, რომელთაგანაც 59 ჩართულ იქნა „DOTS+“ პროგრამაში. აღსანიშნავია, რომ „DOTS+“ პროგრამა ხორციელდება ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში (სულ ჩაერთო 52 პაციენტი), მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში (სულ ჩაერთო 6 პაციენტი) და ქალთა და არასრულწლოვანთა სამკურნალო დაწესებულებაში, სადაც 1 პაციენტი იქნა ჩართული ამ პროგრამაში. 2010 წლის განმავლობაში დაფიქსირდა ფაქტები, როდესაც „DOTS+“ პროგრამა წარიმართება თბილისის N8 საპრობილემიც. პრობლემას ქმნის ის ფაქტიც, რომ ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების მომსახურება ვრცელდება მხოლოდ მსჯავრდებულებზე. წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირები მოკლებულნი არიან ამ სერვისს. აღსანიშნავია, რომ დაწესებულებაში არსებული რეჟიმის დარღვევის მოტივით, საკმაოდ დიდი რაოდენობის პატიმართათვის ხდება რეჟიმის შეცვლა და მათი მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში გადაყვანა. აღნიშნული ხშირად ხდება მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზი. ჩვენს მიერ გამოვლინდა ფაქტები, როდესაც პატიმარს რამდენჯერმე აქვს შეწყვეტილი და გაგრძელებული (ან სულაც მიტოვებული) მკურნალობა, ეს კი წარმოადგენს მულტირეზისტენტული ფორმის განვითარების ერთ-ერთ რისკ ფაქტორს, რასაც სასჯელაღსრულების სისტემა არ ითვალისწინებს. მულტირეზისტენტული ფორმების დიდი ნაწილი კი ხშირად გარკვეულ დროში პაციენტის სიკვდილით მთავრდება. აღსანიშნავია, რომ მულტირეზისტენტული ფორმით გარდაცვლილთა მაჩვენებელი 2009 წლის მე-2 ნახევარში გაცილებით მაღალია პირველ ნახევართან შედარებით. მდგომარეობა უფრო მძიმეა 2010 წლის პირველი ნახევრისათვის, რა დროსაც გარდაცვლილი 57 პატიმრიდან, ტუბერკულოზი ნახევარზე მეტს (30 პატიმარს, ანუ 52.6% აღენიშნებოდა). ამრიგად, ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია და მკურნალობა წარმოადგენს არა მხოლოდ ინდივიდუალური ჯანმრთელობის საკითხს, **არამედ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მწვავე პრობლემას.**

- **ვირუსული ჰეპატიტები**

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ვირუსული ჰეპატიტების პრობლემა ერთ-ერთ უმწვავეს საკითხად რჩება. 2009 წელს გარდაცვლილ პატიმართა დაახლოებით 40%-ს ეს დაავადება აღენიშნებოდა. გარდაცვლილთა 15%-ს განუვითარდა ღვიძლის ციროზი და მასთან დაკავშირებული გართულებები, მათ შორის, სისხლდენა საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზემო ნაწილებიდან, რაც ზოგიერთ შემთხვევაში თავისუფლებააღკვეთილ პირთა სიკვდილის უშუალო მიზეზი გახდა. რაც შეეხება 2010 წლის სტატისტიკას, წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილთა 47.4%-ს ვირუსული ჰეპატიტის დიაგნოზი ჰქონდა დასმული, ზოგიერთ მათგანს განვითარებული ჰქონდა სიცოცხლისათვის საშიში

გართულებები. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგით დადგინდა, რომ პენიტენციურ დაწესებულებათა მთავარი ექიმები ვირუსულ ჰეპატიტს ერთ–ერთ ყველაზე უპირატესად გავრცელებულ დაავადებად აღიარებენ. მიუხედავად ამისა, ვირუსული ჰეპატიტების ზუსტი აღრიცხვიანობა ან რაიმე სახის სტატისტიკა საქართველოს ციხეებში არ იწარმოება. ექიმები ფლობენ ინფორმაციას მხოლოდ იმ შემთხვევების შესახებ, როდესაც ჰეპატიტი ლაბორატორიულადაა დადასტურებული. მონიტორინგის დროს ჩვენს მიერ დადასტურებულ იქნა, რომ ძალიან ბევრ პაციენტს, რომელსაც კლინიკურად გამოხატული აქვს ღვიძლის დაზიანების ნიშნები, გამოკვლევა ჰეპატიტზე საერთოდ არ ჩატარება. გამოკვლევა არ ტარდება ასევე ეპიდემიოლოგიურად არაკეთილსაიმედო შემთხვევების დროს. მონიტორინგის დროს გამოვლინდა, რომ ჰეპატიტების გამო ინტერფერონით მკურნალობა მთელ სისტემაში დანიშნული ჰქონდა 14 პაციენტს, რომლებიც მკურნალობის კურსს 4 სხვადასხვა დაწესებულებაში გადიოდნენ. ინტერფერონით მკურნალობასთან დაკავშირებით აუცილებელია ითქვას, რომ გარდა მკურნალობის კურსის სიძვირისა, პაციენტი, მკურნალობის რამდენიმეთვიანი კურსის პერიოდში, საჭიროებს ადეკვატურ დინამიკურ მეთვალყურეობას, თუნდაც იმ მოსაზრებიდან გამომდინარე, რომ სამკურნალო საშუალებები ამ დროს იწვევს მკვეთრად გამოხატულ ნეგატიურ გავლენას პაციენტის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე. ჩვენს მიერ ნანახი იქნა ისეთი პაციენტები, რომლებსაც ასეთი კურსის ჩატარება დაეწყოთ მსჯავრდებულთა და პაციენტთა სამკურნალო დაწესებულებაში, ხოლო შემდგომ პაციენტები გადაყვანილ იქნენ სასჯელის მოხდის ადგილას, სადაც არ არსებობს ელემენტარული სამედიცინო მონიტორინგის პირობები და ექიმი ინფექციონისტი. ადგილობრივი ექიმები ასეთ ქმედებას იმით ამართლებენ, რომ ექიმი ინფექციონისტი პერიოდულად დადის და ხვდება პაციენტებს, თუმცა პაციენტთან ვიზიტის პერიოდულობა საკმაოდ მცირეა. მიგვაჩნია, რომ ასეთი პრაქტიკა უნდა შეწყდეს და მკურნალობის სრული კურსი ჩატარდეს ადეკვატურ სამედიცინო გარემოში და პირობებში, რითაც თავიდან იქნება აცილებული პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის შექმნილი უდიდესი რისკები. პენიტენციურ სისტემაში ჰეპატიტის ასე ფართო მასშტაბებით გავრცელების ერთ–ერთ ძირითად მიზეზად ეპიდემიოლოგიურად არაკეთილსაიმედო სიტუაციის შექმნა უნდა დასახელდეს, რომელიც მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილი მძიმე კრიზისით, რომელიც უკანასკნელი წლების განმავლობაში გარკვეული ასპექტებით უფრო და უფრო ღრმავდება. მაგალითისათვის შეიძლება დასახელდეს სასჯელადსრულების დაწესებულებათა სამედიცინო ნაწილების საქმიანობის წესი და პირობები. სასჯელადსრულების დაწესებულებებში სტომატოლოგიური მომსახურების კომპონენტის შემოტანამ უდიდესი როლი შეასრულა არა მხოლოდ სტომატოლოგიური სამსახურის და სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიმართულებით, არამედ პარენტერული ინფექციების, მათ შორის, ჰეპატიტების გავრცელების პრევენციის თვალსაზრისით. საქმე იმაში მდგომარეობს, რომ სტომატოლოგიური კაბინეტების ნაკრებს, რომელიც დაწესებულებებში დამონტაჟდა, მოჰყვა მშრალი სიცხის სტერილიზატორები, რომელთა საშუალებითაც უკვე არსებობს შესაძლებლობა მოხდეს სამედიცინო დანიშნულების საგნების, ქირურგიული და სტომატოლოგიური ინსტრუმენტების და სხვა საგნების სტერილიზაცია. შემაშფოთებელია ის ტენდენცია, რომელიც 2009 წელს დაფიქსირდა

და წინა წლებში ჩვენს მიერ არ ყოფილა შემჩნეული. ეს შეეხება ვირუსული ჰეპატიტებით დაავადებულ გარდაცვლილ პირთა გვამების გაკვეთაზე სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის მიერ უარის თქმას. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 25 ივნისის ერთობლივი ბრძანება N267-N219/ნ-ის მიხედვით დამტკიცებულ იქნა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფ „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პაციმართათვის/მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის სტრატეგია. მიუხედავად ამისა, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროებს სამოქმედო გეგმა ჯერჯერობით არ შეუმუშავებიათ.

- **აივ ინფექცია/შიდსი**

საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის დაწესებულებებში 2010 წლის დასაწყისისათვის სულ რეგისტრირებული იყო აივ ინფექციის 229 შემთხვევა, მათგან გარდაიცვალა 35 (9 – ციხეში). 2010 წლის დასაწყისისათვის 99 გამოვლენილი ინფიცირებულიდან ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე იმყოფებოდა მხოლოდ 60 პაციენტი. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის ფარგლებში დადგინდა, რომ პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში რეგისტრირებულია 138 აივ ინფიცირებული, რომელთაგან მკურნალობის კურსს 55 პირი გადის. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ლ. სამხარაულის სახ. სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ კვლავ არ ხდება იმ გარდაცვლილ პაციმართა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება, რომელთა მიმართაც, ცნობილი იყო, რომ ისინი აივ ინფიცირებულები იყვნენ.

- **სიკვდილობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში**

2009 წლის განმავლობაში, საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში 91 პირი გარდაიცვალა, ხოლო 2010 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილია 57 პაციმარი. აღნიშნული მაჩვენებელი ბოლო პერიოდში არ იკლებს. 2010 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილი პაციმარების რაოდენობასთან მიმართებაში შესაძლებელია ითქვას, რომ ბოლო 5 წლის ანალოგიური პერიოდის მონაცემებთან შედარებით, გარდაცვლილთა ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება. 2009 წელს გარდაცვლილთაგან 49.46% გარდაიცვალა მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში (მპსდ), 4.39% გარდაიცვალა ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, 17.58% გარდაიცვალა სასჯელაღსრულების სხვადასხვა დაწესებულებაში, ხოლო 28.57% კი მას შემდეგ, რაც ისინი გადაიყვანეს სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებში. 2010 წლის პირველ ნახევარში, მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში გარდაიცვალა 20 პაციმარი, ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში 14 პაციმარი, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში – 12 პაციმარი, სხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში – 9 პაციმარი, ხოლო სხვა სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებში – 2 პაციმარი. როგორც ჩანს, ბოლო წლებთან შედარებით მკვეთრად იმატა გარდაცვალებამ სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებში. ჩვენს მიერ ჩატარებული ანალიზით ირკვევა, რომ სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებში პაციმართა გადაყვანა წარმოებს გარდაცვალებამდე რამდენიმე დღით ან სულაც რამდენიმე საათით ადრე. ამ მხრივ

უკვე აპრობირებული პრაქტიკაა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ მომავლად პატიმართა გადაყვანა ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში. გარდაცვალების მიზეზებიდან 2010 წლის პირველ 6 თვეში კვლავ ტუბერკულოზი ლიდერობს (52.6%). გარდაცვლილთა 47.4% აღენიშნებოდა ვირუსული ჰეპატიტი. ბოლო პერიოდთან შედარებით მომატებულია ძალის გამოყენებით სიკვდილის შემთხვევები. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნების დეტალური ანალიზით და დამატებით ადგილზე მოპოვებული ინფორმაციის შეჯერებით გამოვლენილია უამრავი ხარვეზი და ნაკლოვანება, რომელიც სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო სამსახურებშია დაფიქსირებული. ყველა აღნიშნული მიზეზის ახსნა დეტალურად ასახულია სპეციალურ ანგარიშში.

მეთოდოლოგია

შესავალში მოცემული მტკიცებულებებისა და პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების პრინციპების, წესისა და არსებული პრაქტიკის ანალიზის მიზნით, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციის და მონიტორინგის დეპარტამენტი, „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის შესაბამისად ატარებს რეგულარულ მონიტორინგს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ყველა დაწესებულებაში. თვრამეტივე დაწესებულებაში განხორციელდა როგორც გეგმური, ისე არაგეგმური ვიზიტები. მათი უმრავლესობა განხორციელდა პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მანდატის ფარგლებში. გარდა ამისა, მონიტორინგს საფუძვლად დაედო საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატში შემოსული განცხადებები, რომლებიც შეეხებოდა პაციენტ პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის საკითხებს.

2009 წლის მონიტორინგის დროს განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე და ამ მხრივ პენიტენციურ სისტემაში შექმნილ მდგომარეობაზე. სამედიცინო მონიტორინგის მეთოდოლოგია შემუშავდა საერთაშორისო დოკუმენტებზე დაყრდნობით, ეროვნული სტანდარტების მხედველობაში მიღებით. შემოწმებულ იქნა ის ძირითადი პრინციპები, რომლებიც უნდა იქნას დაცული ციხეთა სამედიცინო სამსახურის სისტემაში.

სამედიცინო მონიტორინგის განხორციელების პროცესში პაციენტთა გამოკითხვა, დაწესებულებაში არსებული პირობებისა და მდგომარეობის აღწერა, შეფასება, სადიაგნოზო ღონისძიებების გატარება და რეკომენდაციების მომზადება ხდებოდა ეროვნული პრევენციული ჯგუფის მიერ, რომელიც შედგებოდა ექიმ-ექსპერტებისა¹

¹ ყველა ექსპერტი არის დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი და აქვს სახელმწიფო სერტიფიკატი შესაბამისი სპეციალობით, გაცემული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ, ასევე, სპეციალური სერტიფიკატი, რომელიც ადასტურებს მათ ცოდნას და გამოცდილებას წამების და სხვა სასტიკი არაადამიანური და ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის ფაქტების ეფექტური გამოძიებისა და დოკუმენტირების სახელმძღვანელოს – „სტამბოლის პროტოკოლის“ მიხედვით. მათი მომზადება განხორციელდა სამ ეტაპად: სამივე ეტაპი აკრედიტებული იყო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ.

და სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის თანამშრომლებისაგან.

მონიტორინგის მიზანს წარმოადგენდა დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის აღწერა, შეფასება და იმ პოტენციური რისკის დადგენა, რომელიც შესაძლებელია არსებული გარემოს გამო მიაღდეს ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს.

მონიტორინგის ამოცანებს შეადგენდა შემდეგი საკითხების შესწავლა:

- სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა მსჯავრდებულთათვის, რაც გულისხმობს, ძირითადად ექიმთან შეუზღუდავი კონტაქტის უფლებას, გადაუდებელი და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საკითხების შესწავლას, ქრონიკული დაავადებების მკურნალობის ორგანიზაციას, მძიმე და განუკურნებელი დაავადებების მქონე პაციენტთა მოვლის თავისებურებებს;
- ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარების გაწევა, რაც გულისხმობს ადეკვატურ სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც უნდა შეესაბამებოდეს სახელმწიფოში არსებულ ზოგადად სამედიცინო მომსახურებს სტანდარტებს;
- პაციენტის თანხმობა და კონფიდენციალობა, რაც, უპირველეს ყოვლისა, გულისხმობს პაციენტის ან გამოსაკვლევი პირის ინფორმირებულ თანხმობას ნებისმიერ სამედიცინო მანიპულაციაზე, ასევე პაციენტის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის სრულ კონფიდენციალურობას;
- პროფილაქტიკური მუშაობა, რაც ძირითადად მოიცავს სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას არა მარტო მკურნალობაზე, არამედ სოციალურ და პროფილაქტიკურ დახმარებაზეც;
- სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში არსებული სოციალური ფონის შესწავლა და შეფასება (საცხოვრებელი პირობები, სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა, გარემოს ფაქტორები, კვება, პირადი ჰიგიენის თავისებურებები);
- ცალკეულ პატიმარ პაციენტთა პირველადი სამედიცინო-ფსიქოლოგიური და სოციალური შემოწმება, კონსულტირება;
- ჰუმანიტარული თანადგომა, რაც გულისხმობს სპეციალური პრინციპების დაცვას, განსაკუთრებით მოწყვლად თავისუფლებადკვეთილ პირთა მიმართ;
- ექიმთა პროფესიული დამოუკიდებლობა და პროფესიული კომპეტენტურობა, რაც გულისხმობს სამედიცინო პერსონალის ძირითად უფლება-მოვალეობებს თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში, ასევე, მათ კომპეტენტურობასა და პროფესიულ დამოუკიდებლობას;
- წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური და ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრეცედენტების აღწერა, მათი თავისებურება, პრევენციული ღონისძიებების რეალობა და პერსპექტივები; საერთაშორისო სტანდარტებისა და არსებული მდგომარეობის შედარების ანალიზი, მდგომარეობის შესაბამისობა ეროვნულ სტანდარტებთან.

გარდა ამისა, ტრადიციულად შესწავლილ იქნა სიკვდილობა და მასზე მოქმედი ფაქტორები, რომლებიც საშუალებას გვაძლევს, ვიმსჯელოთ ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების პარამეტრებსა და ეფექტურობაზე ციხეებში.

მონიტორინგი განხორციელდა საერთაშორისო სტანდარტების – „ჯანმრთელობის დაცვა ციხეებში“ CPT-ის მე-3 ზოგადი ანგარიშის, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის პატიმრობის სტანდარტული მინიმალური წესების, ციხის ევროპული წესების², ასევე, სხვა რეკომენდაციების, CPT-ის რეკომენდაციების საქართველოს მიმართ და სხვა დოკუმენტების შესაბამისად. ეროვნული სტანდარტების სახით გამოყენებული იქნა საქართველოს კანონები და კანონქვემდებარე აქტები. მათ შორის, საქართველოს კანონები „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, „პაციენტის უფლებების შესახებ“, „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, „პატიმრობის შესახებ“³.

მონიტორინგის ვიზიტები განხორციელდა, ასევე, სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებში, სადაც, ზოგიერთ შემთხვევაში, მკურნალობდნენ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან გადმოყვანილი მსჯავრდებულები და პატიმრები.

მონიტორინგის დაწყებამდე მოხდა მონიტორინგის ანკეტის სპეციალური ფორმის (რომელსაც წარსულშიც ვიყენებდით მსგავსი საქმიანობისათვის) მოდიფიცირება და იმ შენიშვნებისა და ხარვეზების ანკეტაში ასახვა, რომლებიც ჩვენს მიერვე იქნა დადგენილი გამოცდილების შესაბამისად. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებების მონიტორინგი მომდინარეობდა სპეციალურად შემუშავებული განსხვავებული ანკეტის საშუალებით. მონიტორინგის დროს განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა ციხეში განხორციელებული ძალადობის ფაქტებს, რის გამოც ნებისმიერი ვიზიტის დროს ხდებოდა დაზიანებათა (ტრავმების) ჟურნალის დაწვრილებითი შესწავლა. ამ მიზნით შემუშავებულ იქნა ანკეტის 3 დამატებითი ფორმა, რომელიც სრულყოფილად იძლევა ჟურნალში არსებული ინფორმაციის დამუშავების საშუალებას.

საერთაშორისო სტანდარტებისა და საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, პაციენტისაგან მიღებული ნებისმიერი ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიღება, დამუშავება და გადაცემა ხდებოდა სიფრთხილით, მხოლოდ პაციენტის მიერ მიღებული ინფორმირებული წერილობითი თანხმობის შესაბამისად. ამ მიზნისათვის სპეციალურად იქნა შექმნილი ინფორმირებული თანხმობის ფორმა, რომელშიც პაციენტი ხელმოწერით ადასტურებდა, თუ ვის და რა მოცულობით შეიძლება მიეწოდოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

მონიტორინგის დროს მიღებული ინფორმაცია მუშავდებოდა სტატისტიკურად, რომლის შედეგებიც მოცემულია მოხსენების შესაბამის თავში. მიღებული შედეგების ანალიზის დროს გამოყენებულ იქნა საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს სისტემაში შემავალი დროებითი მოთავსების იზოლატორების მონიტორინგის დროს მოპოვებული და დამუშავებული ინფორმაცია. აღნიშნული გვადმევდა იმის გადამოწმების საშუალებას, რამდენად ხორციელდებოდა დმი-ში დაფიქსირებული

² ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 2006 წლის 11 იანვრის რეკომენდაცია Rec(2006)2

³ „პატიმრობის შესახებ“ კანონი ძალადაკარგულად გამოცხადდა 2010 წლის 1 ოქტომბრიდან, პატიმრობის კოდექსის ძალაში შესვლასთან დაკავშირებით.

დაზიანებების აღწერა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში პირის შეყვანისას და რამდენად ადეკვატურად ხდებოდა ამ ინფორმაციის გამოყენება.

მონიტორინგის ხელისშემშლელი ფაქტორები

მონიტორინგის ჯგუფს შეექმნა გარკვეული დაბრკოლებები, რომელთა ნაწილი ადგილზევე იქნა მოგვარებული, ხოლო ზოგიერთი საკითხის გადაჭრა მონიტორინგის ჯგუფის ძალისხმევით შეუძლებელი აღმოჩნდა.

უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ სამედიცინო პერსონალთან და პატიმრებთან ურთიერთობის დროს, სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა თანამშრომლები, უმეტეს შემთხვევაში, ცდილობდნენ დასწრებას და მიყურადებას. ჩვენს მიერ აღნიშნულ თანამშრომლებს განემარტათ, რომ „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის მე-19 მუხლის შესაბამისად, „საქართველოს სახალხო დამცველის/სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრების შეხვედრა დაკავებულებთან, წინასწარ პატიმრობაში მყოფ ან სხვაგვარად თავისუფლებაშეზღუდულ პირებთან და მსჯავრდებულებთან კონფიდენციალურია. რაიმე სახის მიყურადება ან თვალთვალი დაუშვებელია“. კანონში ცვლილების შეტანამდე იგივე ნორმა ვრცელდებოდა საქართველოს სახალხო დამცველის რწმუნებულებზე. მონიტორინგის ჩატარების დროს, ამ მხრივ არანაირი დაბრკოლება და პრობლემა თავიდანვე არ შეგვქმნია სასჯელაღსრულების შემდეგ დაწესებულებებში⁴:

- რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 საერთო და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულება;
- ქსნის N7 საერთო მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება;
- ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება;
- მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება.

სამედიცინო ნაწილში ჩატარებული მონიტორინგის დროს, ინტერვიუებზე უშუალოდ დასწრების მცდელობა ჰქონდათ დაწესებულების დირექტორებს შემდეგ დაწესებულებებში:

- თბილისის N1 საპყრობილე;

⁴ დოკუმენტში დაწესებულებების ნუმერაცია და დასახელება მოცემულია სასჯელაღსრულების პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2010 წლის 1 ოქტომბრის ბრძანებამდე არსებული რედაქციით (....).

- ზუგდიდის N4 საპრობილე.

მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის ჯგუფის ძალისხმევით, მონიტორინგის კონფიდენციალურად განხორციელება, საბოლოოდ მაინც შესაძლებელი გახდა.

დაწესებულების ადმინისტრაციის სხვადასხვა რანგის თანამშრომლები (მოადგილე, რეჟიმის ან უსაფრთხოების სამსახურის უფროსი და სხვა) მონიტორინგის ჯგუფს უქმნიდნენ პრობლემებს და საშუალებას არ აძლევდნენ შესაბამის პირობებში განხორციელებინათ პატიმრებთან და სამედიცინო პერსონალთან ინტერვიუება, შემდეგ დაწესებულებებში:

- ქუთაისის N2 საპრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში (მხოლოდ წლის პირველ ნახევარში განხორციელებული ვიზიტის დროს);
- რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში;
- თბილისის N8 საპრობილეში.
- რუსთავის N2 საერთო მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში;
- გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში.
- თბილისის N7 საპრობილეში (2009 წლის მეორე ნახევარში).

თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მისვლის დროს მონიტორინგის ჯგუფს შეექმნა დაბრკოლება – დაახლოებით 35 წუთის განმავლობაში ჯგუფი დაყოვნებულ იქნა დაწესებულების შესასვლელთან. აღნიშნული დაბრკოლება შექმნა დირექტორის მოადგილემ შოთა მახარაშვილმა, რომლის მიერ თანამშრომლებისათვის რაციით გაცემული მითითება ჩვენი არ დაშვების შესახებ უშუალოდ ჩვენც გვესმოდა. საბოლოოდ, უდიდესი ძალისხმევის გამოყენების შემდეგ, მონიტორინგი შედგა.

2009 წლის პირველ ნახევარში, თბილისის N7 საპრობილის სამედიცინო მონიტორინგის დროს, მაშინ, როდესაც მონიტორინგის ჯგუფის წევრებსა და ექიმს შორის მიმდინარეობდა საუბარი პროფესიულ საკითხებთან დაკავშირებით, საპრობილის თანამშრომელმა დაუძახა მთავარ ექიმს და გაიყვანა კაბინეტიდან. რამდენიმე წუთში, უკან დაბრუნებულმა მთავარმა ექიმმა განაცხადა, რომ მას ტელეფონით დაუკავშირდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამედიცინო სამსახურის უფროსი, რომელმაც მას მისცა სიტყვიერი მითითება, რომ შეეწყვიტა საუბარი მონიტორინგზე მყოფ სახალხო დამცველის რწმუნებულებთან. ჩვენს მიერ ადგილობრივ მთავარ ექიმს განემარტა, რომ „სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონით მინიჭებულ უფლებამოსილებათა ფარგლებში სახალხო დამცველის რწმუნებულს უფლება აქვს მიიღოს ახსნა-განმარტება გამოსაკვლევ საკითხზე ნებისმიერი თანამდებობის პირისაგან. აღნიშნულის შემდეგ უფროსმა ექიმმა კვლავ დატოვა ოთახი და დაბრუნების შემდეგ განაცხადა, რომ კვლავ ესაუბრა სამედიცინო სამსახურის უფროსს და ვეღარ გააგრძელებდა

ინტერვიუს ჩვენთან. დამატებით, მთავარმა ექიმმა აღნიშნა, რომ თუ რაიმე ინფორმაციის მიღება გვსურდა, ამისათვის აუცილებელი იყო წერილობითი მიმართვა. აღნიშნულის გამო მონიტორინგს შეექმნა დაბრკოლება და შეწყდა.

ქუთაისის N2 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, 2009 წლის პირველ ნახევარში განხორციელებული მონიტორინგის დროს, სახალხო დამცველის რწმუნებულები ჯერ დაუშვეს დაწესებულების ტერიტორიაზე, ხოლო მოგვიანებით დირექტორის კაბინეტიდან ჯგუფის ზოგიერთი წევრი გარეთ გამოაძევეს, რაც დირექტორმა ახსნა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან ტელეფონით მიღებული მითითებით.

მოთხოვნილი დოკუმენტაციის დიდი ნაწილი არ წარმოგვიდგინა თბილისის N8 საპრობილის მთავარმა ექიმმა. საშუალება არ მოგვეცა გვენახა ყველა სამედიცინო ჟურნალი და პატიმართა სხეულის დაზიანების ამსახველი დოკუმენტაცია. ამავე საპრობილეში დირექტორმა არ მოგვცა საშუალება ჩავსულიყავით და შეგვემოწმებინა ის ოთახი, სადაც ხდება ახლად შემოსულ მსჯავრდებულთა სამედიცინო შემოწმება.

ყველა დოკუმენტი ასევე არ წარმოგვიდგინა ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დაწესებულებამ. აღნიშნულის მიზეზად ასახელებდნენ ან დოკუმენტების ჩაკეტვას, ან ამა თუ იმ თანამშრომლის დაწესებულებაში არყოფნას. დოკუმენტების მოძიების სირთულის გამო ასევე უარი გვეთქვა რამდენიმე დოკუმენტის ნახვაზე ბათუმის N3 საპრობილეში.

გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში შეიქმნა კონფლიქტური სიტუაცია მას შემდეგ, რაც დაწესებულების ერთ-ერთმა ექიმმა (რომელიც მოგვიანებით მთავარ ექიმად დანიშნეს), მონიტორინგის ჯგუფის წევრთა წინაშე გალანძღა პაციენტი. ექიმის მიერ არაეთიკური საქციელის რამდენიმეჯერ განმეორების შემდეგ ჯგუფის წევრებმა მას მისცეს შენიშვნა, რომ შეეწყვიტა ამგვარი ქმედება, რასაც პროტესტის ნიშნად ექიმის მიერ ოთახის დატოვება მოჰყვა.

მონიტორინგის ჩატარების დროს ასევე გვქონდა ზოგადი ხასიათის ხელისშემშლელი ფაქტორები, რაც, უპირველეს ყოვლისა, სამუშაო პირობების არარსებობაში მდგომარეობს. ხშირად ვერ ხდებოდა კონფიდენციალური გარემოს შექმნა, რის გამოც პაციენტთა ნაწილთან გასაუბრება შენობის გარეთ, ეზოში, დერეფანში ან სხვა ადგილებში ხდებოდა. აღსანიშნავია ასევე ზოგიერთ დაწესებულებაში შექმნილი ანტისანიტარია (თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, ქსნის N7 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, თბილისის N1 საპრობილე, ბათუმის N3 საპრობილე, ზუგდიდის N4 საპრობილე, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება), რაც მუშაობის პროცესში ასევე ხელისშემშლელ ფაქტორად უნდა განვიხილოთ.

რეფორმა საქართველოს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში

2009 წლის 13 თებერვალს, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ვებ გვერდზე გამოქვეყნდა ინფორმაცია, რომლის მიხედვითაც „სამინისტროში მიმდინარე რეფორმებს შორის ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ყველაზე პრიორიტეტულია“. სამინისტროს განცხადებით, „უკვე მიღწეულია მნიშვნელოვანი პროგრესი, რაც საერთაშორისო ორგანიზაციების (წითელი ჯვარი, ნატოს წარმომადგენლობითი დელეგაცია და ა.შ) და ადგილობრივი ექსპერტების მიერაა აღიარებული. რეფორმა, რომელიც 2009 წლის მაისში დაიწყო და დღემდე გრძელდება, ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულების თანამედროვე სამედიცინო აპარატურით აღჭურვას ითვალისწინებს. პროცესი წლის ბოლომდე დასრულდება. გარდა ამისა, გაიხსნა სტომატოლოგიური კაბინეტები, მსჯავრდებულებს ემსახურებიან მაღალი კვალიფიკაციის მეოწე ექიმები. 2009 წლის ივნისიდან დღემდე, საპატიმროებში სიკვდილიანობის მხოლოდ 4 შემთხვევა აღირიცხა, რაც რეფორმის წარმატებული მუშაობის შედეგია. შედარებისთვის, 2009 წლის იანვარ-მაისში 50 მსჯავრდებულია გარდაცვლილი“.⁵

ჯანდაცვის მიმდინარე რეფორმის შესახებ ინფორმაცია სამინისტროს ვებ გვერდზე 2009 წლის 15 ივნისს გამოქვეყნებული ინფორმაციის მიხედვით, „15 ივნისს, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრმა ბრიტანეთის პენიტენციურ მედიცინის ექსპერტები ჯონ ბოინგტონი და ბრაიან დოჩერტი მიიღო. შეხვედრას ჰოლანდიელი ექსპერტი რობ ჰოლენდერი და „წითელი ჯვრის“ წარმომადგენლები დაესწრნენ. ბრიტანელი ექსპერტების ვიზიტის მიზანი პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმის საპილოტო გეგმის შემუშავებაში ქართული მხარის დახმარებაა. 4-დღიანი ვიზიტის ფარგლებში სტუმრები სასჯელაღსრულების დაწესებულებებს მოინახულებენ და თანამშრომლებთან შეხვედრებს გამართავენ“.⁶

იმავე წყაროს მიხედვით, „21 მაისს, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროში ჯანდაცვის რეფორმის პრეზენტაცია გაიმართა. პრეზენტაციაზე წარმოდგენილი იყო რეფორმის სტრატეგია, ამოცანები და ძირითადი მიმართულებები. რეფორმის უმთავრეს მომართულებას წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების შექმნა, რომელიც დაეფუძნება ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პრინციპებს. საწყის ეტაპზე განზრახულია რეფორმის პილოტირება რუსთავის მე-2 და მე-6 დაწესებულებებში, რომელიც გულისხმობს არსებული სამედიცინო პერსონალის გადამზადებას, გაიდლაინების და სტანდარტების დანერგვას, ჯანდაცვის ცენტრების აღჭურვას საჭირო სამედიცინო მოწყობილობებით. პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმის პრეზენტაციას დაესწრნენ საქართველოს პარლამენტის ადამიანის უფლებათა დაცვისა და

⁵ <http://mcla.gov.ge/print.php?id=435&lang=geo>

⁶ <http://www.mcla.gov.ge/content.php?lang=geo&id=85&start=336>

სამოქალაქო ინტეგრაციის კომიტეტისა და ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტების წარმომადგენლები, აგრეთვე პარლამენტის სხვა წევრები“.⁷

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა 2010 წლის 4 მარტს მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს (წერილი №243/03-3) მოთხოვნით, წარმოედგინათ ზემოთ აღნიშნული ჯანდაცვის რეფორმის კონცეფცია; ასევე, ეცნობებინათ, რა ეტაპზეა რეფორმის პროცესი და როგორია იმ ჯგუფის შემადგენლობა, რომელმაც შეიმუშავა აღნიშნული რეფორმა და ახორციელებს მას.

2010 წლის 7 აპრილს სახალხო დამცველის აპარატში შემოსული საპასუხო წერილის (№01-3057) დანართად გამოგზავნილ იქნა „პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგია“. სტრატეგიის შესავალში მითითებულია, რომ „საქართველოს პრეზიდენტის 2005 წლის 9 ივლისის ბრძანებულების შესაბამისად, რომელიც ითვალისწინებდა ევროგაერთიანების ნორმებთან და სტანდარტებთან მაქსიმალური ინტეგრაციის მოთხოვნას, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალურ საკითხთა სამინისტროს შორის მიღწეულ იქნა შეთანხმება, სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამედიცინო სამსახურის რეფორმის გრძელვადიანი და მოკლევადიანი ამოცანების შემუშავების, სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის შესწავლისა და ანალიზის შესახებ“. აღსანიშნავია, რომ საქართველოს პრეზიდენტის ზემოთ მითითებული ბრძანებულება (2005 წლის 9 ივლისი, №549) „საქართველოს სისხლის სამართლის კანონმდებლობის რეფორმის განვითარების სტრატეგიის შემუშავებელი სამუშაო ჯგუფის შექმნის შესახებ“ შეეხება საქართველოს პრეზიდენტის 2004 წლის 19 ოქტომბრის N914 განკარგულებით შექმნილი სამუშაო ჯგუფის მიერ მომზადებული საქართველოს სისხლის სამართლის კანონმდებლობის რეფორმის სტრატეგიის მოწონებას და პრეზიდენტი აქვე მოითხოვს, რომ რეფორმის სტრატეგიის ჯგუფმა მას პერიოდულად მოახსენოს და ანგარიში წარუდგინოს გაწეული სამუშაოს შესახებ. ამდენად, პენიტენციური ჯანდაცვის საკითხების ევროპულ ნორმებთან ჰარმონიზაცია ან საერთოდ ამ საკითხებს შორის კავშირი ბრძანებულებაში არ დგინდება.

დოკუმენტში, შესავალის შემდეგ, მოდის ქვეთავი „რეფორმის მიზნები“, სადაც საუბარია იმაზე, რომ „ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევის შედეგად შესწავლილ იქნა დემოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური და მსჯავრდებულთა მდგომარეობის მაჩვენებლები (ჯანმრთელობის ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობა,) სტატუსი, ავადობის მაჩვენებლები, მომსახურების უტილიზაცია, ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსები“. საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ ჩატარებული მონიტორინგების, მიღებული წერილების და სხვა სახის საქმიანობების შედეგად ირკვევა, რომ ასეთი კვლევა ბოლო 5 წლის განმავლობაში სასჯელაღსრულების სისტემაში არ ჩატარებულა. პატიმართა ჯანდაცვის საჭიროებათა შესწავლა და მით უმეტეს, მათი ფსიქიკური და ფიზიკური მდგომარეობის მაჩვენებლები საერთოდ არ ყოფილა შესწავლილი რომელიმე უწყების მიერ. რაც შეეხება პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმისათვის საჭირო

⁷ <http://mcla.gov.ge/content.php?lang=geo&id=166>

მიზეზებს, რომლებიც 6 პუნქტადაა ჩამოყალიბებული, ისინი არ ემყარება რაიმე ფართომასშტაბიანი სამეცნიერო ან სხვა სახის შესწავლის შედეგებს.

„რეფორმის მიზეზებსა და ამოცანებში“ წარმოდგენილია 3 მიზანი და 3 ამოცანა. აღნიშნული მიზნები უკვე საკმაოდ დიდი ხანია წარმოადგენს საქართველოს კანონმდებლობით სავალდებულოდ შესასრულებელ მოთხოვნას და ის, რომ კანონი არ სრულდებოდა, არ შეიძლება პენიტენციური ჯანდაცვის სტრატეგიის მიზნად იქნას დასახული.

რეფორმის ამოცანები, რომლებიც დოკუმენტშია მითითებული, მოცემულია „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ 1997 წლის 10 დეკემბრის საქართველოს კანონში და „პაციენტის უფლებების შესახებ“ 2000 წლის 5 მაისის საქართველოს კანონში.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „ე“ და „ვ“ ქვეპუნქტების შესაბამისად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებად აღიარებულია პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფ პაციენტთა დისკრიმინაციისგან დაცვა სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას და ასევე, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სამედიცინო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებული ნორმების დამკვიდრება.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 45-ე მუხლის 1-ლი პუნქტის შესაბამისად, „სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით“.

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის⁸ 37-ე მუხლის შესაბამისად – „სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახური წარმოადგენს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ნაწილს. სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახურის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის დონე არ უნდა იყოს ჯანმრთელობის დაცვის საერთო სისტემის დონეზე ნაკლები“.

ამგვარად, პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმის მიზნები ამ შემთხვევაში კანონის შესრულებისათვის დასახულ საქმიანობებს შეესაბამება.

რაც შეეხება რეფორმის ამოცანებს, ისინი არ გამომდინარეობს რეფორმის მიზნებიდან, და ამასთან, არც აქ არის ნათქვამი რაიმე სიახლე. ამგვარად, რეფორმის მიზნები და ამოცანები იმთავითვე არამართებულადაა წარმოჩენილი, რაც დოკუმენტის შემდგომ ნაწილს პრაქტიკულად უფუნქციოს ხდის.

შესაბამისად, ბუნდოვანია რეფორმის მიმართულებები, რომლებიც მხოლოდ დეკლარაციული შინაარსის ფრაზებით შემოიფარგლება და რაიმე კონკრეტული მიმართულების განვითარების შესახებ ინფორმაციას პრაქტიკულად არ მოიცავს.

⁸ ძალადაკარგულად გამოცხადდა პატიმრობის კოდექსის ძალაში შესვლასთან ერთად, 2010 წლის 1 ოქტომბრიდან.

კერძოდ, წარმოდგენილია 5 მიმართულება, რომლებიდანაც პირველი ითვალისწინებს „პენიტენციური ჯანდაცვის ახალ ფუნქციურ და სისტემურ მოწყობას, რომელიც შესაბამისობაში იქნება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილ ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ეროვნულ გეგმასთან“. აღსანიშნავია, რომ არ არის მითითებული, კონკრეტულად რომელ დადგენილ გეგმაზეა საუბარი, ან ამ გეგმის რომელ ნაწილზე. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ისეთი გეგმა, რომელიც პენიტენციური ჯანდაცვის საკითხებს ასახავს არ გამოუქვეყნებია. მეორე პუნქტში არასწორადაა მითითებული პროფესიული განვითარების საბჭოს სახელწოდება, ასევე, სამედიცინო განათლების ეტაპის დასახელება. არ ჩანს ასევე რომელი და რა სახის პროგრამების აკრედიტაციაზეა საუბარი. უმნიშვნელოვანესია, აქვე აღინიშნოს, რომ გადამზადება და უწყვეტი პროფესიული განვითარება არსობრივად განსხვავებულ ცნებებს წარმოადგენს და შეუძლებელია ერთის მეორეთი შეცვლა. მესამე პუნქტში საუბარია პენიტენციურ ჯანდაცვაში „ხარისხის კონტროლის სისტემის“ შექმნაზე, რაც თავისთავად გაუმართლებელია, ვინაიდან შეუძლებელია, ქვეყნის ჯანდაცვის სამოქალაქო და პენიტენციურ სისტემებს განსხვავებული ხარისხის კონტროლის სისტემები ჰქონდეთ. ეს ძირშივე კლავს იმ იდეას, რომელიც რეფორმის მეორე მიზანშია წარმოდგენილი და რაც ითვალისწინებს სამოქალაქო და პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემების ინტეგრირებას და ჰარმონიზაციას. თუ დოკუმენტში საუბარია ზოგადად ჯანდაცვის ხარისხის კონტროლის სისტემის შექმნაზე, მაშინ გაუგებარია, რატომ ხდება ამ სისტემის შექმნა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ქოლგის ქვეშ.

რაც შეეხება რეფორმის მიმართულებას, რომელიც „ჯანდაცვის დაწესებულებების რეაბილიტაციას“ შეეხება, აქაც გაუგებარია, თუ რა იგულისხმება „ჯანდაცვის დაწესებულებაში“. სავარაუდოდ, ეს უნდა იყოს „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 53-ე მუხლის შესაბამისად განსაზღვრული „სამედიცინო დაწესებულებები“, თუმცა არცერთი მსგავსი ინსტიტუტი ჯერჯერობით პენიტენციურ სისტემაში არ არსებობს. შესაბამისად, გაუგებარია, თუ რა იგულისხმება ამ დაწესებულებათა მართვის საინფორმაციო სისტემების განვითარებაში.

დოკუმენტის შემდეგი თავი, რომლის სახელწოდებაცაა „ჯანდაცვის მომსახურების სახეები და ორგანიზაციული მოწყობა“, ითვალისწინებს პატიმართათვის „ჯანდაცვის მომსახურების“ მიწოდების სამ დონეს. თანამედროვე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა იცნობს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების 4 დონეს. აღნიშნული დანერგილია მსოფლიო პრაქტიკაში და ეფუძნება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ და შეთანხმებულ პრინციპებს. დოკუმენტში გადმოცემული სისტემა არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს და გაურკვეველია, რა მოსაზრებებს ან მიგნებებს ეყრდნობა მსგავსი სისტემატიზაცია. გარდა ამისა, დოკუმენტის ამ ნაწილში მრავლადაა ნახსენები „ზოგადი პრაქტიკის ექიმი“. უფრო მეტიც, მკაფიოააა განსაზღვრული, რომ „პენიტენციური პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი დაკომპლექტებულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმების/ექთნების გუნდებისაგან“. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა

და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/ნ ბრძანების – „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ დამტკიცებული საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების სიაში ასეთი ტიპის ექიმი გათვალისწინებული აღარ არის. უკვე 3 წელიწადზე მეტია, საქართველოში აღარ არსებობს „ზოგადი პრაქტიკის ექიმი“. ანუ სტრატეგიაში საუბარია სამედიცინო მომსახურების ისეთ სისტემაზე, რომელსაც განახორციელებენ არარსებული საექიმო სპეციალობის მქონე პირები. აქვე მითითებულია, რომ „პირველ დონეზე ლაბორატორიული მომსახურება ტარდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიერ“. საყურადღებოა, რომ ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება საქართველოს კანონმდებლობით ევალება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს, სპეციალობით „ლაბორატორიული მედიცინა“. სხვა შემთხვევებში, აღნიშნული ქმედება ჩაითვლება უკანონო საექიმო საქმიანობად, რაც წარმოადგენს დასჯად ქმედებას საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის შესაბამისად. აბსურდულია ის ჩანაწერი, რომლის მიხედვითაც ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს, თავიანთი კომპეტენციისა და არსებული რესურსების პირობებში, ევალებათ „მცირე ტრავმის მართვა“, იმ ფონზე, როდესაც არ არის განსაზღვრული, თუ რა იგულისხმება ამ კონკრეტულ შემთხვევაში „მცირე ტრავმად“. სავარაუდოდ, საქმე ეხება გადაუდებელი (და არა სასწრაფო) სამედიცინო დახმარების აღმოჩენას, რაც დოკუმენტში უნდა შესწორდეს და მკაფიოდ განიმარტოს.

საყურადღებოა ასევე ის ფაქტი, რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის 5 პუნქტიანი საქმიანობის ერთ-ერთ პუნქტად მითითებულია, რომ პირველადი ჯანდაცვა ითვალისწინებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისკენ მიმართულ ღონისძიებებს, მათ შორის, პაციენტების ვაქცინაციას პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის მიხედვით. აღსანიშნავია, რომ ამ მიმართულების ადეკვატური მართვისათვის აუცილებელია ექიმი პროფილაქტიკოსისა და ეპიდემიოლოგის მიერ კონტროლის განხორციელება. გარდა ამისა, საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 4 ივნისის N122/ნ ბრძანება (მაშინ მოქმედი) და ასევე იმავე მინისტრის 2010 წლის 25 ივნისის N 183/ნ ბრძანება (ამჟამად მოქმედი), რომელთა მიხედვითაც დამტკიცებულია პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარი, წარმოადგენს განრიგს, რომელიც ითვალისწინებს ახალშობილობის პერიოდიდან მოზრდილობის ასაკამდე დადგენილ ვადებში ჩასატარებელ აცრებს. რაც შეეხება 14 წლის და უფროსი ასაკის პირებს, რა ასაკობრივი ჯგუფიც პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში გვხვდება, ისინი საჭიროებენ მხოლოდ ანტიტეტანურ ვაქცინაციას, რის გამოც „პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის“ სრულად მოყვანა გადაჭარბებული ვალდებულებაა, მით უფრო, ზოგადი პრაქტიკის ექიმთათვის.

საბოლოო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ პირველადი ჯანდაცვისთვის წაყენებული მოთხოვნები არ შეესაბამება 1978 წლის სექტემბერში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებულ აღმატის დეკლარაციას პირველადი ჯანდაცვის შესახებ. პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის საკითხებთან დაკავშირებით ამომწურავი ინფორმაცია მოცემულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2008 წელს გამოქვეყნებულ პუბლიკაციაში – „Health in Prisons, a

WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen“. აღნიშნული სახელმძღვანელოს მიხედვით, პენიტენციური სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის უპირველესი ამოცანა პატიმრებისათვის ეკვივალენტური სამედიცინო მომსახურების მიწოდება და რეფორმის სტრატეგია ამ მიმართულებით მდგომარეობს იმაში, რომ რაც შეიძლება მინიმუმამდე დავიდეს და აღმოიფხვრას განსხვავებები იმ სერვისების მიწოდებას შორის, რასაც იღებს პატიმარი და ზოგადად, ნებისმიერი მოქალაქე სამოქალაქო ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებში. ნებისმიერ პატიმარს ამ ეტაპზე უნდა მიეწოდოს განსაზღვრული მოცულობის სამედიცინო, საექთნო, სტომატოლოგიური, ფსიქოლოგიური და ფარმაცევტული მომსახურება. აღნიშნული მომსახურებები კი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს 24 საათის განმავლობაში. პენიტენციური სპეციფიკა პირველადი ჯანდაცვის და ზოგადად, ჯანდაცვის მომსახურებათა გაწევისას მდგომარეობს იმაში, რომ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მოხვედრისას მსჯავრდებული პატიმრები ავტომატურად კარგავენ ჯანმრთელობის სოციალურ კომპონენტს, რაც ნაწილობრივ მაინც უნდა კომპენსირდეს გონივრულად და ადეკვატურად დაგეგმილი პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის მიერ. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე შესაძლებელია განვიხილოთ ასევე სამედიცინო პერსონალის ის ფუნქციები, რომლებიც უშუალოდ არ უკავშირდება რომელიმე კონკრეტული პატიმრის მკურნალობას და მოვლას, არამედ აქცენტირდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვა, ასევე უმნიშვნელოვანეს კომპონენტებზე. ამ კონკრეტულ დონეზე, ჯანდაცვის სერვისების საკვანძო საკითხები სრულადაა ასახული ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებულ და გაერთიანებული ერების მიერ მიღებულ (1957) დოკუმენტში – „პატიმრებისადმი მოპყრობის სტანდარტული მინიმალური წესები“, კერძოდ, მის 22–26 პუნქტებში.

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიაში მეორე დონედ განიხილება სპეციალიზებული ამბულატორული სამედიცინო მომსახურება და სტაციონარული მომსახურება. დოკუმენტის მიხედვით, „სტომატოლოგიური და ფსიქიატრიული სამედიცინო მომსახურება (საჭიროების შემთხვევაში) განსხვავებულად ტარდება 700 პატიმარზე მეტი ან ნაკლები სიდიდის პენიტენციურ დაწესებულებაში“. განსხვავება შეეხება მიმართვიანობის საკითხებს, ასევე სპეციალისტის სამუშაო ადგილს. აღნიშნულ მოსაზრებას კატეგორიულად ვერ დავეთანხმებით. ფსიქიატრიული დახმარების კომპონენტი პენიტენციური ჯანდაცვის ერთ–ერთი ქვაკუთხედი, რის გამოც ამ ტიპის სერვისებით სარგებლობა პატიმრისათვის თავიდანვე უნდა იყოს ხელმისაწვდომი. დონეების მიხედვით შესაძლებელია განისაზღვროს მიწოდებული მომსახურების მოცულობა; რაც შეეხება სერვისის არსებობას, ამის შესაძლებლობა ექვექვემ არ უნდა დადგეს სამედიცინო მომსახურებათა მიწოდების არცერთ ეტაპზე. ფსიქიატრიული დახმარების საკითხები, რომლებიც სტრატეგიაშია მოყვანილი, არ შეესაბამება და ხშირ შემთხვევაში, წინააღმდეგობაში მოდის რამდენიმე საყოველთაოდ აღიარებულ დოკუმენტთან.⁹

⁹ WHO Guide to Mental Health in Primary Care, Mental Health Primary Care in Prison, Mental health Promotion in Prisons (Report on a WHO Meeting. The Hague, Netherlands 18–21 November 1998), Trenchn statement on prisons and mental health (Adopted in Trenchn, Slovakia on 18 October 2007).

მეორე დონეზეა განხილული, ასევე, გადაუდებელი და გეგმური სტაციონარული მომსახურება. გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, დოკუმენტის მიხედვით, ტარდება დასავლეთ საქართველოში პენიტენციურ დაწესებულებასთან ახლო სამედიცინო დაწესებულებაში, ხოლო აღმოსავლეთ საქართველოში – მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. ამ შემთხვევაში, აღმოსავლეთ საქართველოში ერთი დაწესებულებით შემოფარგვლა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის დარღვევას.

რაც შეეხება გეგმიურ მომსახურებას, დოკუმენტში ნათქვამია, რომ აღნიშნული ხდება „მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიმართვის საფუძველზე“, რაც ასევე გაუმართლებელია დოკუმენტის წინა ნაწილში მოყვანილი მოსაზრებების გამო.

რაც შეეხება მესამე დონის მომსახურებას, დოკუმენტის მიხედვით, აღნიშნული „ითვალისწინებს ვიწროსპეციალიზებულ სტაციონარულ მომსახურებას (კარდიოქორორგია, ნეიროქირურგია), რომელიც ტარდება თბილისისა და ქუთაისის საავადმყოფოებში“. მესამე დონის სამედიცინო მომსახურება შესაძლებელია ჩატარდეს საქართველოს სხვა ქალაქებშიც (მაგალითად, ბათუმში ან ზუგდიდში). ასეთ შემთხვევაში, პაციენტის სხვა ქალაქში ტრანსპორტირება, გარდა იმისა, რომ არახარჯეფექტური შეიძლება იყოს, ასევე არღვევს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესში.

სტრატეგიის დოკუმენტის შემდეგი თავი, რომელიც შეეხება „პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეგულირებას და მართვას“ იწყება იმით, რომ „პენიტენციურ პირველად ჯანდაცვაში ჩართული ყველა ზოგადი პრაქტიკის ექიმი და სპეციალისტი ექვემდებარება სახელმწიფო ლიცენზირებას“. უპირველეს ყოვლისა, კიდევ ერთხელ უნდა აღინიშნოს, რომ ამ სპეციალობის ექიმი საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არ არსებობს. გარდა ამისა, გაურკვეველია რას ნიშნავს ექიმთა ლიცენზირება. სავარაუდოდ, ავტორები გულისხმობდნენ ექიმთა სერტიფიცირებას, რაც რეგულირდება „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონით და ამ მხრივ რაიმე სპეციფიკური საჭიროება სასჯელაღსრულების სისტემისთვის არ არსებობს. შესაბამისად, ამ პუნქტის სტრატეგიაში ჩადება აზრს მოკლებულია. იგივე შეიძლება ითქვას „ყველა პენიტენციური პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის“ შესახებ, რომელიც, დოკუმენტის მიხედვით, „ექვემდებარება ნებართვას“. „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-40 მუხლის შესაბამისად, „სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, სადაც არანაკლებ ასი მსჯავრდებული იმყოფება, უნდა მოეწყოს სტაციონარული სამკურნალო პუნქტი სადღეღამისო სამედიცინო დახმარების გასაწევად“, ხოლო „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 56-ე მუხლის შესაბამისად, „სამედიცინო დაწესებულებას ეკრძალება სამედიცინო საქმიანობა სათანადო ლიცენზიის გარეშე.“ რაც შეეხება ნებართვას, აღნიშნული წარმოადგენს სხვა ტიპის დოკუმენტს. პენიტენციური ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიაში არ უნდა განისაზღვროს ლიცენზია სჭირდება სამედიცინო დაწესებულებას თუ ნებართვა. აღნიშნული საკითხი ავტომატურად რეგულირდება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი ნორმებით. რაც შეეხება ექიმთა სერტიფიცირებას და სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირებას, აღნიშნული

წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბერკეტს, რომელიც კონტროლდება სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ. ასევე გაუგებარია, თუ სტრატეგიის ერთ-ერთი მიზანია პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ინტეგრაცია ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში (და რაც კანონით ასეც არის), რატომ ახორციელებს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის მართვას სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო?

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ერთ-ერთი თავი, წარმოდგენილი დოკუმენტის მიხედვით, ეთმობა „საინფორმაციო სისტემების მართვას“. ვერ დავეთანხმებით დოკუმენტის ავტორებს იმაში, რომ „*ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა იქნება პენიტენციური სისტემის მართვის საინფორმაციო სისტემის ნაწილი*“. აღნიშნული ფრაზა იმაზე მეტყველებს, რომ დოკუმენტის ავტორებს საერთოდ არ აქვთ არანაირი წარმოდგენა ჯანდაცვის საინფორმაციო ტექნოლოგიების სისტემების შესახებ. კანონდარღვევა და ეთიკურად გაუმართლებელი საქციელი იქნება ჯანდაცვის (კონფიდენციალური) ინფორმაციის რომელიმე, მით უფრო სასჯელაღსრულების სისტემის რეესტრთან ან სხვა სახის საინფორმაციო ბაზასთან ინტეგრირება. მიუხედავად იმისა, რომ დოკუმენტში ნახსენებია სიტყვები – „*კონფიდენციალურობის დაცვის საშუალება*“, აღნიშნული მხოლოდ დეკლარაციული ხასიათის განცხადებაა, წინააღმდეგობაში მოდის იმავე აზრის დასაწყისში განცხადებულ სურვილთან და ამავე დროს, როგორ უნდა მოხერხდეს კონფიდენციალურობის დაცვა, საუბარი არ არის. დოკუმენტში საუბარია, ასევე, რომ „*მონაცემთა მოპოვების საფუძველია სააღრიცხვო და საანგარიშგებო ფორმები, რასაც ამტკიცებს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო; პენიტენციური ჯანდაცვის ცენტრები ვალდებულია, უზრუნველყოს ინფორმაციის წარმოება და გადაცემა, შესაბამისად, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროში.*“ თანამედროვე მსოფლიოში და განსაკუთრებით, ევროპის რეგიონში, ბოლო წლებია საკმაოდ ინტენსიური დისკუსიები და კონსულტაციები მიმდინარეობს საინფორმაციო ტექნოლოგიების განვითარების და დანერგვის პერსპექტივაზე ჯანდაცვის სისტემაში. მიუხედავად ამისა, მთელი რიგი ეთიკური საკითხების მოუგვარებლობის გამო საკითხის საბოლოო მართებული გადაწყვეტა მიღწეულად არ ითვლება. ამ ფონზე, საქართველოს პენიტენციური ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიულ დოკუმენტში ამ საერთაშორისო პრობლემის მარტივად „გადაჭრის“ საშუალებას ვპოულობთ, კერძოდ, სასჯელაღსრულების სისტემის ბაზასთან ინტეგრაციას. აღნიშნული პრინციპულ წინააღმდეგობაში მოდის მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის 2002 წლის ვაშინგტონის დეკლარაციასთან – ჯანდაცვის მონაცემთა ბაზების ეთიკური ასპექტები¹⁰. გარდა იმისა, რომ ამგვარი განვითარება ეწინააღმდეგება როგორც ქვეყნის შიდა კანონმდებლობას, ისე საერთაშორისო სამართლის ნორმებს, ამგვარი განცხადებების გაკეთება ერთობ არასერიოზულად მიგვაჩნია.

სტრატეგიის ბოლო ქვეთავი ეძღვნება „პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების სტრატეგიული გეგმის განხორციელებას“. დოკუმენტის აღნიშნულ

¹⁰ WMA Declaration on Ethical Considerations regarding Health Databases

ნაწილში პირველად ფიგურირებს „პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების გენერალური გეგმა“. საინტერესოა, რომ ასეთი „გენერალური გეგმის“ შესახებ საუბარი ჯერ არ ყოფილა. ნებისმიერ შემთხვევაში, რეფორმის კოორდინაციის უზრუნველყოფა ევალება საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს. ამ ნაწილში საერთოდ არ ფიგურირებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომლის სიტემაში ინტეგრაციაც, დოკუმენტის მიხედვით, წარმოადგენდა სტრატეგიის ერთ-ერთ მიზანს.

რაც შეეხება დოკუმენტის ამ ნაწილში გაცხადებულ გეგმას, რომ მიზანშეწონილია რეფორმირების საწყის ეტაპზე პირველადი ჯანდაცვის მოდელის პილოტირება რუსთავის მე-2 და მე-6 დაწესებულებებში, ამ ნაწილშიც დოკუმენტი მრავალ უზუსტობას შეიცავს. უპირველეს ყოვლისა, თვალშისაცემია გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს ზოგადი პრაქტიკის (არარსებული სამედიცინო სპეციალობა) ექთნებისა და ექიმების დაქირავებას, თანაც სერტიფიცირებულების; პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების (არარსებული სტრუქტურული ერთეულები) რეაბილიტაციას, ესენციური მედიკამენტების ჩამონათვალის დანერგვას (ჩამონათვალის დანერგვა, სავარაუდოდ, ერთობ რთული ამოცანა იქნება) და ა.შ. ასევე უზუსტობაა ტერმინოლოგიური თვალსაზრისითაც. მაგალითად, გაუგებარია რას გულისხმობენ „დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტებში“ ან „სასიცოცხლოდ აუცილებელ (ესენციური) სამკურნალო საშუალებათა ჩამონათვალის ფორმირებაში. კვლავ საუბარია „პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის სპეციფიკური სტანდარტების და სამედიცინო ფორმების“ შემუშავებაზე, რაც მიუღებელი და აბსურდული განაცხადია.

ამგვარად, დოკუმენტი, რომელსაც ეწოდება „პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგია“ და რომელიც წარმოადგენილია 5 ნაბეჭდ ფურცლად საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს მიერ, წარმოადგენს არაკვალიფიციურად ფორმულირებულ დოკუმენტს, რომელიც არ ითვალისწინებს პენიტენციური ჯანდაცვის სფეროში არსებულ ეროვნულ, რეგიონულ და საერთაშორისო გამოცდილებას, პრინციპულად ეწინააღმდეგება სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტებს, ეწინააღმდეგება საქართველოს კანონმდებლობითა და საერთაშორისო სამართლის ნორმებით დადგენილ რეგულაციებს. ამდენად, დოკუმენტი არ ექვემდებარება გადახედვას ან შესწორებას. მისი განხორციელება შეუძლებელია და ნებისმიერი მცდელობა დოკუმენტში მოყვანილი რომელიმე საკითხის იმპლემენტაციის მიმართულებით გამოიწვევს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილი კრიზისული მდგომარეობის კიდევ უფრო გაუარესებას.

ზემოთ აღნიშნული სტრატეგია მთავრდება იმით, რომ „*რეფორმის ეფექტური განხორციელებისათვის საჭიროა შეიქმნას სამინისტროთაშორისი სამეთვალყურეო ჯგუფი, რომელსაც დაევალება სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამედიცინო სამსახურის რეფორმის მხარდაჭერა.*“ იმის გასარკვევად, თუ რა პრინციპით ან რა შემადგენლობით იქნა დაკომპლექტებული აღნიშნული საბჭო, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა 2010 წლის 4 მარტს მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა

სამინისტროს (წერილი №243/03-3). 2019 წლის 7 აპრილს სახალხო დამცველის აპარატში შემოსული საპასუხო წერილს (№01-3057) თან ერთვის მინისტრის ბრძანებები, რომელიც განსაზღვრავს აღნიშნული საბჭოს შემადგენლობას.

სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის განსახორციელებლად, მინისტრის ბრძანებით შექმნილია სამი სტრუქტურა:

1. სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის სამეთვალყურეო საბჭო;
2. სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის მრჩეველთა საბჭო;
3. სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის ხელშემწყობი სამუშაო ჯგუფი.

რეფორმის სამეთვალყურეო საბჭო დაკომპლექტებულია სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მინისტრების პირველი მოადგილეებით, საქართველოს პარლამენტის წევრებით (ვიცე-სპიკერი, ჯანმრთელობისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარე, ამავე კომიტეტის წევრი) და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის ტუბერკულოზის პროგრამების რეგიონული კოორდინატორით. თავდაპირველად, რეფორმის სამეთვალყურეო საბჭო შედგებოდა 7 წევრისაგან, 2010 წლის 16 მარტს შეტანილი ცვლილებით კი საბჭოდან გამოყვანილია “არქიმედე გლობალ ჯორჯია“-ს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს კონსულტანტი, რის შედეგადაც საბჭოს შემადგენლობაში 6 წევრი დარჩა.

სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის მრჩეველთა საბჭოს შემადგენლობაში შედის სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის პირველი მოადგილე თავმჯდომარის სტატუსით, სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დეპარტამენტის უფროსი, ორი ექიმი ექსპერტი (ოჯახის ექიმი და ფსიქიატრი), წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის ორი წარმომადგენელი (გაერთიანებული სამეფოს ციხის მედიცინის ექსპერტი და ამავე ორგანიზაციის კონსულტანტი – ციხის ჯანდაცვის პროგრამის ხელმძღვანელი). თავდაპირველად აღნიშნული საბჭო 8 წევრისაგან შედგებოდა, 2010 წლის 16 მარტს შეტანილი ცვლილებით კი საბჭოდან გამოყვანილია “არქიმედე გლობალ ჯორჯია“-ს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს კონსულტანტი“, რის შედეგადაც, საბჭოს შემადგენლობაში 7 წევრი დარჩა.

რაც შეეხება სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის ხელშემწყობ სამუშაო ჯგუფს, მის შემადგენლობაშიც კვლავ შედის სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის პირველი მოადგილე თავმჯდომარის სტატუსით, სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსი, ამავე დეპარტამენტის სამედიცინო

ანალიზისა და კონტროლის სამმართველოს უფროსი, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარის თანაშემწე, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების დირექტორი და მთავარი ექიმი და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის ციხეთა ჯანდაცვის პროგრამის უფროსის ასისტენტი. თავდაპირველად სამუშაო ჯგუფი 9 წევრისაგან იყო დაკომპლექტებული. 2010 წლის 16 მარტს შეტანილი ცვლილებით კი ჯგუფიდან გამოყვანილია “არქიმედე გლობალ ჯორჯია“-ს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს კონსულტანტი, ასევე, სტრუქტურულ ცვლილებებთან დაკავშირებით ჯგუფს გამოაკლდა კიდევ ერთი წევრი – სამინისტროს სამედიცინო სამსახურის უფროსი, რის შემდეგაც სამუშაო ჯგუფის შემადგენლობაში 7 წევრი დარჩა.

როგორც ზემოთ აღნიშნული სამი სტრუქტურის საქმიანობის განხილვისას ირკვევა, რეფორმის სამეთვალყურეო საბჭო წარმოადგენს ზემდგომ, მაკონტროლებელ ორგანოს, რომელიც ზედამხედველობს პროცესებს და ამასთანავე ახდენს მხარდამჭერი საკანონმდებლო ინიციატივების ინიცირებას და ლობირებას საქართველოს პარლამენტში.

რეფორმის მრჩეველთა საბჭოს პრაქტიკულად მხოლოდ დამხმარე ფუნქცია აქვს მინიჭებული. იგი უზრუნველყოფს რეკომენდაციების შემუშავებას; ასევე, რეფორმის ხელშემწყობი ჯგუფისათვის დახმარების აღმოჩენას და მხარდაჭერას. ბრძანებით დამტკიცებულ საბჭოს ფუნქციებში ფიქსირდება მთელი რიგი უზუსტობანი და შეუსაბამობები. უპირველეს ყოვლისა, ჯგუფმა შეუძლებელია, რამენაირი მონაწილეობა მიიღოს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) იმპლემენტირებაში, ჯანდაცვის სპეციფიკური სტანდარტის შემუშავებაში ან სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების შემუშავებაში. ყველა ეს ფუნქცია წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კომპეტენციის სფეროს. კერძოდ გაიდლაინებისა და პროტოკოლების საკითხს იხილავს “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭო”, რომლის შემადგენლობა განისაზღვრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით¹¹. რაც შეეხება სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებს, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ ” საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის “ ტ ” ქვეპუნქტის, 43-ე მუხლისა და “ საექიმო საქმიანობის შესახებ ” საქართველოს კანონის 56-ე მუხლის შესაბამისად, პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში დოკუმენტაციის უნიფიცირებულად წარმოებისა და გამოყენების მოწესრიგების, დოკუმენტაციის ერთიან სისტემაში მოყვანისა და სამედიცინო დაწესებულებების მუშაობის ამსახველი ინფორმაციის სისრულისა და სიზუსტის მიზნით, როგორც ამბულატორული, ისე სტაციონარული დოკუმენტაციის ფორმები დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური

¹¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 27 მარტის N94/5 ბრძანება

დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის N108/ნ ბრძანებით¹² და 2006 წლის 22 აგვისტოს N224/ნ ბრძანებით¹³.

გარდა ამისა, ბრძანებაში არაზუსტადაა მითითებული ზოგიერთი ტერმინი. მაგალითად, გაუგებარია, რა იგულისხმება „სასიცოცხლოდ აუცილებელ მედიკამენტების ნუსხაში“. სავარაუდოდ, აქ უნდა იყოს მითითებული სასწრაფო დახმარების ბაზისური მედიკამენტების ნუსხა და სასწრაფო დახმარების ბაზისური სამედიცინო დანიშნულების საგნების ნუსხა. აღნიშნულის შემუშავება არანაირად არ წარმოადგენს საბჭოს ფუნქციას, ვინაიდან აღნიშნული ნუსხა მტკიცდება (დამტკიცებულია) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური მინისტრის ნორმატიული აქტით ყოველწლიური ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დამტკიცების ბრძანებით.

რეფორმის ხელშემწყობ სამუშაო ჯგუფს, მისი პერსონალური შემადგენლობიდან გამომდინარე (შედიან სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის და სამინისტროს არასამედიცინო პროფილის თანამშრომლებიც), შეუძლებელია მოეთხოვოს რეფორმის გრძელვადიანი სამოქმედო გეგმის, ჯანმრთელობის დაცვის სტრუქტურისა და მართვის, სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანმრთელობის დაცვის სპეციფიკური სტანდარტების, ასევე სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის მოდელის შემუშავება. ასევე არ არის მართებული ამ ჯგუფის მიერ ექიმის და ექთნის დავალებათა ჩამონათვალის, პირველადი სამედიცინო შემოწმების, სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტების ნუსხის განსაზღვრა და მონიტორინგი. ამავე ჯგუფს დავალებული აქვს „სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო პერსონალის გადამზადება ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ეროვნული სასწავლო პროგრამის შესაბამისად“. უნდა აღინიშნოს, რომ „ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ეროვნული სასწავლო გეგმა“ არ არსებობს და ვერ იარსებებს იმ მარტივი მიზეზის გამო, რომ როგორც უკვე აღინიშნა, ამ სპეციალობის ექიმს საქართველოს სამედიცინო სპეციალობათა ჩამონათვალი¹⁴ არ ითვალისწინებს. ეს ჯგუფი, ზემოთ აღწერილი მიზეზების გამო, ასევე ვერ შეიმუშავებს ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის ერთიან ელექტრონულ ბაზას, ვინაიდან იგი არ არის დაკომპლექტებული ჯანდაცვის ექსპერტებით; ამასთან, ასეთი ბაზის შექმნა და განვითარება შესაძლებელია მხოლოდ უნიფიცირებულად, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში და არა დამოუკიდებელი სახით.

პენიტენციური სისტემის სამედიცინო საქმიანობის კოორდინირება ხორციელდება სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ¹⁵. სამედიცინო დეპარტამენტის

¹² სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ

¹³ პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების, მათი წარმოებისა და შევსების წესის დამტკიცების შესახებ

¹⁴ დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/ნ ბრძანებით

¹⁵ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 30 იანვრის N8 დადგენილებით დამტკიცებული საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს დებულების მე-9 მუხლი

ძირითადი ამოცანები სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს დებულებაში შემდეგი სახითაა ჩამოყალიბებული:

ა) სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა და სხვა სამედიცინო სამსახურების ხელმძღვანელობა, მათი საქმიანობის წარმართვა და ძირითადი მიმართულებების განსაზღვრა;

ბ) სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების სფეროში კანონმდებლობის სრულყოფის მიზნით წინადადებების შემუშავება და შესაბამისი ნორმატიული აქტების პროექტების მომზადებაში მონაწილეობის მიღება;

გ) ადგილობრივ და საერთაშორისო ჰუმანიტარულ ორგანიზაციებთან ურთიერთობების დამყარება მათი მხრიდან მატერიალური, ტექნიკური და საინფორმაციო დახმარების მიღების მიზნით;

დ) კანონმდებლობით განსაზღვრული სხვა ფუნქციების განხორციელება.¹⁶

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 29 ოქტომბრის N732 ბრძანებით დამტკიცებულია სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის დებულება, რომელიც აწესრიგებს სამედიცინო დეპარტამენტის დანიშნულებას, მის ფუნქციებსა და ამოცანებს, მართვის ორგანიზაციას, სტრუქტურასა და სამედიცინო დეპარტამენტის საქმიანობასთან დაკავშირებულ სხვა ურთიერთობებს. დებულების მიხედვით, სამედიცინო დეპარტამენტის სტრუქტურული ერთეულებია: სამედიცინო ანალიზის და კონტროლისა და მომარაგების სამმართველო და სამედიცინო უზრუნველყოფის სამმართველო.

საქართველოს სახალხო დამცველის სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროსადმი 2010 წლის 4 მარტს გაგზავნილი წერილის მიხედვით (№243/03-3), სახალხო დამცველის აპარატი ითხოვდა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სტრუქტურული ქვედანაყოფის – „სამედიცინო დეპარტამენტის“ მიერ გაწეული საქმიანობის ამსახველ ინფორმაციას, ასევე ინფორმაციას, თუ რა ტენდენციები იქნა დაფიქსირებული დეპარტამენტის წარმომადგენელთა მიერ სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო მონიტორინგის შედეგად. სამინისტროს 2010 წლის 1 აპრილის N01-3057 საპასუხო წერილით აღნიშნული ინფორმაცია არ იქნა მოწოდებული, რითაც დაირღვა საქართველოს ორგანული კანონის „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ მე-18 მუხლით გათვალისწინებული მოთხოვნა, რომლის მიხედვითაც, სახალხო დამცველს კანონით დადგენილ ვადაში უნდა მიეწოდოს ნებისმიერი სახის ინფორმაცია ან დოკუმენტაცია.

მონიტორინგის მიმდინარეობის პარალელურად, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა კითხვით მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს იმის შესახებ, თუ როგორ ხდება პაციენტის უფლებების დაცვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში და

¹⁶ დადგენილების ან დებულების 18² მუხლი

ახორციელებს თუ არა რომელიმე სტრუქტურა აღნიშნულის მონიტორინგს (საექიმო საიდუმლო, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა, კონფიდენციალურობა, ინფორმაციის მოთხოვნისა და მიღების უფლება, ინფორმირებული თანხმობა და ყველა ის სხვა პუნქტი, რომელსაც ითვალისწინებს საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“). სამინისტროდან გვაცნობეს (წერილი №243/03-3), რომ „საქართველოს კანონმდებლობის ფარგლებში, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პატიმართა უფლებების დაცვას ახორციელებს დაწესებულების სოციალური სამსახური, რომელსაც დაწესებულების სამედიცინო პერსონალთან ერთად ევალება საქართველოს კანონის „პაციენტის უფლებების დაცვის“ მოთხოვნათა შესრულება“.

მონიტორინგის დროს სახალხო დამცველის სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა გამოავლინა, რომ სოციალური სამსახურის მუშაკებს საერთოდ არ აქვთ წარმოდგენა საქართველოს კანონის „პაციენტის უფლებების შესახებ“. იგივე ითქმის სამედიცინო პერსონალის საკმაოდ დიდ ნაწილზე. აღსანიშნავია, რომ სამინისტროს წარმომადგენლები კანონის სახელწოდებასაც კი ვერ აცალიბებენ სწორად, რომ არაფერი ვთქვათ თვითონ ამ საკითხის განხორციელების ზედამხედველობასა და კონტროლზე. პაციენტის უფლებები საერთოდ იგნორირებული და უგულვებელყოფილია აბსოლუტურად ყველა დაწესებულებაში. გარდა ამისა, დარღვეულია ადამიანის უფლება ჯანმრთელობაზეც, რაც აუცილებლად უნდა იყოს დაცული საქართველოს კანონმდებლობით და საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და კონვენციებით.

გადატვირთულობა

2009–2010 წლების განმავლობაში სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის დროს გამოვლინდა, რომ წინა წლებთან შედარებით, საპყრობილეთა გადატვირთულობის პრობლემა ნაწილობრივ მოგვარებულია, თუმცა ცალკეულ დაწესებულებებში კვლავ რთული მდგომარეობაა. აღნიშნული საკითხის განხილვისას, უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ სასჯელაღსრულების რამდენიმე დაწესებულებაში მიმდინარე სარემონტო სამუშაოებთან დაკავშირებით, ეს დაწესებულებები სრული სიმძლავრით ვერ იტვირთებოდა, რის გამოც პატიმრები განთავსებულები იყვნენ დაწესებულების ერთ ან რამდენიმე ბლოკში. ასეთი მდგომარეობა დაფიქსირდა ქუთაისის N2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში და 2009 წლის თებერვალში გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაშიც. აღნიშნულის გათვალისწინებით, დაწესებულების ლიმიტის და იქ განთავსებულ პატიმართა და მსჯავრდებულთა რაოდენობრივი მაჩვენებლების შედარება ვერ მოგვცემს ინფორმაციას გადატვირთულობის შესახებ. აღსანიშნავია ასევე ის მდგომარეობაც, რომელიც შექმნილი იყო, მაგალითად, რუსთავის N1 დაწესებულებაში. მიუხედავად იმისა, რომ მინისტრის ბრძანებით აღნიშნული დაწესებულების ლიმიტი 2380 შეადგენს, 2009 წლის განმავლობაში იქ დროებით იმყოფებოდნენ მხოლოდ პატიმარი ქალები. მათი

რაოდენობა ბოლო მონიტორინგის დროს 552 იყო. გადატვირთულობის საკითხი მცირედ შეიცვალა წლის მეორე ნახევრისთვის, თუმცა გამოიკვეთა საერთო ტენდენციებიც: მაგალითად, ლიმიტზედა მაჩვენებელი ჰქონდა თბილისის N8 საპყრობილეს და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებას; მკვეთრი გადატვირთულობა ფიქსირდებოდა ზუგდიდის N4 საპყრობილეში, ბათუმის N3 საპყრობილეში, თბილისის N1 საპყრობილეში, ქსნის N7 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში; ლიმიტს აჭარბებდა პატიმართა რაოდენობა თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, რუსთავის N2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში და გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში. ლიმიტის ზღვარზე მუშაობდნენ რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება და არასრულწლოვანთა აღმზრდელითი დაწესებულება. დანარჩენ დაწესებულებებში გადატვირთულობის პრობლემა არ დამდგარა. გადატვირთულობის პრობლემა აშკარად თვალშისაცემი იყო იმ დაწესებულებებში, რომლებსაც აქვთ ამორტიზებული, მოძველებული და მწყობრიდან გამოსული ინფრასტრუქტურა. ასეთ პირობებში პატიმართა ცხოვრება განსაკუთრებით აუტანელია და პრაქტიკულად მოშლილია სამედიცინო მომსახურების სისტემა. გადატვირთულობის პრობლემის გადაწყვეტის სასარგებლოდ მეტყველებს ის ცვლილებები, რომლებიც დაწესებულებათა ინფრასტრუქტურაში 2010 წლის განმავლობაში განხორციელდა. კერძოდ, გაიხსნა რუსთავის N1 დაწესებულების ახალი საცხოვრებელი კორპუსი, მას შემდეგ რაც ქალი პატიმრები დაბრუნდნენ სასჯელის მოხდის ძირითად დაწესებულებაში; ქსნის N7 დაწესებულებაში გაიხსნა 2000 ადგილიანი საცხოვრებელი კორპუსი (შესაბამისად გაიზარდა მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული ლიმიტი). ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში დაიწყო და მიმდინარეობს ახალი კორპუსის მშენებლობა, რომლის დასრულების შემდეგ მდგომარეობა საგრძნობლად შეიცვლება პოზიტიური მიმართულებით.

სამედიცინო სამსახურის დაფინანსება

საქართველოს პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სამსახურის დაფინანსება 2009 წლის იანვარში წარმოებდა სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი ბისიაი“-ს მიერ, რომელთანაც სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს გაფორმებული ჰქონდა შესაბამისი ხელშეკრულება. 2010 წლის 1 თებერვლიდან, აღნიშნული ხელშეკრულების შეწყვეტასთან დაკავშირებით, დაფინანსება გადავიდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ბიუჯეტზე. მოგვიანებით, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროში სამედიცინო დეპარტამენტის შექმნასთან დაკავშირებით, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტში სამედიცინო სამსახური გაუქმდა და გადავიდა სამინისტროში შექმნილ სამედიცინო დეპარტამენტში, რამაც სამედიცინო დაფინანსების სისტემაში შესაბამისი ცვლილება გამოიწვია.

დაფინანსების ძირითადი წყაროს გარდა, სასჯელაღსრულების სხვადასხვა დაწესებულების სამედიცინო ნაწილები პერიოდულად იღებდნენ ჰუმანიტარულ მედიკამენტებს. სასჯელაღსრულების ზოგიერთ დაწესებულებაში სამედიცინო სერვისებით პაციენტების უზრუნველყოფა ხორციელდება არასამათავრობო ორგანიზაციების მიერ. ასეთი პროექტები მიმდინარეობდა ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 საერთო და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულებაში. ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში კი ხორციელდება “DOTS” და “DOTS+” პროგრამები. საქართველოს მთავრობის 2008 წლის 8 მარტის N104 განკარგულებით „მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მკურნალობისათვის საჭირო DOTS_PLUS სტრატეგიით გათვალისწინებული მეორე რიგის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების შესყიდვის ღონისძიების შესახებ“ განსაზღვრულია, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებულმა საჯარო სამართლის იურიდიულმა პირმა – საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროექტების განმახორციელებელმა ცენტრმა, გლობალური ფონდის პროექტების – “DOTS სტრატეგიის განხორციელების სრულყოფა საქართველოში”¹⁷ და “საქართველოში რეზისტენტული ტუბერკულოზის სფეროში მართვის სრულყოფის ღონისძიებების გატარება”¹⁸ – ფარგლებში, უნდა განახორციელოს DOTS_PLUS სტრატეგიით გათვალისწინებული მეორე რიგის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების შესყიდვა. მსგავსი შინაარსის განკარგულება (N163), საქართველოს მთავრობის მიერ 2007 წლის 3 აპრილსაც არის მიღებული.

სახელმწიფო პროგრამა, რომლითაც ხორციელდება პატიმრის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო დახმარებაზე, 2009 წლის განმავლობაში ფინანსდებოდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ასიგნებათა ფარგლებში გამოყოფილი საბიუჯეტო სახსრებით. „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 45-ე მუხლის 1 პუნქტის შესაბამისად, „სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით“. მიუხედავად ამისა, ბოლო წლების განმავლობაში დარღვეულია კანონის აღნიშნული მოთხოვნაც და სამედიცინო მომსახურება ფინანსდება სასჯელაღსრულების სისტემის ბიუჯეტიდან. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 25 მარტის №119/ნ ბრძანების¹⁹ მიხედვით, ჯანდაცვის სამინისტროს გავლით დაფინანსებულია მხოლოდ სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა და საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივი კომისიის საქმიანობა. ზემოთ აღნიშნული ნორმის დარღვევა ქმნის ერთგვარ უთანასწორობას სამოქალაქო და პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემებს შორის, რაც არღვევს ჯანდაცვის ეკვივალენტურობის პრინციპს.

¹⁷ პროექტი N GEO-405-G03-T

¹⁸ პროექტი N GEO-607-G05-T

¹⁹ 2009 წლის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დამტკიცების შესახებ

სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოება

საქართველოს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებათა სამედიცინო ნაწილები, სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი ბი სი აი“-ს მენეჯმენტის პირობებში ჩატარებული მუშაობის შესახებ ყოველთვიურ ანგარიშს წარუდგენდნენ სადაზღვევო კომპანიას. ანგარიშის წარდგენას ჰქონდა არასისტემური და ქაოტური ხასიათი. აღნიშნული სპეციფიკით სამედიცინო ნაწილები ანგარიშგებას აწარმოებდნენ 2009 წლის იანვრის ჩათვლით. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტსა და სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი ბი სი აი“-ს შორის ხელშეკრულების შეწყვეტასთან დაკავშირებით, ანგარიშგების ამგვარი წესი შეწყდა. 2009 წლის მარტიდან სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამედიცინო სამსახურის მიერ შემუშავებულ იქნა ანგარიშის წარმოების სპეციფიკური ფორმები, რომელთა მიხედვით, სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა მთავარი ექიმები ყოველკვირეულ, ყოველთვიურ და ყოველკვარტალურ ანგარიშს წარუდგენდნენ სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს. როგორც მონიტორინგის დროს გაირკვა, სამედიცინო ნაწილის მთავარი ექიმები, ყოველი კვირის პარასკევს, შევსებულ ანგარიშის ფორმას ფაქსით გზავნიდნენ სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამედიცინო სამსახურში. ყოველი თვის დასაწყისში დეპარტამენტში იგზავნებოდა წინა თვის სამუშაო ანგარიში, რომელიც მოიცავდა სტატისტიკურ ინფორმაციას, რამდენ პაციენტს გაეწია ამბულატორული მომსახურება, რა სახის გამოკვლევები და კონსულტაციები ჩატარდა, როგორი იყო პაციმართა გადაყვანის მაჩვენებლები მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში ან სამოქალაქო ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებში (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). მიუხედავად ამისა, ჩვენს მიერ არაერთხელ იქნა დაფიქსირებული შემთხვევები, როდესაც ანგარიში არასრულყოფილი სახით იყო გაგზავნილი ან არ შეესაბამებოდა იმ სტატისტიკურ მასალას, რაც ადგილზე არსებობდა სამედიცინო ნაწილში სხვა სახის დოკუმენტაციის შესწავლის შედეგად. რუსთავის N6 საპრობილის მთავარმა ექიმმა ვერ წარმოადგინა 2009 წლის პირველ ნახევარში, თვეების მიხედვით, მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანილ პაციენტთა რაოდენობა. თბილისის N1 საპრობილეში, ვერც ადგილზე არსებული დოკუმენტაციის ანალიზისა და ვერც სამედიცინო პერსონალთან გასაუბრების შედეგად, 2009 წლის პირველ ნახევარში, სამოქალაქო ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებში გაყვანილ პაციმართა რაოდენობა ვერ იქნა გარკვეული. გაყვანის სტატისტიკას საერთოდ არ აწარმოებს თბილისის N7 საპრობილე, ხოლო რაც შეეხება თბილისის N8 საპრობილეს, აღნიშნული ინფორმაცია მოპოვებულ იქნა „სპეცნაწილში“, ხოლო სამედიცინო პერსონალმა ინფორმაცია ან შეგნებულად არ მოგვაწოდა, ან არ ჰქონდა.

მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში არ გააჩნიათ ინფორმაცია, შესაბამისად, არანაირ სტატისტიკას არ აწარმოებენ დაწესებულებების მიხედვით შემოსულ პაციენტთა რაოდენობის შესახებ. აღნიშნულ დაწესებულებაში ანგარიში იწარმოება წელიწადში 2-ჯერ, წლის პირველი და მეორე ნახევრის შესაბამისად.

სტატისტიკური ინფორმაციის მიწოდების მეთოდოლოგიამ 2010 წლის განმავლობაში კვლავ რამდენჯერმე განიცადა ცვლილება. სამედიცინო დეპარტამენტმა სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა მთავარ ექიმებს მიაწოდა სპეციალურად შედგენილი ფორმები, რომელთა დანერგვა 2010 წლის მარტიდან განხორციელდა. გარდა ორგვერდიანი ზოგადი ანგარიშის ამსახველი კითხვარისა, შემოღებულ იქნა ინფორმაციის მიღების ცხრილური ფორმები. ეს უკანასკნელი ასახავს დაწესებულებაში არსებულ ავადობას, დაავადებათა ძირითადი დაჯგუფებებისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, ექიმ-სპეციალისტთა მიერ კონსულტაციების შედეგად გამოვლენილ დაავადებათა სპექტრს და ასევე ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილების მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარების ხასიათს და მოცულობას რამდენიმე მიმართულების მიხედვით. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული დოკუმენტაცია მაინც არ შეესაბამება ქვეყანაში არსებულ ჯანდაცვის სტატისტიკის წარმოების ზოგად წესებს. ცხრილებში რამდენჯერმე იქნა შეტანილი შესწორება. საწყის ეტაპზე, საპრობილეთა სამედიცინო ნაწილის უფროსი ექიმების დაბნეულობა გამოიწვია რამდენიმე გრაფამ, რაც საბოლოო ჯამში, გარკვეულ ეტაპზე, ინფორმაციის არაუნიფიცირებული წარმოების მიზეზი გახდა. აღნიშნული ტენდენციის მხედველობაში მიღებით, 2010 წლის პირველ ნახევარში, სტატისტიკური ინფორმაცია არაერთგვაროვნად ან ზოგან საერთოდ არ იწარმოებოდა. 2010 წლის მეორე ნახევრიდან კისტატისტიკური ინფორმაციას ძირითადად ყველა დაწესებულების მთავარი ექიმი სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ შემოღებული ერთიანი წესით აწარმოებს.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, საქართველოს კანონის მე-20 მუხლის შესაბამისად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო უზრუნველყოფს ოფიციალური სტატისტიკის მართებულობას, სიზუსტეს, დროულობას და საჯაროობას კანონმდებლობის შესაბამისად. ამასთან, სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი ვალდებულია, დადგენილი წესით მიაწოდოს სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაცია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს. აღნიშნული საკითხი იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ იმავე კანონის 55-ე მუხლის შესაბამისად, სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს ლიცენზია უუქმდება, თუ იგი შესაბამის ორგანოებს „დადგენილი წესით არ აწვდის სამედიცინო სტატისტიკურ ინფორმაციას“. რაც შეეხება სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების დადგენილ წესს, აღნიშნული განისაზღვრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2005 წლის 5 აპრილის N101/ნ ბრძანებით „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“. აღნიშნული ბრძანება გამოცემულია „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის ზემოთ აღნიშნული მუხლებისა და „სტატისტიკის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-2, მე-6, მე-11, მე-12 და მე-17 მუხლების შესაბამისად. ბრძანების გამოცემის მიზანია სამედიცინო სტატისტიკაში ერთიანი ინფორმაციული სისტემის შექმნა და შემდგომი სრულყოფა. როგორც ჩანს, პენიტენციური ჯანდაცვის დაწესებულებები ამ ასპექტშიც არ მოიაზრებიან საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ნაწილად, ვინაიდან მათ მიერ საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოება არ ხდება და არც არასდროს ხდებოდა.

სამედიცინო ინფრასტრუქტურა

სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებები მსჯავრდებულებს სთავაზობენ როგორც ამბულატორულ, ისე სტაციონარულ სამედიცინო სერვისებს. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული მომსახურებები არათანაბრადაა გადანაწილებული ქვეყნის მასშტაბით და სხვადასხვა დაწესებულებაში ხელმისაწვდომობაც განსხვავებულია.

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-40 მუხლის შესაბამისად, სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, სადაც არანაკლებ ასი მსჯავრდებული იმყოფება, უნდა მოეწყოს სტაციონარული სამკურნალო პუნქტი სადღეღამისო სამედიცინო დახმარების გასაწევად. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს მიერ დამტკიცებული საპყრობილეთა შევსების ლიმიტების მიხედვით, 100-ზე ნაკლები ადგილი საქართველოს არცერთ პენიტენციურ დაწესებულებას არ აქვს განსაზღვრული. საქართველოში ყველაზე პატარა საპყრობილედ კი (თბილისის №7) 108 პატიმარზეა გათვლილი. აქედან გამომდინარე, კანონი ავალდებულებს სასჯელაღსრულების ყველა დაწესებულებას, შექმნან სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების კომპონენტი და ხელმისაწვდომი გახადონ ეს სერვისი მათ დაწესებულებაში მყოფი პირებისათვის. საპყრობილეთა შევსების ლიმიტის, ადგილმდებარეობის, სპეციფიკისა და სხვა თავისებურების გათვალისწინებით, ბუნებრივია, ყველა სამედიცინო ნაწილისადმი უნიფიცირებული მიდგომა შეუძლებელია. აღნიშნული, უპირველეს ყოვლისა, შეეხება სამედიცინო მომსახურების მოცულობას. მიუხედავად ამისა, ასეთი სტაციონარული პუნქტები უნდა აკმაყოფილებდეს ყველა იმ ძირითად და მინიმალურ მოთხოვნას, რაც ჯანდაცვის მომსახურებათა ეკვივალენტური მიწოდებისათვის არის აუცილებელი. ამ ფონზე, საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის რამდენიმე დაწესებულებაში, 2009 წელში, სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება ხელმიუწვდომელი იყო 6 დაწესებულებაში. ამათგან 4 დაწესებულებაში²⁰ სამედიცინო სტაციონარული ნაწილი საერთოდ არ არსებობს, ხოლო ორში²¹ სამედიცინო ნაწილი დაკეტილი იყო მიმდინარე სარემონტო სამუშაოების გამო.

რუსთავის №1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო დანიშნულების ერთი ოთახი წარმოადგენდა 12 მ² ფართის მქონე საკნის ტიპის ოთახს, რომელიც საპატიმროს საცხოვრებელი კორპუსის მე-2 სართულზეა განთავსებული. მასში, ისევე როგორც საკნებში, არ არის სათანადო განათება, ასევე არ არის დამონტაჟებული სველი წერტილი. 2009 წლის მეორე ნახევარში ექიმებს გადაეცათ მეორე, დაახლოებით ასეთივე ტიპის, 10 მ² ფართობის ოთახი, რომელშიც დამონტაჟებული იყო ონკანი. წლის განმავლობაში ექიმებს ასეთ სივიწროვეში უწევდათ მუშაობა. სამედიცინო ნაწილის აღჭურვილობა, ისევე როგორც სხვა

²⁰ რუსთავის №1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება, თბილისის №7 საპყრობილე და თბილისის №8 საპყრობილე

²¹ ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, თბილისის №10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება

დაწესებულებებში, საკმაოდ მწირია. სტომატოლოგიური სავარძელი დამონტაჟდა ბოლოს აღწერილ ოთახში, 2009 წლის ზაფხულში. დაწესებულებაში არ აქვთ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისათვის საჭირო ძირითადი ხელსაწყოები და საშუალებები. აღნიშნული მძიმე მდგომარეობა რუსთავის N1 დაწესებულებაში სრულად შეიცვალა ახალი საცხოვრებელი კორპუსის გახსნასთან ერთად. 2010 წლის 1 ივლისიდან, დაწესებულებაში ასევე ამოქმედდა იზოლირებულად მდგომი 2 სართულიანი შენობა, რომელიც მთლიანად სამედიცინო ინფრასტრუქტურას დაეთმო. სამედიცინო ნაწილის სტაციონარული ბლოკი განთავსებულია შენობის მეორე სართულზე, თუმცა ჩვენს მიერ განხორციელებული მონიტორინგის დროს სტაციონარში არც ერთი პაციენტი არ ყოფილა განთავსებული.

არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში სამედიცინო დანიშნულების ფართი წარმოდგენილია ორი მცირე, ერთმანეთში გამავალი, ტიხრით გაყოფილი ოთახით, რომელიც ძირითადი კორპუსის პირველ სართულზე მდებარეობს. აქვეა განთავსებული სტომატოლოგიური მოწყობილობაც, რომელიც დაწესებულებაში 2009 წლის აპრილში დამონტაჟდა. სამედიცინო ნაწილის აღჭურვილობა ასევე მწირია, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისათვის საჭირო ძირითადი ხელსაწყოები და საშუალებები არ გააჩნიათ.

თბილისის №7 საპრობილეში ექიმის ოთახი წარმოადგენს მცირე სათავსოს, რომელიც შენობის მეორე სართულზეა განთავსებული. დღის განათება საკმარისად ვერ შემოდის, ვინაიდან ოთახში არ არის ფანჯარა, არამედ ერთი, მცირე ზომის საჭაეროა დატანებული. ოთახში დამონტაჟებულია ონკანი. ავეჯი და აღჭურვილობა საკმაოდ მწირია, პირველადი და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ძირითადი ნივთები და საშუალებები არ არსებობს. 2009 წლის განმავლობაში დაწესებულებაში სტომატოლოგიური მოწყობილობა არ ყოფილა დამონტაჟებული, შესაბამისად, თერაპიული სტომატოლოგიური მანიპულაციების ძირითადი ნაწილი პაციენტებისათვის ხელმიუწვდომელი იყო. 2009 წლის მიწურულს, N7 საპრობილეში ჩატარდა სარემონტო სამუშაოები, რომლის შედეგადაც, 2010 წლის გაზაფხულისთვის ამოქმედდა ექიმის ახალი კაბინეტი, რომელიც შენობის ბოლო სართულზე განთავსდა. ექიმის ძველ ოთახში გადატანილ იქნა სტომატოლოგიური აღჭურვილობა. მიუხედავად იმისა, რომ ექიმის სამუშაო პირობები მკვეთრად გაუმჯობესდა, მსჯავრდებულებისათვის სტაციონარული მომსახურების მიწოდება კვლავაც შეუძლებელია.

თბილისის №8 საპრობილეში სტაციონარული სამედიცინო პუნქტი, ზემოთ აღწერილი შემთხვევების მსგავსად, არ არსებობს. სამივე საპატიმრო კორპუსში არის თითო-თითო ოთახი გამოყოფილი სამედიცინო პერსონალისათვის. მე-3 კორპუსში განთავსებულია მთავარი ექიმის კაბინეტი. აქვეა სტომატოლოგის კაბინეტიც, რომელიც საპრობილეში 2009 წლის შემოდგომაზე დამონტაჟდა. აღჭურვილობის და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ხელსაწყოების მხრივ მდგომარეობა აქაც პრობლემურია.

თბილისის № 10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში სამედიცინო სტაციონარი დაკეტილი იყო 2009 წლის პირველ ნახევარში. აღნიშნულის მიზეზად ექიმი ასახელებს დაწესებულების სამედიცინო ნაწილში

მიმდინარე სარემონტო სამუშაოებს. ამ პერიოდში ექიმი დროებით იყო გადასული დაწესებულების ტერიტორიის გარეთ მდებარე აფთიაქში, სადაც გადატანილი იყო დოკუმენტები, ხოლო მსჯავრდებულთა გადაყვანა ამ ადგილას არ იყო შესაძლებელი. სარემონტო სამუშაოები 2009 წლის სექტემბერში დასრულდა. სამედიცინო ნაწილში ექიმთა სამუშაო 2 ოთახია, ასევე 2 პალატაა, რომელთა სრული სიმძლავრე შეადგენს 8 საწოლს. გადაუდებელი დახმარების საშუალებები სამედიცინო ნაწილში არ აქვთ. სტომატოლოგიური კაბინეტი დაწესებულებაში 2009 წლის 1 სექტემბერს გაიხსნა.

საანგარიშო პერიოდში სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებით ვერ სარგებლობდნენ ქუთაისის №2 საპრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების პატიმრები. სამედიცინო პერსონალი, „B“ კორპუსში მიმდინარე სარემონტო სამუშაოებთან დაკავშირებით, გადასული იყო დაწესებულების „A“ კორპუსში, სადაც მათ დროებით დათმობილი ჰქონდათ 1 ოთახი. წლის ბოლოსათვის სამედიცინო ნაწილი დაუბრუნდა პირვანდელ მდებარეობას. აქ ცალკეა ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სტაციონარული სექცია. სამედიცინო ნაწილშივეა განთავსებული წამლების სამარაგო, სამანიპულაციო და სტომატოლოგის კაბინეტი, რომელიც დაწესებულებაში 2009 წლის 15 ოქტომბერს გაიხსნა. გადაუდებელი დახმარების საშუალებები სამედიცინო ნაწილში პრაქტიკულად არ აქვთ, თუმცა აქვთ ელექტროკარდიოგრაფი. სამედიცინო ნაწილის სტაციონარული სიმძლავრე 30 საწოლს შეადგენს.

სამედიცინო ნაწილის სტაციონარული სექცია ფორმალურად არსებობს ზუგდიდის №4 საპრობილეში. ე.წ. „სტაციონარისათვის გამოყოფილია ორი საკანი, რომელიც სამედიცინო ნაწილიდან საკმაოდ მოშორებულია და საპატიმრო კორპუსის მე-2 სართულზე მდებარეობს. აღნიშნულ ფართობზე საშინელი ანტისანიტარია, ფანჯრები არ არსებობს, დადიან მღრღნელები და მწერები. ადეკვატური ავეჯი ან ლოგინები არ არის განთავსებული. ტუალეტი იქვეა დამონტაჟებული ღიად, საიდანაც გამოდის მძაფრი სუნი, ონკანები მოშლილია. ე.წ. „პალატებს“ მთავარი ექიმი მოიხსენიებს, როგორც „ბკ+“ და „ბკ-“, პალატებს, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ერთ-ერთ პალატაში წლის განმავლობაში განთავსებულნი იყვნენ ქალი პატიმრები და ოთახის გამოყენება სტაციონარის დანიშნულებით პრაქტიკულად არ მომხდარა. ორივე პალატაში შესაძლებელია 12 პაციენტის განთავსება. ადგილობრივ ექიმებს არ გააჩნიათ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისათვის საჭირო ინსტრუმენტები და საშუალებები, გარდა ამბუს პარკისა. ექიმები იმყოფებიან შენობის ადმინისტრაციული ნაწილის პირველ სართულზე, გადატიხრულ ოთახში. აქვეა განთავსებული სტომატოლოგიური აღჭურვილობაც, რომელიც დაწესებულებაში დაამონტაჟეს 2009 წლის ოქტომბერში.

ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში სამედიცინო ინფრასტრუქტურა თავმოყრილია შენობის იმ ნაწილში, რომელიც მეორე კორპუსს უკავშირდება. სამედიცინო ნაწილში განთავსებულია რენტგენლაბორატორია, ასევე, ბაქტერიოლოგიური, შიდსის და კლინიკური ლაბორატორიები. უნდა აღინიშნოს, რომ 2009 წლის განმავლობაში გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით მოხდა რენტგენოლოგიური აპარატის გამოცვლა, რამაც მკვეთრად გააუმჯობესა კვლევის ხარისხი და სიზუსტე.

სამედიცინო ნაწილში ასევე განთავსებულია ექიმთა სამუშაო ოთახები. რაც შეეხება განყოფილებებს, დაწესებულებაში 2 განყოფილებაა – მგბ+ და მგბ-პაციენტებისათვის. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების საშუალებები აქაც არ გააჩნიათ. სტომატოლოგიური კაბინეტი დაწესებულებაში გაიხსნა 2009 წლის მეორე ნახევარში.

თბილისის №1 საპრობილემში სამედიცინო ნაწილი განთავსებულია ადმინისტრაციული კორპუსის მეორე სართულზე და დათმობილი აქვს იზოლირებული ერთი დერეფანი. სამედიცინო ნაწილი გათვლილია 30 პაციენტზე. ცალკე იყო განთავსებული ე.წ. „ტუბპალატა“, თუმცა წლის მეორე ნახევარში ჩატარებული მონიტორინგის დროს აღმოჩნდა, რომ აღნიშნული პალატა აღარ არსებობს და ტუბერკულოზით დაავადებული მსჯავრდებულები გადაყვანილნი არიან საპატიმრო კორპუსის №50 და №55 საკნებში, სადაც ისინი იზოლირებულად იმყოფებიან. სამედიცინო ნაწილის აღჭურვილობა საკმაოდ მწირია. გადაუდებელი დახმარების საშუალებები არ გააჩნიათ. სტომატოლოგიური კაბინეტი გაიხსნა 2009 წლის შემოდგომაზე.

ბათუმის №3 საპრობილის სამედიცინო ნაწილი წარმოადგენს იზოლირებულ დერეფანს, რომელშიც რამდენიმე პალატაა 28 საწოლზე. იზოლირებულადაა განთავსებული ე.წ. „ტუბპალატა“, რომელშიც შესაბამისი დიაგნოზის მქონე პატიმრები არიან შესახლებულნი. გადაუდებელი დახმარების საშუალებებიდან აქვთ ამბუს პარკი, ელექტროსაქაჩი, ასევე, ქირურგიული იარაღების მცირე კომპლექტი. საპრობილემში სტომატოლოგის კაბინეტი დამონტაჟდა 2009 წლის ოქტომბერში.

ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულებაში სამედიცინო ნაწილი გაშლილია დაწესებულების მთელს ინფრასტრუქტურაში, ცალ-ცალკე საერთო რეჟიმის, საპრობილის რეჟიმის და არასრულწლოვანი პატიმრებისათვის. სტაციონარი განთავსებულია საერთო რეჟიმის დაწესებულებაში და მისი მაქსიმალური დატვირთვა 29 საწოლით განისაზღვრება. გარდა ამისა, ცალკეა განთავსებული 2 „ტუბპალატა“ 8 საწოლზე. აღჭურვილობაში შედის ქირურგიული იარაღების მცირე ნაკრები, გინეკოლოგიური სავარძელი. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების საშუალებები არ აქვთ. სტომატოლოგიური კაბინეტი დაწესებულებაში 2009 წლამდეც არსებობდა და ემსახურებოდა როგორც ქალებს, ისე არასრულწლოვან პატიმრებს.

რუსთავის №2 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის დაწესებულებაში სამედიცინო ინფრასტრუქტურა განთავსებულია ეზოში მდებარე იზოლირებულ, ერთსართულიან შენობაში. სტაციონარი გათვლილია 46 საწოლზე, მათ შორის 20 საწოლი ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთათვისაა განკუთვნილი. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების საშუალებები სამედიცინო ნაწილში არ აქვთ. სტომატოლოგის კაბინეტი გაიხსნა 2009 წლის ზაფხულში.

რაც შეეხება თბილისის №3 დაწესებულებას, იგი წარმოადგენს ყოფილი მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების შენობას. ინფრასტრუქტურა მოძველებულია, მიუხედავად კოსმეტიკური შელამაზებისა, პრაქტიკულად ამორტიზებული და შეუსაბამოა ავადმყოფი ადამიანის მკურნალობისათვის. შენობაში დატოვებულია რენტგენლაბორატორია, რომელშიც

რენტგენოგრაფია განთავსებული. მიუხედავად აპარატის სიძველისა, გამოკვლევებს მაინც აწარმოებენ. სტაციონარული სექცია განთავსებულია სამედიცინო პერსონალის ოთახებისაგან მოშორებით, ადმინისტრაციულ შენობაში და დათმობილი აქვს 10 საწოლი. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების საშუალებები დაწესებულებაში არ აქვთ. სტომატოლოგიური კაბინეტში 2009 წლის ზაფხულში გაიხსნა.

რუსთავის №6 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო ნაწილი მდებარეობს საპატიმრო კორპუსის პირველ სართულზე და წარმოდგენილია იზოლირებული დერეფნის სახით. ცალკეა გამოყოფილი „ტუბპალატა“. სამედიცინო ნაწილის სიმძლავრეა 24 საწოლი. გადაუდებელი დახმარების საშუალებებიდან ადგილზე ვნახეთ მხოლოდ ამბუს პარკი და საინტუბაციო მილები, თუმცა არ არსებობს ლარინგოსკოპი მილების ჩასადგმელად. სტომატოლოგიური კაბინეტი დაწესებულებაში გაიხსნა 2009 წლის მეორე ნახევარში.

ქსნის №7 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება პაციენტებს უწევს როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორულ მომსახურებას. საერთო რეჟიმის სამედიცინო ნაწილი და მისი სტაციონარი წარმოადგენს ანტისანიტარიის ბუდეს, სადაც არათუ პაციენტის, ჯანმრთელი ადამიანის შეყვანაც საშიშროებას წარმოადგენს ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით. დაწესებულების სტაციონარული სიმძლავრე შეადგენს 57 საწოლს. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად აუცილებელი ელემენტარული საშუალებები და ხელსაწყოები დაწესებულებაში არ მოიპოვება. სტომატოლოგიური კაბინეტი 2009 წლის განმავლობაში არ იყო დამონტაჟებული. ამავე დაწესებულებაში, ინფრასტრუქტურის განვითარების მიმართულებით დადებით ნაბიჯად უნდა ჩაითვალოს ახლად გახსნილ საპატიმრო კოსრუსში სამედიცინო ნაწილის განთავსება. ეს უკანასკნელი საპატიმრო კორპუსის პირველ სართულზეა და მოიცავს როგორც სტაციონარულ ისე ამბულატორულ სექციებს. მიუხედავად ამისა, ახალი სამედიცინო ნაწილით სარგებლობა მხოლოდ დახურული რეჟიმის პირობებში განთავსებულ პირებს შეუძლიათ, ხოლო ღია რეჟიმში განთავსებულ პირებს ამ სიახლისადმი ხელი არ მიუწვდებათ. ისინი კვლავ არსებულ ინფრასტრუქტურაში „იღებენ სამედიცინო მომსახურებას“.

გეგუთის №8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში სამედიცინო ინფრასტრუქტურა ასევე ცალკე, 1 სართულიან, იზოლირებულ შენობაშია განთავსებული, რომელიც პაციენტებს უწევს როგორც ამბულატორულ, ისე სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას. სამედიცინო ნაწილში ცალკეა „ტუბპალატა“. სრული სიმძლავრე შეადგენს 45 საწოლს. სამედიცინო ნაწილში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად საჭირო ნივთებიდან აქვთ ამბუს პარკი და საინტუბაციო მილები. სტომატოლოგიური კაბინეტი გაიხსნა 2009 წლის ოქტომბერში.

ხონის მუნიციპალიტეტში განთავსებულ №9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ექიმის ოთახი და სტაციონარული პუნქტი განთავსებულია ადმინისტრაციული შენობის იზოლირებულ დერეფანში. 2009 წლის განმავლობაში სამედიცინო ნაწილში იყო საშინელი ანტისანიტარია. წლის

ბოლოსათვის დაიგეგმა სარემონტო სამუშაოები. სამედიცინო პუნქტის მცირე ნაწილი განთავსებულია ეზოში, რომელიც ჩაკეტილია. აქ არსებული ოთახები შეუსაბამოა ადამიანის შესასახლებლად. სტაციონარი 35 საწოლზეა გათვლილი. ექიმის განცხადებით, მათ აქვთ ქირურგიული ინსტრუმენტების მცირე ნაკრები, ასევე ამბუს პარკი და ელექტროამოსაქაჩი. 2009 წლის 4 ოქტომბრიდან დაწესებულებაში მუშაობას შეუდგა სტომატოლოგიური კაბინეტი.

2010 წლის მონაცემებით, საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა სამედიცინო ინფრასტრუქტურის ამსახველი მონაცემები დაწესებულებების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

№	დაწესებულება	მომსახურების ხელმისაწვდომობა		ტუბპალატა იზოლირებულაა	საწოლთა რაოდენობა	გადაუდებ დახმარებ საშუალებ	სტომატოლოგიური დახმარება
		ამბულატ	სტაციონარ				
1	რუსთავი №1	+	+	-	0	-	ზაფხულიდან
2	ქუთაისი №2	+	+	+	0	±	15 ოქტომბრიდან
3	რუსთავი №2	+	+	+	46	-	ზაფხულიდან
4	თბილისი №3	+	+	-	10	-	ზაფხულიდან
5	ქალთა №5	+	+	+	36	-	ადრეც იყო
6	რუსთავი №6	+	+	+	24	±	წლის 2 ნახევრიდან
7	ქსანი №7	+	+	-	57	-	ხელმიუწვდომელია
8	გეგუთი №8	+	+	+	45	±	ოქტომბრიდან
9	ხონი №9	+	+	-	35	±	4 ოქტომბრიდან
10	თბილისი №10	+	+	-	0	-	1 სექტემბრიდან
11	არასრულწლოვ	+	-	-	0	-	აპრილიდან
12	თბილისი №1	+	+	+	30	-	შემოდგომიდან
13	ბათუმი №3	+	+	+	28	±	ოქტომბრიდან
14	ზუგდიდი №4	+	+	-	12	±	ოქტომბრიდან
15	თბილისი №7	+	-	-	0	-	ხელმიუწვდომელია
16	თბილისი №8	+	-	-	0	-	შემოდგომიდან
17	ტუბზონა	-	+	+		-	წლის 2 ნახევრიდან
18	მკსდ	+	+	+		+	ადრეც იყო
	სულ:						

როგორც ვხედავთ, სულ 16 დაწესებულებაში (გარდა სამკურნალო დაწესებულებებისა) 323 სტაციონარული საწოლია გამოყოფილი, ხოლო ორივე სამკურნალო დაწესებულებაში ერთად - 765 საწოლი. ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთათვის 9 დაწესებულებაში არსებობს იზოლირებული ტუბპალატები. 2009 წელს, 12 თვის განმავლობაში, ამბულატორულ სამედიცინო მომსახურებას პატიმრებს აწვდიდა სულ 17 დაწესებულება, ხოლო სტაციონარულ დახმარებას - 12 დაწესებულება. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად არანაირი საშუალება და ხელსაწყო არ გააჩნია 18-დან 11 დაწესებულებას. 6 დაწესებულებაში მონიტორინგის დროს დაფიქსირდა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისათვის საჭირო საშუალებების მცირე ნაწილი, ხოლო სრულყოფილი მოცულობა, გადაუდებელი დახმარების თვალსაზრისით, შესაძლებელია ჩატარდეს მხოლოდ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. სამედიცინო ნაწილების აღჭურვილობა საკმაოდ მწირია. სამედიცინო დანიშნულების

ავეჯიდან ზოგიერთ სამედიცინო ნაწილში აქვთ ქირურგიული მაგიდა, ინსტრუმენტების მაგიდა, უჩრდილო განათება, მაცივარი, მაგიდები, სკამები, პაციენტის გასასინჯი ტახტი. სამედიცინო დანიშნულების საგნებიდან კი აქვთ გლიკომეტრები, წნევის აპარატები, ფონენდოსკოპები, თერმომეტრები, სამედიცინო სასწორი, ქირურგიული ინსტრუმენტების კომპლექტი, მშრალი სიცხით და დუდილით სტერილიზატორი და ა.შ.

რაც შეეხება სტომატოლოგიურ კაბინეტებს, 2009 წელი ამ მხრივ საკმაოდ წარმატებული გამოდგა. 2 დაწესებულებაში სტომატოლოგიური დახმარების ხელმისაწვდომობა წარსულშიც იყო მოგვარებული, 2 დაწესებულებაში 2009 წლის განმავლობაში სტომატოლოგიური კაბინეტი არ ფუნქციონირებდა, ხოლო დანარჩენ 14 დაწესებულებაში სტომატოლოგიური კაბინეტები სრულად დამონტაჟდა წლის განმავლობაში. გარდა სტომატოლოგიური დახმარების კომპონენტისა, სტომატოლოგიური კაბინეტების დამონტაჟებამ სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა ძირითად ნაწილში ავტომატურად მოახდინა სტერილიზატორების შეტანა, რასაც პარენტერული ინფექციების გავრცელების ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით უდიდესი მნიშვნელობა აქვს.

გარდა აღნიშნულისა, სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო სამსახურის გამართული საქმიანობისათვის საკვანძო მნიშვნელობა ენიჭება მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების (მპსდ) შეუფერხებელ ფუნქციონირებას. ჩვენი აზრით, მნიშვნელოვან და ძირეულ პრობლემას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ ბოლო რამდენიმე წელია, **აღნიშნული დაწესებულება არ არის ლიცენზირებული სამედიცინო დაწესებულება და არ წარმოადგენს სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს.**

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 53-ე მუხლის შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულება არის „*საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას და რომლის ფუნქციაა: (...) პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრა, დაავადებათა პროფილაქტიკა ან/და მკურნალობა ან/და პაციენტების რეაბილიტაცია ან/და პალიატიური მზრუნველობა*“. იმავე მუხლის მიხედვით, „*სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტები, წესები და ნორმები*“. აღნიშნული საკანონმდებლო ნორმის მიხედვით, მპსდ იურიდიული თვალსაზრისით, ნამდვილად ვერ ჩაითვლება სამედიცინო დაწესებულებად, უპირველეს ყოვლისა, იმის გამო, რომ იგი არ არის იურიდიული პირი და ამასთან არ წარმოადგენს ლიცენზირებულ დაწესებულებას, შესაბამისად, ფაქტობრივად არ იზიარებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილ წესებსა და ეროვნულ მარეგულირებელ ნორმებს. მპსდ საერთოდ არ არსებობს იურიდიულად, ვინაიდან მას არ გააჩნია არანაირი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა.

აღნიშნული საკითხი უკვე მესამე წელია, აქტიურად ფიგურირებს საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო მოხსენებებში. სახალხო დამცველის მიერ

არაერთხელ იქნა გაცემული რეკომენდაცია გადაიხედოს მპსდ-ის სტატუსი და იგი მოექცეს ქვეყნის ჯანდაცვის ერთიან სივრცეში; თუმცა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის წარმომადგენლები აპელირებდნენ 2005 წლის 25 ივნისის საქართველოს კანონით „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“, რომელშიც 2006 წლის 25 მაისს შეტანილი ცვლილების შედეგად, კანონის პირველი მუხლის მე-2 პუნქტი ჩამოყალიბდა შემდეგი რედაქციით: „ამ კანონის მოქმედება არ ვრცელდება ამავე კანონით განსაზღვრულ საქმიანობაზე ან ქმედებაზე, თუ მას ახორციელებს „საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული სამინისტრო ან მის გამგებლობაში არსებული სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება“. ყოველივე აღნიშნულის გათვალისწინებით, უნდა ვივარაუდოთ, რომ თუ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში შეიძლება ჩატარდეს ქირურგიული ოპერაცია, პაციენტს დაენიშნოს მკურნალობა, რეაბილიტაცია ან ნებისმიერი სახის სხვა სამედიცინო ღონისძიება, იმავე სახის საქმიანობები ასეთივე წარმატებით შეიძლება ჩატარდეს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სხვა სტრუქტურულ ქვედანაყოფშიც და ეს ყველაფერი შესაძლებელია „გამართლდეს“ იმავე საკანონმდებლო ცვლილებით.

ლიცენზირებისა და ნებართვების კანონში აღნიშნული ცვლილების შეტანამ თავისთავად შექმნა კანონის ძირითად პრინციპებთან ცვლილების ხასიათის შეუსაბამობა და ალოგიურობა. კერძოდ, კანონის დასაწყისშივე გაცხადებულია, რომ ლიცენზირებით რეგულირების ერთ-ერთი ძირითადი მიზანი და პრინციპია „ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა და დაცვა“, მეორე მხრივ, ამ ცვლილების ამოქმედებამ გამოიწვია სახელმწიფო რეგულირებისა და კონტროლის მოხსნა ამ კონკრეტულ შემთხვევაში განსახილველ დაწესებულებაზე, რომლის შედეგი პირდაპირ უკავშირდება ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის უხეშ ხელყოფას, რისი ფაქტებიც დღემდე არ არის შესწავლილი და გამოძიებული.

საკანონმდებლო ცვლილებების მომზადების დროს ვერ იქნა გათვალისწინებული და გააზრებული საქართველოს კონსტიტუციით დაწესებული პრინციპი – „სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას“.²² სახელმწიფო მართვის ერთ-ერთ უპირველეს მექანიზმად კი საქართველოს კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ დადგენილია სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება.²³ უფრო მეტიც, იმავე კანონის 56-ე მუხლის შესაბამისად, „სამედიცინო დაწესებულებას ეკრძალება სამედიცინო საქმიანობა სათანადო ლიცენზიის გარეშე“.

გარდა აღნიშნულისა, თუ დავუშვებთ, რომ საქართველოს ყველა მოქალაქე მკურნალობას გადის ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, ხოლო პატიმრების მკურნალობა და სხვა სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევა დაშვებულია არალიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, ეს უკვე ქმნის **თავისუფლებადკვეთილ პირთა დისკრიმინაციის პრეცედენტს სამედიცინო მომსახურების მიღებისას სწორედ პატიმრობის ნიშნით.** ეს კი უხეშად არღვევს

²² საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის მე-2 პუნქტი

²³ „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის „ა“ პუნქტში

საქართველოს მიერ ნაკისრ საერთაშორისო ვალდებულებებს და ზოგადად, როგორც ეროვნული, ისე საერთაშორისო სამართლის პრინციპებს.

მედიკამენტებით მომარაგება და აფთიაქის საქმიანობა

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებათა მონიტორინგის დროს შესწავლილ იქნა ის საკითხები, რომლებიც შეეხება დაწესებულების მედიკამენტებით მომარაგებას, ადგილობრივი აფთიაქების საქმიანობას და სხვა სპეციფიკურ საკითხებს.

ჩვენს მიერ მოპოვებული ინფორმაცია წარმოდგენილია ცხრილში:

№	დაწესებულება	არის თუ არა	სად მდებარეობს	პროვიზორი ფარმაცევტი	ლიმიტი ლარებში	წამლებით მომარაგება	შენიშვნა
1	რუსთავი №1	+	დაწესებულების გარეთ	1	2.500	90%	იღებენ ჰუმანიტარ. მედიკამენტებსაც
2	ქუთაისი №2	+	სამედ. ნაწილში	1	2.500	30%	
3	რუსთავი №2	+	სამედ. ნაწილში	1	7.000	50%	
4	თბილისი №3	+	სამედ. ნაწილში	0	1.300	99%	
5	ქალთა №5	+	საერთო რეჟიმის ტერიტორიაზე	1	1.500	50%	
6	რუსთავი №6	+	სამედ. ნაწილში	1	3.000	100%	ექთანი ითავსებს ფარმაცევტის საქმ.
7	ქსანი №7	-	არ არსებობს	1	4.000		
8	გეგუთი №8	+	ადმინისტრაციის შენობაში	1	3.000		
9	ხონი №9	-	არ არსებობს	1	1.300	100%	იღებენ ჰუმანიტარ. მედიკამენტებსაც
10	თბილისი №10	+	დაწესებულების გარეთ	1	600		
11	არასრულწლოვ	-	არ არსებობს	1	500		
12	თბილისი №1	+	სამედ. ნაწილში	1	2.500	100%	
13	ბათუმი №3	+	სამედ. ნაწილში	0	1.500		
14	ზუგდიდი №4	-	არ არსებობს	0	800		
15	თბილისი №7	-	არ არსებობს	0	300		
16	თბილისი №8	+	დაწესებულების შიგნით	1	6.000	100%	
17	ტუბზონა	+	არის შიგნით/გარეთ	2	8.000		
18	მკსდ	+	დაწესებულების შიგნით	2	45.000	100%	
	სულ:	13		16	91.300		

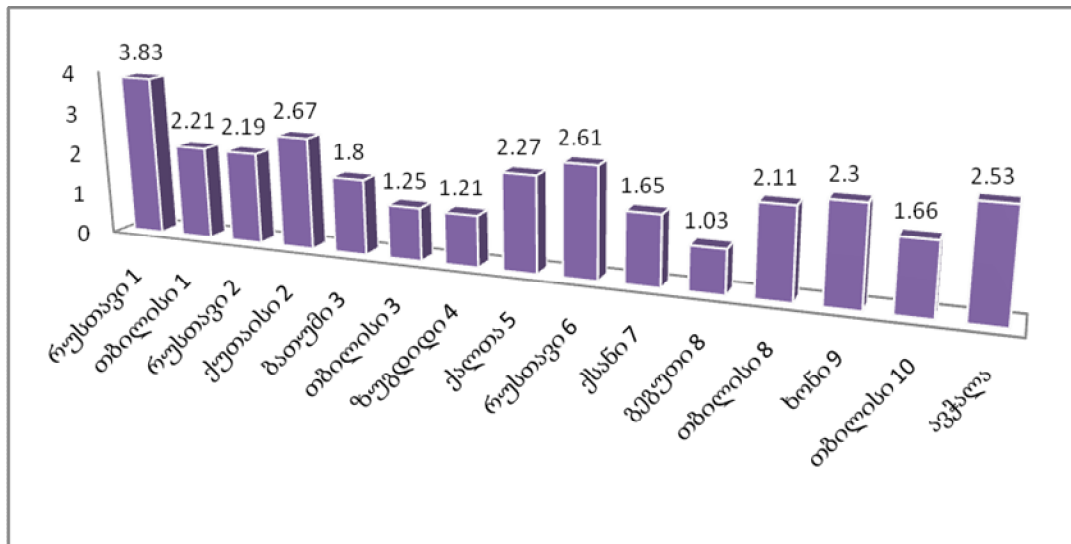
როგორც ჩანს, მედიკამენტების მომარაგების მხრივ მდგომარეობა დაწესებულებებში განსხვავებულია. ცხრილში მოცემულია მედიკამენტების შესაძენად ყოველთვიურად

გამოყოფილი თანხის ლიმიტი. მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების გარდა, სხვა ყველა დაწესებულებას ერთად ყოველთვიურად 46.000 ლარის ლიმიტი ჰქონდა განსაზღვრული. აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული ლიმიტები წლის ბოლოსათვის გადაიხედა და მასში გარკვეული ცვლილებები იქნა შეტანილი.

2010 წლის მეორე ნახევრიდან, რუსთავის №1 დაწესებულებაში გაიხსნა აფთიაქი, რომელშიც პატიმრებს საკუთარ ბარათზე დარიცხული თანხით შესაძლებლობა აქვთ შეიძინონ მათი მკურნალობისათვის საჭირო დამატებითი მედიკამენტები.

ცხრილში, ცალკე გრაფის სახით, ასევე მოცემულია მოთხოვნილი და მოწოდებული მედიკამენტების მოცულობას შორის არსებული ბალანსი, რაც პროცენტულადაა გამოხატული. აღნიშნული მონაცემები ეყრდნობა დაწესებულებათა მთავარი ექიმების აზრს არსებულ მდგომარეობაზე და არ არის აბსოლუტურად ზუსტი.

ქვემოთ მოცემულ ცხრილში წარმოდგენილია თვის განმავლობაში მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თანხის წილი 1 პატიმარზე.



როგორც ჩანს, აღნიშნული მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია რუსთავის №1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, ხოლო ყველაზე მცირეა გეგუთის №8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში. საშუალოდ, ყველა დაწესებულების გათვალისწინებით, 1 პატიმარზე თვის განმავლობაში წამლების შესაძენად იხარჯება 2.08 ლარი. მიუხედავად ამისა, პრაქტიკული თვალსაზრისით დიდი განსხვავება არ არის 1 პატიმარზე წამლების შესაძენად დაიხარჯება 1 ლარი თუ 3 ლარი. ნებისმიერ შემთხვევაში პაციენტს დააკლდება წამალი, ანუ მის მიმართ გაწეული სამედიცინო დახმარება არაადეკვატური იქნება. მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თანხების სიმცირის გამო ექიმებს უწევთ შეუსაბამო წამლების დანიშვნა ან, ზოგიერთ შემთხვევაში, საერთოდ არ უნიშნავენ მედიკამენტებს. თუ გადავხედავთ სამედიცინო ნაწილში შემოტანილი მედიკამენტების ნუსხას, იმთავითვე თვალში საცემია, რომ შეძენილი პრეპარატების უმრავლესობის ღირებულება საკმაოდ დაბალია. ასეთი პრეპარატების გამოყენება იმ ურთულესი

კლინიკური შემთხვევების დროს, რომლებსაც ციხეებში ვხვდებით, შედეგი არ მოაქვს, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს პაციმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

მაგალითისათვის, ისეთი ფართოდ გავრცელებული დაავადება, როგორიცაა ფილტვების ანთება (პნევმონია), ხშირია როგორც სამოქალაქო, ისე სასჯელაღსრულების სექტორში. 2009 წლის მეორე ნახევარში გარდაცვლილ პაციენტთა 20%-ს, ექსპერტიზის დასკვნით, აღენიშნებოდა სწორედ ეს დაავადება. საქართველოში მოქმედი სტანდარტის²⁴ შესაბამისად, მოზრდილებში პნევმონიის სამკურნალოდ მიზანშეწონილია ამოქსიცილინის და მაკროლიდის კომბინაცია. შედარებით უფრო მძიმე შემთხვევებში მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ფართო სპექტრის ბეტა-ლექტამური ანტიბიოტიკებით ან მეორე-მესამე თაობის ცეფალოსპორინით მაკროლიდთან ერთად. საქართველოს ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებული მედიკამენტების ფასების მიხედვით, ერთკვირიანი მხოლოდ ანტიბიოტიკოთერაპია დაახლოებით 50-100 ლარის ფარგლებში ჯდება. თუ ამას დავუმატებთ სხვა ჯგუფის პრეპარატებსაც, რომლებსაც ექიმი უწერს პნევმონიის მქონე პაციენტებს, ასევე მკურნალობის გახანგრძლივების შესაძლებლობას, სხვა თანმხლები დაავადებების მართვას, მაშინ ცხადი ხდება, რომ მკურნალობის ღირებულება მხოლოდ მედიკამენტების ხარჯზე საკმაოდ სოლიდურ თანხას აღწევს. თუ გადავხედავთ სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის აფთიაქებში არსებულ მედიკამენტებს, დავრწმუნდებით, რომ ხსენებული შედარებით ძვირადღირებული ანტიბიოტიკები იქ ან საერთოდ არ მოიპოვება, ან არასაკმარისი რაოდენობითაა, ანუ არსებული მომარაგება არ არის გათვლილი სერიოზული კლინიკური შემთხვევების მართვაზე. აღნიშნულის გამო შემთხვევა ან რთულდება ან განიცდის ქრონიზაციას, რაც პაციენტთა ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობას მკვეთრად ამძიმებს. სწორედ აღნიშნული მიზეზი შეიძლება გავითვალისწინოთ ავადობის და სიკვდილობის განმაპირობებელ ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორად. ფაქტია, რომ თითოეული პაციენტისათვის გამოყოფილი 2 ლარიანი ლიმიტი ამ ვაკუუმს ვერ შეავსებს და მხოლოდ 1 ან 2 პაციენტის ადეკვატურმა მკურნალობამ შესაძლოა მთლიანად შთანთქას მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თვითური თანხა.

ასეთი სიტუაციიდან გამოსავლის ძიებაში ზოგიერთი პაციენტი მედიკამენტებს იღებს გარედან (ოჯახის წევრთა მხრიდან). მიუხედავად ამისა, დაწესებულებაში მედიკამენტის შეგზავნა სირთულეებს უკავშირდება. გარდა სტანდარტული ხანგრძლივი პროცედურებისა, აღნიშნული საკითხი გარკვეულწილად დამოკიდებულია დაწესებულების ადმინისტრაციის კეთილ ნებაზე. შექმნილი მდგომარეობიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილი იქნებოდა, პაციენტებს შესაძლებლობა მიეცეთ საკუთარ საბანკო ბარათზე დარიცხული თანხით შეიძინონ (გამოიწერონ) ნებისმიერი აპრობირებული მედიკამენტი, რომელიც მათი ადეკვატური მკურნალობისათვისაა აუცილებელი და რომლის მისაღებადაც არსებობს დასაბუთებული სამედიცინო ჩვენება (შესაბამისი სპეციალობის

²⁴ კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი, ხელმისაწვდომია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ გვერდზე - http://www.moh.gov.ge/ge_pdf/gaidlain/pro/5.2.pdf

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის ჩანაწერი, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით).

სისტემაში 2009 წლის განმავლობაში დასაქმებული იყო 16 პირი, რომლებიც აფთიაქის მუშაობას უძღვებოდნენ. მათი დიდი ნაწილი იყო ფარმაცევტი ან პროვიზორი, ხოლო ზოგიერთ დაწესებულებაში ამ ფუნქციას ითავსებდა ადგილობრივი ექთანი. დაწესებულებათა უმრავლესობაში, აფთიაქზე პასუხისმგებელი პირი მუშაობს ცალკე ოთახში, ე.წ. აფთიაქში, რომელიც დაწესებულების შიგნით ან გარეთ არის განთავსებული. 2009 წლის ბოლოსათვის აფთიაქს ეწოდა წამლების სამარაგო, ხოლო მასში მომუშავე პერსონალს – წამლების სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირი.

შემთხვევათა უმრავლესობაში, მთავარი ექიმი განსაზღვრავს იმ მედიკამენტთა ნუსხას, რომლებიც აფთიაქში საწყობდება და ექიმის დანიშნულების ან საჭიროების მიხედვით გაიცემა პაციენტებზე. მედიკამენტების აღრიცხვა ხდება შესაბამის ჟურნალებში. ექიმის განმარტებით, მედიკამენტების მომარაგების მხრივ იდგა სერიოზული პრობლემა სადაზღვევო კომპანია „ალდაგის“ მენეჯმენტის პირობებში. ამჟამად მდგომარეობა შედარებით გამოსწორებულია, რაზეც ის ფაქტიც მეტყველებს, რომ ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, მედიკამენტების მოთხოვნასა და მიწოდებას შორის ბალანსი თითქმის ყველა დაწესებულებაში 90%-ს ზემოთ იყო.

პაციენტებს ეკრძალებათ ხელზე იქონიონ ამპულირებული პრეპარატები, ასევე ფსიქოტროპული საშუალებები. მათ თავიანთ განკარგულებაში შეიძლება ჰქონდეთ ტკივილგამაყუჩებელი, ანტიგრძნობილი, ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები; ასევე ანტიბიოტიკები, აეროზოლები, ეუფილინი, დიაბეტონი და ა.შ. პაციენტებს არ შეუძლიათ ასევე საკუთარ განკარგულებაში ჰქონდეთ შპრიცები. პარენტერული გზით მისაღები პრეპარატების ორგანიზმში შეყვანას ახდენს ექთანი; იგი ასევეგასცემს ისეთ პრეპარატებს, რომელთა ქონა პაციენტებისათვის აკრძალულია.

მონიტორინგის ჯგუფმა მოინახულა სამედიცინო ნაწილში არსებული აფთიაქები. შევხვდით და გავესაუბრეთ იმ პირებს, რომლებიც საქმიანობენ აფთიაქში და ახდენენ მედიკამენტების გაცემას და აღრიცხვას. ანტიბიოტიკებიდან დაწესებულებათა უმრავლესობაში მიეწოდებათ: ამოქსაცილინი, ცეფლოქსი, რაციოცეფი A, ცეფაზოლინი და პენიცილინი G. ჩვენს მიერ მიღებული ინფორმაციით, წინა თვეში მოხმარებული მედიკამენტების რაოდენობის გათვალისწინებით ისინი ადგენენ შეკვეთას, რომელსაც გზავნიან სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამედიცინო სამსახურში²⁵. აფთიაქები აწარმოებენ მედიკამენტების ყოველდღიური ხარჯვის ჟურნალს. ცალკე იწარმოება ჰუმანიტარული გზით მიღებული მედიკამენტების აღრიცხვის ჟურნალი, რომლის მიხედვითაც კეთდება ხარჯვის ყოველთვიური ანგარიში. ექთანს, დაწესებულებათა უმრავლესობაში, ყოველ დილას გააქვს წამლები ექიმის დანიშნულების შესაბამისად. აღნიშნულის საფუძველია გამოწერილი რეცეპტი. აფთიაქი ცალკე აწყობს და ახარისხებს ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს,

²⁵ 2009 წლის 29 ოქტომბრიდან – სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტში.

რომლებიც განსაკუთრებულად აღირიცხება და გაიცემა მათი ყოველდღიური დოზები.

ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, ექიმის ინფორმაციით, აფთიაქში განსათავსებელ მედიკამენტთა ნუსხას, განყოფილების გამგეთა შეკვეთების საფუძველზე, ადგენს მთავარი ექიმი ფარმაცევტთან ერთად. აფთიაქიდან წამლების გაცემა ფიქსირდება შესაბამის ჟურნალში.

პატიმრებმა თავის განკარგულებაში შეიძლება იქონიონ, მაგალითად, ტკივილგამაყუჩებელი, ანთების საწინააღმდეგო და სხვა მსგავსი პრეპარატები, ასევე საჭიროების შემთხვევაში – აეროზოლები. კატეგორიულად იკრძალება პატიმრებს თან ჰქონდეთ ტუბერკულოზის სამკურნალო პრეპარატები, ფსიქოტროპული და ძლიერმოქმედი საშუალებები, ჰიპოტენზიური საშუალებები და გლიკოზიდები. პატიმართა განკარგულებაში არსებული არცერთი პრეპარატი არ უნდა იყოს ამპულირებული ფორმის. შპრიცების ქონა კატეგორიულად აკრძალულია. შპრიცების შენახვაზე, გამოყენებაზე და უტილიზაციაზე პასუხისმგებელია ექთანი. დიაბეტიანი პაციენტები, საკუთარი მოთხოვნით, ზოგჯერ თვითონ იკეთებენ ინსულინის ინექციებს, თუმცა დანიშნულების შესრულების დროს ინსულინის შპრიცი მათთან ექთანს მიაქვს და აკონტროლებს.

დაწესებულების ტერიტორიის გარეთ არსებობს აფთიაქი, რომლიდანაც წამლებით მარაგდება შიდა აფთიაქი; ეს უკანასკნელი კი ექიმის დანიშნულების მიხედვით ახდენს მედიკამენტების გაცემას.

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების აფთიაქი განთავსებულია შენობის 0 სართულზე. რაც შეეხება მედიკამენტების შესაძენად ყოველთვიურად გამოყოფილი თანხის ლიმიტს, მთავარი ექიმის განმარტებით, რაიმე პირობითი ლიმიტი არ არის დაწესებული. ყოველთვიურად მოიხმარენ დაახლოებით 40-50.000 ლარის მედიკამენტებს. განყოფილების გამგეები ყოველთვიურად წერენ მედიკამენტების მოთხოვნის წერილს, რომელსაც აჯამებს დაწესებულების აფთიაქი. მედიკამენტები იწერება რეცეპტებით და მათი ხარჯვა აღინუსხება ხარჯვის ჟურნალებში. მთავარი ექიმის განმარტებით, მედიკამენტების მოთხოვნასა და მოწოდებას შორის ბალანსი საანგარიშო პერიოდში 100%-ს შეადგენდა. პატიმრებს მედიკამენტები ურიგდებათ დოზირებული ნორმებით. არ შეიძლება პატიმარს გადაეცეს შპრიცი ან მედიკამენტების ამპულირებული ფორმები. მედიკამენტების დატოვება-არდატოვების საკითხის განხილვა გამომდინარეობს კონკრეტული მედიკამენტის ტოქსიკური დოზის გათვალისწინებით.

ექიმის ხელმისაწვდომობა

ექიმის ხელმისაწვდომობა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების სისტემის ერთ-ერთ ძირითად კომპონენტს.

დასავლეთ საქართველოს რეგიონში განთავსებულ სასჯელაღსრულების 5 დაწესებულებას ემსახურება 23 დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი, 4 ექიმი სტომატოლოგი, 25 ექთანი და 4 ფარმაცევტი/პროვიზორი. აღსანიშნავია, რომ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტიდან მოსული ინფორმაციის მიხედვით (02.08.2010 №07-7142), დასავლეთის რეგიონში ექიმთა რაოდენობა 27 შეადგენს, თუმცა ჩვენ 4 მათგანს ვერ განვიხილავთ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტად, ვინაიდან საექიმო სპეციალობათა მოქმედ ჩამონათვალში არ მოიპოვება სპეციალობა – „ზოგადი პროფილის ექიმი მკურნალი“.

აღმოსავლეთ საქართველოს რეგიონში განთავსებულ 11 დაწესებულებას (გარდა სამკურნალო დაწესებულებებისა) სულ ემსახურება 52 ექიმი, 71 ექთანი, 10 ფარმაცევტი/პროვიზორი (წამლების სამარაგოს პასუხისმგებელი პირი) და 10 სტომატოლოგი. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტიდან მოსული ინფორმაციის (02.08.2010 №07-7142) მიხედვით, აღმოსავლეთ საქართველოში განთავსებულ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მომუშავე ექიმთა რაოდენობა 60 შეადგენს, თუმცა ჩვენ 8 მათგანს კვლავ ვერ განვიხილავთ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტად, ვინაიდან საექიმო სპეციალობათა მოქმედ ჩამონათვალში არ მოიპოვება სპეციალობა – „ზოგადი პროფილის ექიმი მკურნალი“ და „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა“.

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში სულ 74 ექიმია დასაქმებული. გარდა ამისა, 66 ექთანი, 2 სტომატოლოგი, 6 ლაბორანტი, 2 სტატისტიკოსი, 8 სანიტარი, 1 მასაჟისტი, 1 დიასახლისი, 1 არქივარიუსი და 4 ფარმაცევტი. 4 პირს აქაც ვერ განვიხილავთ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტად, ვინაიდან მათ სერტიფიკატში მითითებული საქმიანობის სფერო არ წარმოადგენს ლიცენზირებად სამედიცინო სპეციალობას (ბავშვთა და მოზარდთა ჰიგიენა, ფარმაცევტული საქმის ორგანიზაცია, ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია).

ამრიგად, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებს ემსახურება სულ 149 ექიმი, 162 ექთანი, 16 სტომატოლოგი, 18 ფარმაცევტი/პროვიზორი და 19 სხვა სპეციალობის ჯანდაცვის მუშაკი.

აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო პერსონალის გეოგრაფიული გადანაწილება ქვეყნის რეგიონებსა და სასჯელაღსრულების დაწესებულებებს შორის არათანაბარია. ზოგიერთ დაწესებულებაში ექიმი საერთოდ არ არის, იმ ფონზე, როდესაც ზოგან ერთი და იმავე პროფილის რამდენიმე სპეციალისტი მუშაობს. სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა დაწესებულებების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

დაწესებულების დასახელება	ექიმი	ექთანი	სტომატოლოგი	ფარმაცევტი	სხვა
რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	7	9	1	1	0
ქუთაისის N2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	7	8	1	1	0
რუსთავის N2 საერთო მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	8	11	2	1	0
თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	3	4	0	0	0
ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 საერთო და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულება	6	6	1	1	0
რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	4	6	1	1	0
ქსნის N7 საერთო მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	5	5	1	1	0
გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	5	5	1	1	0
ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	3	4	0	1	0
თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	1	4	1	1	0
არასრულწლოვანთა აღმზრდელითი დაწესებულება	2	4	1	1	0
თბილისის N1 საპყრობილე	3	5	1	1	0
ბათუმის N3 საპყრობილე	5	4	1	0	0
ზუგდიდის N4 საპყრობილე	3	4	1	1	0
თბილისის N7 საპყრობილე	0	2	0	1	0
თბილისის N8 საპყრობილე	13	15	1	1	0
ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება	13	14	0	2	3
მსჯავრდებულთა და პატმართა სამკურნალო დაწესებულება	61	52	2	2	16
სულ	149	162	16	18	19

სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მომუშავე ექიმთა სპეციალობები, პაციენტთა სამედიცინო პრობლემატიკიდან გამომდინარე, მონიტორინგის ჯგუფის განსაკუთრებული ინტერესის საგანი გახდა.

საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/ნ „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ ბრძანების მიხედვით, საქართველოში სულ 21 მოქმედი ძირითადი საექიმო სპეციალობაა. აღსანიშნავია, რომ ამავე ბრძანების მიხედვით, ექიმებს, რომელთაც 2008 წლის 1 მაისამდე მინიჭებული ჰქონდათ სახელმწიფო სერტიფიკატი “ზოგადი პროფილის ექიმის” შესაბამის სპეციალობაში, მიეცათ გადამზადების უფლება (დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული

მზადების) დადგენილი კურსის ნაწილის გავლის გზით). საექიმო სპეციალობა „ზოგადი პროფილის ექიმი“ საქართველოში დაშვებული იყო „საექიმო სპეციალობათა ნუსხის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 1 ნოემბრის N388/ნ ბრძანებით, რომელიც ძალადაკარგულად გამოცხადდა. ასევე გაუქმდა „მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 30 აპრილის N130/ნ ბრძანება. რაც შეეხება სპეციალობას „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია“, იგი გაუქმებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 28 თებერვლის N69/ნ ბრძანებით. მიუხედავად ამისა, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ჯერ კიდევ ჰყავთ დასაქმებული გაუქმებული საექიმო სპეციალობის დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მფლობელი პირები. საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის²⁶ მიხედვით, ამ პირების მონაწილეობა პაციენტის დიაგნოსტიკაში, მკურნალობაში, რეაბილიტაციაში ან სხვა სახის საექიმო დახმარების მიწოდებაში განიხილება, როგორც უკანონო საექიმო საქმიანობა.

საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში დასაქმებულ ექიმთა პროფესიული სპექტრი, სახელმწიფო სერტიფიკატში მითითებული სპეციალობის მიხედვით, შემდეგნაირად გამოიყურება:

№	საექიმო სპეციალობა	რაოდენობა	მომიჯნავე საექიმო სპეციალობა და სუბსპეციალობა
1	შინაგანი მედიცინა (თერაპია)	44	„ენდოკრინოლოგია“ - 1 „დერმატოვენეროლოგია“ - 2 „ფტიზიატრია“ - 12 „კარდიოლოგია“ - 7 „ტრანსფუზიოლოგია“ - 1 „რეაბილიტაცია“ - 1
2	საოჯახო მედიცინა	4	
3	ინფექციური სნეულებები	7	
4	ფსიქიატრია	3	„ნარკოლოგია“ - 1
5	ანესთეზიოლოგია/რეანიმატოლოგია	9	
6	ნევროლოგია	5	
7	პედიატრია	1	
8	ზოგადი ქირურგია	19	„ბავშვთა ქირურგია“ - 1 „პროქტოლოგია“ - 1 „ენდოსკოპია“ - 1
9	კარდიოქირურგია	0	
10	ორთოპედია-ტრავმატოლოგია	2	
11	ნეიროქირურგია	0	
12	უროლოგია	3	
13	მეანობა-გინეკოლოგია	2	
14	ოტორინოლარინგოლოგია	1	

²⁶ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“

15	ოფთალმოლოგია	1	
16	სამედიცინო რადიოლოგია	4	
17	ონკოლოგია	4	
18	პათოლოგიური ანატომია	0	
19	სასამართლო მედიცინა	0	
20	ლაბორატორიული მედიცინა	12	
21	სტომატოლოგია	16	

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, ექიმთა სპეციალობებთან დაკავშირებით შექმნილი დეფიციტის შესავსებად, დასავლეთის და აღმოსავლეთის რეგიონში მოქმედებს ექიმ კონსულტანტთა ჯგუფები. აღმოსავლეთის კონსულტანტთა ჯგუფში 15 სპეციალისტი შედის, ხოლო დასავლეთის კონსულტანტთა ჯგუფში – 8 სპეციალისტი. ცხრილში წარმოდგენილია რეგიონების მიხედვით ექიმ კონსულტანტთა სპეციალობები:

№	ექიმის სპეციალობა	აღმოსავლ. რეგიონი	დასავლ. რეგიონი
1	ექოსკოპისტი	●	●
2	რევმატოლოგი	●	×
3	ნეიროფტიზიატრი	●	×
4	ფსიქიატრი	●	●
5	ყბა-სახის ქირურგი	●	×
6	ოტორინოლარინგ.	●	×
7	დერმატოვენეროლ.	●	●
8	კარდიოლოგი	●	●
9	რენტგენლაბორანტი	●	●
10	ფტიზიატრი	●	×
11	ნეიროქირურგი	●	×
12	სეფსოლოგი	●	×
13	პარაზიტოლოგი	●	×
14	ანგიოლოგი	●	×
15	ოფთალმოლოგი	×	●
16	ნევროპათოლოგი	×	●
17	ლაბორანტი	×	●
სულ	ექიმ-კონსულტანტთა რაოდენობა	14	8

როგორც ცხრილიდან ჩანს, რეგიონების მიხედვით სერვისები არათანაბრადაა გადანაწილებული. ორივე რეგიონში ხელმისაწვდომია ექოსკოპისტის და რენტგენლაბორანტის მომსახურება, ასევე, დერმატოვენეროლოგისა და კარდიოლოგის მომსახურება. რაც შეეხება ფსიქიატრის მომსახურებას, აღმოსავლეთ და დასავლეთ რეგიონში საანგარიშო პერიოდში დანიშნული იყო თითო-თითო სპეციალისტი, რომელთა მომსახურება აბსოლუტურად არასაკმარისი იყო. დასავლეთის რეგიონში ხელმიუწვდომელი იყო ისეთი პროფილის სპეციალისტების

ვიზიტები, როგორებიცაა: ოტორინოლარინგოლოგი, ფტიზიატრი, ნეიროქირურგი, ანგიოლოგი და ა.შ.

ადგილზე ჩატარებული მონიტორინგის დროს გამოიკვეთა, რომ 2009 წლის იანვარში დაწესებულებებს ემსახურებოდნენ სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი ბი სი აი“-ს ექიმი კონსულტანტები. სადაზღვევო კომპანიასთან ხელშეკრულების შეწყვეტის შემდეგ, 2009 წლის თებერვლის მიწურულს და მარტში, კონსულტანტების ვიზიტებთან დაკავშირებით აღინიშნა წყვეტა. მარტი-აპრილის პერიოდიდან კი უკვე დაწესებულებებში გამოჩნდნენ სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ზემოთ აღნიშნული კონტრაქტორი ექიმ-სპეციალისტები. ადგილზე, მთავარ ექიმებთან გასაუბრებით ირკვევა, რომ კონსულტანტთა ვიზიტები თვეში 2-ჯერ ხორციელდებოდა, თუმცა აღნიშნული ინფორმაცია არ დასტურდება არსებული სამედიცინო ჩანაწერების მიხედვით. როგორც ირკვევა, კონსულტანტები ზოგჯერ კვარტალში ერთხელ ან საერთოდ არ სტუმრობდნენ ზოგიერთ დაწესებულებას. მაგალითად, თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში წლის განმავლობაში კონსულტანტი პრაქტიკულად არ მისულა, ზოგიერთ დაწესებულებაში კი მათი ვიზიტი არ ატარებდა რეგულარულ, გეგმურ ხასიათს და მხოლოდ გამოძახების შემთხვევაში ხორციელდებოდა. მაგალითად, რუსთავის N2 დაწესებულებაში ადგილობრივი ექიმი, პაციენტთა საჭიროებიდან გამომდინარე, ადგენდა სიებს და თითოეული სპეციალისტისათვის მხოლოდ გარკვეული რაოდენობით პაციენტების მოგროვების შემდეგ ახდენდა კონსულტანტის გამოძახებას. კონსულტანტთა ვიზიტები რეგულარულად და შეუფერხებლად მიმდინარეობდა ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში. ასეთი გამართული სერვისი შედარებით ხელმიუწვდომელი იყო არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულების მსჯავრდებულებისათვის. ამ დაწესებულებაში რეგულარულად დადიოდნენ მხოლოდ ექოსკოპისტი და რენტგენლაბორანტი. ზუგდიდის N4 საპყრობილეში კონსულტანტების სახით დადიოდნენ მხოლოდ ფსიქიატრი და სტომატოლოგი. სხვა სპეციალობის ექიმები ავადმყოფებს არ ნახულობდნენ. თბილისის N8 საპყრობილეში კონსულტანტების მუშაობის ამსახველი დოკუმენტაცია არ წარმოგვიდგინეს, თუმცა სიტყვიერად განგვიმარტეს, რომ აღმოსავლეთ საქართველოს ჯგუფიდან კონსულტანტები რეგულარულად დადიან. მთავარი ექიმის გადმოცემით, ისინი წინასწარ ადგენენ სიებს, თუ რა სპეციალისტები სჭირდებათ, ამის შემდეგ იქვე მდებარე მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან გადმოდის შესაბამისი პროფილის ექიმი. თუ ექიმს არ სცალია, მხოლოდ ამ შემთხვევაში იძახებენ აღმოსავლეთ საქართველოს ჯგუფის წევრ კონსულტანტს. ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში განგვიცხადეს, რომ მათთან ასევე მოდიან „ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის“ კონსულტანტები.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-14 მუხლის შესაბამისად, „*პაციენტს აქვს უფლება აირჩიოს ან შეიცვალოს სამედიცინო პერსონალი და/ან სამედიცინო დაწესებულება (...)*“. აღნიშნული ფორმულირება ვრცელდება პატიმრობაში მყოფ პირზეც, ვინაიდან ამავე კანონის მე-13 მუხლის მიხედვით, *„წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის სამედიცინო დახმარება (...) განხორციელდება ამ კანონით*

გათვალისწინებული წესების დაცვით“.

ანალოგიურ დებულებებს მოიცავს საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, რომლის მე-7 და მე-8 მუხლების მიხედვით, „პაციენტს უფლება აქვს მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას“ და „პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი“. ამ კანონის 46-ე მუხლის შესაბამისად კი „წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირი სარგებლობს ამ კანონით გათვალისწინებული ყველა უფლებით“. კანონით მინიჭებული აღნიშნული უფლების მიუხედავად, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატში შემოსულია პატიმრების და მათი ადვოკატების წერილები, რომელთა მიხედვითაც ირკვევა, რომ ამ უფლების რეალიზაცია ხშირად იზღუდება ადმინისტრაციის მხრიდან ყოველგვარი ახსნა-განმარტების გარეშე. ზოგიერთ შემთხვევაში სახალხო დამცველის აპარატის ჩარევის შედეგად პრობლემა მოგვარდა. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ ხშირად ადგილობრივმა ექიმებმა (და ასევე პაციენტებმაც) არ იციან აღნიშნული უფლების არსებობის შესახებ. მონიტორინგის დროს შესწავლილ იქნა, თუ როგორ ხდება პაციენტთა ამ უფლების რეალიზაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების სხვადასხვა დაწესებულებაში. შესწავლის შედეგად გაირკვა, რომ რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, ქუთაისის N2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, ქსნის N7 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, არასრულწლოვანთა აღმზრდელი დაწესებულებაში, თბილისის N1, ბათუმის N3, ზუგდიდის N4 და თბილისის N7 საპყრობილებში პაციენტის მიერ მოთხოვნილი ექიმის შეყვანის ფაქტი საანგარიშო პერიოდში არ მომხდარა. ექიმთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ პატიმრებს არ მოუთხოვიათ ამგვარი რამ. ზოგან განგვიმარტეს, რომ პატიმრები ექიმის შემოყვანას ითხოვენ სიტყვიერად, თუმცა წერილობითი განცხადებით ადმინისტრაციისათვის არასდროს მიუმართავთ. გეგუთის N8 დაწესებულებაში და ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში განგვიმარტეს, რომ ექიმთა შემოსვლა პაციენტის მოთხოვნით და მისივე ხარჯით ხდება და ამისათვის საჭიროა წინასწარ შეთანხმება. შემოსვლის დროს ექიმმა უნდა წარმოადგინოს პირადობის მოწმობა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი სახელმწიფოს სერტიფიკატი. გეგუთის დაწესებულებაში წლის განმავლობაში სულ 11 ასეთი ვიზიტი დაფიქსირებული.

რუსთავის N2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში განგვიცხადეს, რომ საანგარიშო პერიოდში შემოსულია ერთი კარდიოლოგი, რომელმაც შემოიტანა კარდიოგრაფი და კვლევა ჩაუტარა პაციენტს; რუსთავის N6 საპყრობილეში განხორციელდა ერთი ვიზიტი, როდესაც პაციენტმა მოითხოვა და შემოიყვანა კბილის ტექნიკოსი პროტეზის დასამზადებლად; ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა სულ 2 ასეთი ვიზიტი (შევიდნენ უროლოგი და ოტორინოლარინგოლოგი); თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში 3 ჯერ დაკმაყოფილდა პატიმრის მოთხოვნა

გარედან მისთვის სასურველი ექიმის შემოყვანის შესახებ. თბილისის N8 საპრობილემო აღნიშნული საკითხის გარკვევა ვერ მოხერხდა იმის გამო, რომ ექიმს ასეთი შემთხვევა არ ახსოვს, ხოლო ჩანაწერები არ წარმოგვიდგინეს. რაც შეეხება ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებას, პატიმართა მოთხოვნები ხშირად შემოდის, თუმცა, როგორც წესი, არ კმაყოფილდება. მთავარი ექიმი იგონებს ასეთი განცხადების დაკმაყოფილების ორ შემთხვევას, როდესაც პაციენტის მოთხოვნით და ხარჯით შემოვიდა ენდოსკოპისტი ბრონქოსკოპული კვლევის ჩასატარებლად.

როგორც ჩანს, სხვადასხვა დაწესებულებებში განსხვავებული პრაქტიკა და მიდგომა არსებობს ამ საკითხისადმი. მაგალითად, ბათუმის N3 საპრობილეს ექიმი გარედან ექიმის შემოყვანის აუცილებლობას ვერ ხედავს იმის გამო, რომ დეპარტამენტის დასავლეთის ჯგუფის ექიმები რეგულარულად დადიან. ზუგდიდის N4 საპრობილეს მთავარი ექიმი კი აცხადებს, რომ „ერთხელ მოითხოვა პაციენტმა ექიმ თერაპევტის შემოყვანა, მაგრამ არ დავაკმაყოფილე, იმიტომ, რომ მე თვითონ ვარ თერაპევტი და სხვისი შემოსვლა არ ჩავთაღე მიზანშეწონილად... კიდევ ერთ პაციენტს არ დართეს საკუთარი ექიმის შემოყვანის უფლება, თუმცა ამ ექიმმა დანიშნულება გარედან შემოუგზავნა და პაციენტი მკურნალობდა...“.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის (წერილი N01-3057 01.04.2010) მიხედვით, „იმ შემთხვევაში როდესაც დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით პატიმარი საჭიროებს დამატებითი სადიაგნოსტიკო გამოკვლევების ჩატარებას ან იმ პროფილის ექიმ სპეციალისტის კონსულტაციას, რომლის ჩატარების საშუალებაც სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში არ არის, ხდება მისი გადაყვანა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებაში ან სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებაში, რომელთანაც სამინისტროს გაფორმებული აქვს სათანადო ხელშეკრულება. სამოქალაქო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებიდან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში პატიმრის მიერ, საკუთარი ხარჯებით ექიმ-კონსულტანტის მოწვევისა და სადიაგნოსტიკო გამოკვლევების ჩატარების საკითხები რეგულირდება საქართველოს კანონით „პატიმრობის შესახებ“. აუცილებელია აღინიშნოს, რომ აღნიშნული პასუხი არ წარმოადგენს პასუხს ჩვენს მიერ დასმულ კითხვაზე. ექიმის ხელმისაწვდომობა არ შეიძლება, დარეგულირდეს „პატიმრობის შესახებ“ კანონით, რადგან აღნიშნული საკითხი ჯანდაცვის კანონმდებლობის რეგულირების სფეროს მიეკუთვნება.

მონიტორინგის ჯგუფის ინტერესის საგანი გახდა, ასევე, იმ საკითხის შესწავლა, თუ როგორ ხდება ექიმის ხელმისაწვდომობის საკითხის გადაწყვეტა შაბათ-კვირას და არასამუშაო დღეებში. ჩვენს მიერ შესწავლილ იქნა ექიმთა მორიგეობის საკითხი სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში. როგორც გაირკვა, 1 ექიმი და 1 ექთანს ღამით მუდმივად მორიგეობს შემდეგ დაწესებულებებში: რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 საერთო და საპრობილის რეჟიმის დაწესებულება, რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, ხონის N9 საერთო და

მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება, არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება და ბათუმის N3 საპყრობილე. მიუხედავად ამისა, ექიმთა და ექთანთა საშტატო განრიგის მხედველობაში მიღებით, მორიგეობის გრაფიკი ხშირად ეჭვს იწვევს.

1 ექიმი და 2 ექთანი დაწესებულებაში ყოველ ღამით რჩება შემდეგ დაწესებულებებში: ქუთაისის N2, რუსთავის N2, ასევე, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. N8 საპყრობილის მთავარი ექიმის განცხადებით, დაწესებულებაში ყოველ ღამით რჩება 3 ექიმი და 4 ექთანი.

ექიმთა მორიგეობის თვალსაზრისით, ვხვდებით პრობლემურ დაწესებულებებსაც, სადაც ღამის მორიგეობა ექიმთა მიერ არ სრულდება. მაგალითად ქსნის N7 დაწესებულებაში ყოველ 4 დღიან მორიგეობის ციკლში 2-ჯერ რჩებოდა მხოლოდ ექიმი, დანარჩენ 2 დღეს მორიგეობდა მხოლოდ ექთანი. თბილისის N10 დაწესებულებაში ექიმი, როგორც წესი, არ მორიგეობს. ღამით რჩება მხოლოდ ექთანი. თბილისის N1 საპყრობილეში ღამით ექიმი არ მორიგეობდა, რჩებოდა მხოლოდ ექთანი. ზუგდიდის N4 საპყრობილეში, 2009 წლის პირველ ნახევარში, ექიმი მორიგეობდა მხოლოდ ყოველ მეოთხე დღეს. დანარჩენ დროს მორიგეობდა მხოლოდ ექთანი. არც ექიმი და არც ექთანი არ მორიგეობდა თბილისის N7 საპყრობილეში. როგორც ჩანს, ამ მხრივაც მდგომარეობა არაერთგვაროვანია, თუმცა საკამათოდ არ უნდა ჩაითვალოს ის, რომ ექთანი ვერ ჩაანაცვლებს ექიმის საქმიანობას. ამგვარად, ექიმის 24 საათის განმავლობაში ხელმისაწვდომობის პრინციპი საქართველოს სასჯელადსრულების დაწესებულებათა გარკვეულ ნაწილში არ იყო რეალიზებული.

სასჯელადსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს მიერ გვეცნობა, რომ (წერილი N01-3057 01.04.2010) „*საქართველოს სასჯელადსრულების სისტემაში დაწესებულია სამედიცინო პერსონალის 24 საათიანი მორიგეობა და პატიმრები უზრუნველყოფილი არიან სადღეღამისო ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებით. საჭიროების შემთხვევაში პატიმრებს დღე-ღამის ნებისმიერ პერიოდში ამბულატორულად ადგილზევე უტარდებათ სამედიცინო შემოწმება და ადეკვატური მკურნალობა*“. როგორც მონიტორინგის შედეგებით ირკვევა, აღნიშნული ძირითად ნაწილში არ შეესაბამება სინამდვილეს.

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ასევე შესწავლილ იქნა საკითხი, თუ როგორ ხდებოდა ექიმთან ვიზიტის განხორციელება პატიმართა მხრიდან. ამ მხრივ, დაწესებულების რეჟიმის და სპეციფიკიდან გამომდინარე, რა თქმა უნდა, განსხვავებული მიდგომა უნდა არსებობდეს, თუმცა დაფიქსირდა საინტერესო და განსხვავებული სპეციფიკა.

დაწესებულებათა დიდ ნაწილში ექიმთან პატიმრის პირველადი კონტაქტი ხდება დაწესებულებაში პატიმრის შესვლის მომენტში. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ დადგინდა, რომ საპყრობილეთა და დაწესებულებათა საკამოდ დიდ ნაწილში პირველად სამედიცინო შემოწმებას მხოლოდ ფორმალური ხასიათი აქვს (ზოგან არც ხდება) და მიმდინარეობს შეუფერებელ გარემოში, კონფიდენციალურობის პრინციპის უხეში დარღვევით. ღია დაწესებულებებში

ექიმთან კონტაქტი ხდება თვითმომართვიანობის პრინციპით. ზოგან ექიმი ან ექთანი თავად აწარმოებს შემოვლებს და გეგმავს ვიზიტებს. ზოგიერთ დაწესებულებაში, ექიმის საჭიროებისას პატიმარი ან მისი თანასაკნელები ატყობინებენ მორიგეს ან „კონტროლიორს“, რომელიც იმახებს ექიმს რაციით ან პირადად გადაჰყავს პატიმარი სამედიცინო ნაწილში. აღსანიშნავია, რომ საერთო რეჟიმის დაწესებულებებში ღამით სამედიცინო ნაწილიც იკეტება და მასთან პაციენტის ფიზიკური ხელმისაწვდომობა იზღუდება, რის გამოც პაციენტი, საჭიროებისას, ექიმს მიმართავს კონტროლიორის საშუალებით. ჩვენს მიერ არაერთხელ იქნა დაფიქსირებული შემთხვევა, როდესაც ექიმის მოთხოვნის პროცესი არასასურველად განვითარდა და პატიმარი დასაჯეს. ნებისმიერ შემთხვევაში, პატიმრის მიერ ექიმის გამოძახება კონტროლიორის ან მორიგის საშუალებით დამოკიდებულია კონტროლიორის გუნება-განწყობაზე, მის დამოკიდებულებაზე პატიმრისადმი და სხვა სუბიექტურ ფაქტორებზე, რაც გაუმართლებლად მიგვაჩნია.

რუსთავის N1 დაწესებულების ექიმი აცხადებს, რომ იგი პატიმრებს ხვდება შემოვლების დროსაც, რომელსაც პერიოდულად ატარებს. პატიმრებთან კონტაქტი ხდება ასევე ტუბსკრინინგის დროსაც, როდესაც ისაზღვრება კონკრეტულ პატიმარ პაციენტთა სამედიცინო საჭიროებები და ასევე ამბულატორული ვიზიტის დაგეგმვის საკითხიც განიხილება.

ქუთაისის N2 დაწესებულების ექიმის განმარტებით, განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობენ მათ დაწესებულებაში განთავსებულ ქალებსა და არასრულწლოვან პატიმრებს, რის გამოც კვირაში ერთხელ ან ორჯერ სავალდებულო წესით ექიმი შემოივლის ამ კატეგორიის პატიმართა საკნებს. ქსნის N7 დაწესებულებაში, სადაც რამდენიმე რეჟიმი მოქმედებს, ექიმი აცხადებს, რომ დილის 10–12 საათამდე იგი საპყრობილეში მუშაობს, 12 დან 18 საათამდე კი გადადის საერთო რეჟიმის დაწესებულებაში. მსგავსი პრინციპით ანაწილებს სამუშაო დროს თბილისის N1 საპყრობილის ექიმიც. დილის საათებში იგი გადადის კორპუსებზე და შემოივლის, ხოლო მეორე ნახევარში მასთან სამედიცინო ნაწილში გადმოჰყავთ ის პატიმრები, რომლებიც შემოვლების დროს იქნენ იდენტიფიცირებული. ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში ექიმთან ვიზიტი ხორციელდება თვითმომართვიანობის პრინციპით, თუმცა მთავარი ექიმი აღნიშნავს, რომ სამედიცინო პერსონალი 7–10 დღეში ერთხელ ატარებს შემოვლებს. ბათუმის N3 საპყრობილეში, ექიმის ხელმისაწვდომობის საკითხის გაუმჯობესებისათვის, მთავარი ექიმის მიერ შემუშავებულია სასჯელაღსრულების სხვა დაწესებულებებისაგან განსხვავებული მიდგომა. თითოეული ექიმი კურირებს 5 საკანს, სადაც იგი პრაქტიკულად კარგად იცნობს ყველა პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობას და ჯანმრთელობის საჭიროებიდან გამომდინარე, კოორდინაციას უწევს მის საკურაციო სფეროში შემავალ პაციენტთა მიმართ სამედიცინო ღონისძიებების გატარებას. მთავარი ექიმის განმარტებით, თუ პატიმარს ექიმთან ვიზიტი უნდა, იგი წერილობითი განცხადებით მიმართავს სოციალურ სამსახურს, რომელსაც განცხადება მიაქვს სამედიცინო ნაწილში და აღნიშნულის შემდეგ ექიმი ახორციელებს პაციენტთან ვიზიტს. ასეთი პრეცედენტი მხოლოდ ამ კონკრეტულ დაწესებულებაში დაფიქსირდა.

ამგვარად, ექიმთან შეუზღუდავი კონტაქტის და ხელმისაწვდომობის უფლების რეალიზება არათანაბრად არის უზრუნველყოფილი, არ არის დამაკმაყოფილებელი და გასხვავებულია სხვადასხვა დაწესებულებების და გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით.

გარდა აღნიშნულისა, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ინფორმაციით, სასჯელაღსრულების სისტემაში პატიმართა სამედიცინო მომსახურება წარმოებს: ტუბერკულოზის კონტროლის ეროვნული პროგრამის ფარგლებში და აივ ინფექცია/შიდსის კონტროლის ეროვნული პროგრამის ფარგლებში.

სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობა

სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობის უზრუნველყოფა საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში კვლავ რჩება ერთ-ერთ უმწვავეს და გადაუჭრელ პრობლემად.

პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ეკვივალენტური სამედიცინო მომსახურების დანერგვის აუცილებლობას შეეხება არაერთი საერთაშორისო დოკუმენტი, მათ შორის უპირველეს ყოვლისა აღსანიშნავია:

1. ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(98)7 წვერი სახელმწიფოების მიმართ ციხეებში სამედიცინო მომსახურების ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების შესახებ (სტრასბურგი, 1998 წ. 20 აპრილი);
2. პატიმრობის სტანდარტული მინიმალური წესები - (მიღებულია გაეროს პირველ კონგრესზე, ქ. ჟენევა 1955 წ. და რატიფიცირებულია ეკონომიკური და სოციალური საბჭოს რეზოლუციებში 663 C (XXIV) 1957 წლის 31 ივლისს და 2076 (LXII) 1997წ. 13 მაისს.)
3. პატიმართა მოპყრობის ძირითადი პრინციპები - (მიღებულია გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუციით 45/111, 1990 წლის 14 დეკემბერს);
4. ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის საწინააღმდეგო კომიტეტი (CPT), მე-3 ზოგადი ანგარიში, CPT/Inf (93) 12.

ზემოთ აღნიშნული დოკუმენტების შესაბამისად, სამედიცინო პრაქტიკა საზოგადოებაში და ციხეების პირობებში უნდა წარიმართებოდეს **მსგავსი** ეთიკური პრინციპებით. პატიმართა ძირითადი უფლებების პატივისცემა მოიცავს მათთვის – ზოგადად საზოგადოებისათვის **ეკვივალენტური** პრევენციული მკურნალობისა და ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების გაწევას. საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურება ციხეებში უნდა იყოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ეროვნული პოლიტიკის ნაწილი და მასთან **შესაბამისი**. ციხეების სამედიცინო სამსახური უნდა უზრუნველყოფდეს სამედიცინო, ფსიქიატრიულ და სტომატოლოგიურ დახმარებას და ახორციელებდეს პროფილაქტიკურ და სანიტარიულ – ჰიგიენურ პროგრამებს **იმ დონეზე, რომელიც შეესაბამება ზოგადად ქვეყანაში საზოგადოების სამედიცინო უზრუნველყოფას**. ექიმებმა, რომლებიც

ციხეში მუშაობენ, თითოეულ პატიმარს უნდა მიაწოდონ **იმავე სტანდარტების ჯანდაცვის მომსახურება, რაც ხორციელდება ციხის გარეთ პაციენტებისათვის**. CPT თავის ანგარიშებში უდიდეს ყურადღებას ამახვილებს და ცალკე თავსაც უძღვნის სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობის საკითხს. თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებების სამედიცინო სამსახური სათანადოდ უნდა უზრუნველყოფდეს **ისეთივე** მკურნალობასა და მზრუნველობას, ასევე შესაბამის დიეტას, ფიზიოთერაპიულ მკურნალობას, რეაბილიტაციასა და სხვა საჭირო სპეციალურ მკურნალობას, **როგორითაც სარგებლობენ პაციენტები ასეთი დაწესებულებების ფარგლებს გარეთ**. შეჯამების სახით, ყველა ამ დოკუმენტებში ხაზგასმულია, რომ პატიმრები ღებულობენ **იმავე სტანდარტების სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც არსებობს მოცემულ ქვეყანაში მათი იურიდიული მდგომარეობიდან გამომდინარე, დისკრიმინაციის გარეშე**.

“ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „ე“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთ პრინციპადაა აღიარებული - „წინასწარ პატიმრობაში და სასჯელის აღსრულების დაწესებულებებში მყოფ პაციენტთა (...) დისკრიმინაციისგან დაცვა სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას“. იმავე კანონის მე-6 მუხლის შესაბამისად, „დაუშვებელია სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პაციენტის დისკრიმინაცია სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას“. იმავე კანონის მე-13 მუხლის შესაბამისად, „წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის სამედიცინო დახმარება (...) განხორციელდება ამ კანონით გათვალისწინებული წესების დაცვით“. აღნიშნულის გათვალისწინებით ნათელია, რომ საქართველოს კანონმდებლობა პრაქტიკულად შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს და მოთხოვნებს. „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 37-ე მუხლში ასევე ხაზგასმულია ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარების აუცილებლობის პირობა – „სასჯელის აღსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახურის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის დონე არ უნდა იყოს ჯანმრთელობის დაცვის საერთო სისტემის დონეზე ნაკლები.“

მიუხედავად ზემოთ მოყვანილი ეროვნული თუ საერთაშორისო სტანდარტებისა, ფაქტია, რომ **ზოგიერთი კანონქვემდებარე აქტი აშკარად ეწინააღმდეგება მოხსენიებულ სტანდარტებს, უხეშად არღვევს თავისუფლებათა აღკვეთილი პირის უფლებას ჯანმრთელობაზე და საბოლოო ჯამში ქმნის ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებათა მიწოდების პროცესში პაციენტის პატიმრობის ნიშნით დისკრიმინაციის ნათელ მაგალითებს**.

ჯანდაცვის პერსონალი ციხეში

მრავლობითი მოვალეობები

ციხის ექიმებს ხშირად უწევთ სხვადასხვა (განსხვავებული) მოვალეობების შესრულება. ასეთ დროს მათი უპირველესი მოვალეობა უნდა იყოს დაკავებული

პირის ჯანმრთელობის დაცვა და ხელშეწყობა; ასევე იმის უზრუნველყოფა, რომ დაკავებულებს მიეწოდებოდეთ ჯანდაცვის საუკეთესო შესაძლებელი სერვისები, თუნდაც აღნიშნული მოვალეობა, ზოგიერთ შემთხვევაში, წინააღმდეგობაში მოდიოდეს ციხის ადმინისტრაციის პრიორიტეტებთან. პრაქტიკაში, მედპერსონალი ხშირად იძულებულია მხედველობაში მიიღოს რეჟიმისა და უსაფრთხოების საკითხები. და პირიქით, უსაფრთხოების სამსახურის წარმომადგენელთათვის ზოგჯერ შესაძლებელია, ძნელი გასაგები გახდეს სამედიცინო პერსონალის ქმედება და საქციელი, თუ ეს უკანასკნელი, როგორც ისინი მიიჩნევენ, წინააღმდეგობრივია იმ მოთხოვნებისა და წესებისა, რომლებიც არსებობს სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში.

გარემოების მიუხედავად, სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში სამედიცინო პერსონალის მოვალეობად უნდა დარჩეს პატიმარ პაციენტთა კეთილდღეობაზე და ღირსებაზე ზრუნვა. პაციენტებს, პერსონალსა და სასჯელაღსრულების დაწესებულების ხელმძღვანელობას მკაფიოდ უნდა განემარტოთ, რომ სამედიცინო პერსონალის უპირველესი მოვალეობაა, სამედიცინო დახმარება აღმოუჩინოს თავისუფლებადკვეთილ პირებს და ამ მხრივ შესრულებული სამუშაოს სრული მოცულობა ემყარება მხოლოდ და მხოლოდ სამედიცინო პროფესიულ და ეთიკურ პრინციპებს, რომელთა სავალდებულო კომპონენტებია ექიმთა დამოუკიდებლობა, სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობა და დახმარების კონფიდენციალურობა.

ექიმთა პროფესიული განვითარება

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს შესწავლილ იქნა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მომუშავე ექიმთა პროფესიული განვითარების და მათი უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში მონაწილეობის საკითხი. უწყვეტი პროფესიული განვითარება ეს არის ექიმთა უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი. მისი მიზანია თანამედროვე მედიცინის მიღწევებთან და ტექნოლოგიებთან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის თეორიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესაბამისობის უზრუნველყოფა. რაც შეეხება უწყვეტ სამედიცინო განათლებას, ეს უკანასკნელი წარმოადგენს უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტს, რომელიც მოიცავს როგორც თვითგანათლებას, ისე ფორმალური სწავლების/მზადების პროგრამებში მონაწილეობას, აგრეთვე სხვადასხვა საქმიანობებს, რომლებიც ექიმის პროფესიული ცოდნის და უნარ-ჩვევების განმტკიცებას და გაუმჯობესებას უწყობს ხელს. ექიმთა პროფესიული განვითარების საკითხები რეგულირდება საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“.

მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მომუშავე ექიმების აბსოლუტურ უმრავლესობას არ მიუღია მონაწილეობა ბოლო ერთი წლის (და უფრო ხანგრძლივი პერიოდით) განმავლობაში არანაირ უწყვეტი

სამედიცინო განათლების / პროფესიული განვითარების პროგრამებში. ამ მხრივ გამონაკლის შემთხვევად უნდა ჩაითვალოს ცენტრ „ემპათია“-ს და საქართველოს ექიმთა ასოციაციის ერთობლივი ტრენინგ-სემინარი - „წამების ფიზიკური და ფსიქიკური შედეგების შეფასება სტამბოლის პროტოკოლის მიხედვით“, რომელიც აკრედიტებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დიპლომისშემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების საბჭოს მიერ²⁷. აღნიშნულ ტრენინგში მონაწილე ექიმებს მიენიჭათ უწყვეტი პროფესიული განვითარების პირველი კატეგორიის 25 კრედიტ ქულა სპეციალობებში: შინაგანი მედიცინა, ზოგადი ქირურგია, ფსიქიატრია და სასამართლო მედიცინა. ტრენინგში მონაწილეობა მიიღო პენიტენციური სისტემის ოთხმა ექიმმა. ამ ოთხი ექიმიდან, 2010 წლის მეორე ნახევრისათვის, ორი ექიმი სასჯელაღსრულების სისტემაში უკვე აღარ მუშაობს.

როგორც ირკვევა, ექიმთა მონაწილეობა საგანმანათლებლო პროგრამებში 2009 წლის განმავლობაში უმნიშვნელო იყო. არცერთ ექიმს, საკუთარი ინიციატივით ან უწყებრივად მისი ხელმძღვანელი დეპარტამენტის მითითებით, მონაწილეობის სურვილი არ გამოუთქვამს პროფესიული დონის ამაღლების ღონისძიებებში. იმ ტრენინგებშიც კი, რომლებიც ჩატარდა და სამედიცინო ხასიათის პრობლემებს ნაკლებად ამუქებდა, ექიმთა მონაწილეობა ფორმალური და ნომინალური იყო. ექიმთა უმარავლესობა ვერ იხსენებს ტრენინგის დასახელებასაც კი, რომ აღარაფერი ვთქვათ შინაარსზე. ფაქტია, რომ ასეთი ღონისძიებებიდან ექიმები არანაირი ფაქტობრივი ცოდნით არ ბრუნდებიან, რაც თავისთავად ნეგატიური მომენტი მათ საქმიანობაში. უწყვეტი განათლება ესაჭიროებათ ექთნებსაც, რომელთა მონაწილეობა საგანმანათლებლო პროგრამებში, 2009 წლის განმავლობაში, ასევე ნომინალური იყო.

მონიტორინგის ჯგუფი ასევე დაინტერესდა, თუ რამდენად გათვითცნობიერებულია სამედიცინო პერსონალი საქართველოს კანონმდებლობის იმ ნაწილში, რომელიც მათი პროფესიული ან ყოველდღიური საქმიანობის საკითხებს არეგულირებს. შედეგები მეტად დამაფიქრებელია. ექიმთა აბსოლუტური უმრავლესობა საერთოდ ვერ ავლენს ელემენტარულ ცოდნასაც კი ამ სფეროში. ექიმებმა არ იციან ისიც კი, თუ რომელი კანონები არეგულირებს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას. დიდმა ნაწილმა გამოთქვა გაკვირვება, როდესაც შეიტყო, რომ „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ კანონები არსებობს. ექიმთა დიდი ნაწილი ვერ ანსხვავებს კანონსა და კანონქვემდებარე აქტებს, შესაბამისად, სრულად ვერ აცნობიერებს იმ პასუხისმგებლობას და მოვალეობას, რაც იურიდიულად მათზეა დაკისრებული.

რუსთავის №1 დაწესებულების მთავარი ექიმის განცხადებით, იგი იცნობს მხოლოდ იუსტიციის მინისტრის №717 ბრძანებას. სხვა ნორმატიული აქტი მისთვის არავის მიუცია და არც აქვს მათ შესახებ ინფორმაცია. რუსთავის №2 დაწესებულების მთავარი ექიმის ინფორმაციით, რაც შეეხება საქართველოში ჯანდაცვის სფეროში მოქმედ კანონმდებლობას, ის იცნობს მხოლოდ საქართველოს კანონს „საექიმო საქმიანობის შესახებ“. სხვა სახის ეროვნული და საერთაშორისო მარეგულირებელი

²⁷ აკრედიტაციის №2006229. პროფესიული განვითარების საბჭოს 2008 წლის 26 სექტემბრის №3 სხდომაზე მოხდა პროგრამის რევალიდირება, აკრედიტაციის №0003.

დოკუმენტები მათთვის უცნობია. ქუთაისის №2 დაწესებულების ექიმმა განგვიცხადა, რომ ჯანდაცვის კანონმდებლობას ნაკლებად იცნობს. მისთვის უფრო ცნობილია პაციენტის უფლებები.

ექიმთა ინფორმაციით, სამედიცინო პერსონალს ხელი ამ მიუწვდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის, საქართველოს იუსტიციის და საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრების მიერ გამოცემული კანონქვემდებარე აქტებზე, რომლებიც პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის საკითხებს არეგულირებს. აღნიშნულიდან გამომდინარე აშკარაა ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალისათვის ამ დოკუმენტების კრებულის შედგენისა და მიწოდების საკითხის აქტუალობა და აუცილებლობა.

მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში აღმოჩნდა, რომ ციხის ექიმი იცნობდა საერთაშორისო სტანდარტებს, რომლებიც ზოგადად მედიცინას ან პენიტენციური ჯანდაცვას ეხება.

მდგომარეობა მეტად საყურადღებო და შემაშფოთებელია. იმ ფონზე, როდესაც მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში პენიტენციური ჯანდაცვის საკითხებზე იქმნება უამრავი ლიტერატურა, ონლაინ კურსები, ტარდება არაერთი ტრენინგი, სემინარი თუ სასწავლო კურსი, საქართველოში ციხის ექიმთა პროფესიული განვითარების სისტემის არარსებობა და ასევე სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობის და მარეგულირებელი დოკუმენტების არცოდნა პირდაპირ ნეგატიურად აისახება მათი საქმიანობის ასპექტებზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე და უპირველეს ყოვლისა პაციენტებს აზარალებს.

ექიმთა პროფესიული დამოუკიდებლობა, ავტონომიურობა, კომპეტენტურობა

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის საწინააღმდეგო კომიტეტი (CPT) მე-3 ზოგად ანგარიშში ხაზგასმით მიუთითებდა ციხის ექიმთა პროფესიული კომპეტენტურობის შესახებ. კერძოდ, ანგარიშში ნათქვამია, რომ „ციხის ექიმებს და ექთნებს უნდა ჰქონდეთ სპეციალური მომზადება, რათა შეძლონ გამოიყენონ ციხის პათოლოგიის განსაკუთრებული ფორმები და მიუსადაგონ მკურნალობის მეთოდები ციხის პირობებს. მათ უნდა გამოიმუშაონ პროფესიული უნარ-ჩვევები ძალადობის პრევენციისათვის და შეძლებისდაგვარად აკონტროლონ მისი გამოვლინება“.

რაც შეეხება ექიმთა ავტონომიურობას, სამედიცინო საქმიანობის ერთ-ერთ ძირითად პრინციპს წარმოადგენს ის, რომ სამედიცინო პროფესია უნდა იყოს დამოუკიდებელი., აღნიშნული კონცეფცია ფართოდაა გაშლილი საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობაში. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 30-ე მუხლში ნათქვამია, რომ „(...) სამედიცინო საქმიანობის აღსრულებისას სამედიცინო პერსონალმა უნდა (...) იმოქმედოს **მხოლოდ** პაციენტის ინტერესების შესაბამისად; (...) პაციენტის ინტერესებთან დაკავშირებული პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას იყოს **თავისუფალი და დამოუკიდებელი** (...)“. იმავე

კანონის 34-ე მუხლის შესაბამისად, „ექიმის პროფესია თავისი არსით **თავისუფალი პროფესიაა**. ნებისმიერ ვითარებაში დაუშვებელია, ხელისუფლების წარმომადგენელმა ან კერძო პირმა მოსთხოვოს ექიმს ამ კანონში მოცემული პრინციპების, საექიმო საქმიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებობისა და საზოგადოებრივი მდგომარეობისა. ყოველგვარი ქმედება, რაც ხელს უშლის სამედიცინო პერსონალს პროფესიული მოვალეობის შესრულებაში, იწვევს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ პასუხისმგებლობას“. იგივე აზრია გატარებული „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლში: „**დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას არის თავისუფალი და დამოუკიდებელი**. აკრძალულია, პირმა დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტისაგან მოითხოვოს ამ კანონში მითითებული პრინციპებისა და საექიმო საქმიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებობისა, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილებისა, აგრეთვე აღმსარებლობისა“. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლი ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთ მთავარ პრინციპად განსაზღვრავს ექიმის და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობის ცნობას საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში.

გაეროს ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისრის ოფისის მიერ მოწოდებული წამების ფაქტების ეფექტური გამოძიებისა და დოკუმენტირების სახელმძღვანელო - „სტამბოლის პროტოკოლი“ ხაზს უსვამს ექიმთა დამოუკიდებლობისა და პროფესიული ავტონომიურობის აუცილებლობას. სახელმძღვანელო ექიმებს განიხილავს, როგორც „ორმაგი ვალდებულების“ მქონე პირებს. დოკუმენტში ნათქვამია, რომ „**ჯანდაცვის მუშაკებზე დაკისრებულია ორგვარი ვალდებულება: მათი უპირველესი ვალია პაციენტების მიმართ - ხელი შეუწყონ პაციენტთა ინტერესების ყველაზე სრულ გათვალისწინებას, ხოლო საერთო ვალი საზოგადოების მიმართ - უზრუნველყონ მართლმსაჯულების განხორციელება და არ დაუშვან ადამიანის უფლებათა დარღვევა**“. დილემები, რომლებიც ამ ვალდებულებათა ორგვარი ხასიათიდან გამომდინარეობს, განსაკუთრებით მწვავე ხდება პოლიციის, შეიარაღებული ძალების ორგანოებში და უსაფრთხოების სხვა სამსახურებში ან პენიტენციურ დაწესებულებათა სისტემაში მომუშავე მედიკოსებისათვის. მათი დამქირავებლებისა და კოლეგების ინტერესები, რომლებიც მედიკოსები არ არიან, **შეიძლება წინააღმდეგობაში მოვიდეს პატიმრობაში მყოფ პაციენტთა საუკეთესო ინტერესებთან**. მათი შრომითი ურთიერთობების ხასიათის მიუხედავად, ჯანდაცვის ყველა მუშაკის ვალია, იზრუნოს ადამიანებზე, რომელთა შემოწმება ან მკურნალობა მას უწევთ. არ შეიძლება, სახელშეკრულებო საფუძველზე ან რაიმე სხვა მოსაზრებით მედიკოსების დავალდებულება, არ დაიცვან თავიანთი პროფესიული დამოუკიდებლობა. მათ მიუკერძოებლად უნდა შეაფასონ პაციენტის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის ინტერესები და მოიქცნენ ამ ინტერესების შესაბამისად. გაეროს მიერ პირველად დაფიქსირდა, რომ ორმაგი ვალდებულებების და ზემოთ აღნიშნულ ფრაგმენტში განხილული მოსაზრებების გამო, პენიტენციური დაწესებულების ექიმები არიან **„ექიმები -რისკის ზონაში“!**

აქედან გამომდინარე, რისკის ზონაში მყოფმა ექიმებმა ყველაფერი უნდა იღონონ, რათა მიუხედავად იმ გარემოსი, სადაც მუშაობენ, უზრუნველყონ პროფესიული ვალის ზედმიწევნით ასრულება.

აღნიშნული საკითხის ეთიკურ მხარეს არეგულირებს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მადრიდის დეკლარაცია პროფესიული ავტონომიისა და თვითრეგულირების შესახებ²⁸.

მიუხედავად ყოველივე ზემოთქმულისა, მონიტორინგის შედეგების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალი, ზოგიერთ შემთხვევაში, ვერ უმკლავდება შექმნილ პრობლემებს, რისი მიზეზიც, სისტემურ პრობლემებთან ერთად, კონკრეტული ფაქტორებიც არის. თავდაპირველად უნდა აღინიშნოს, რომ 2009 წლის განმავლობაში, მას შემდეგ, რაც სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი ბი სი აი“ პენიტენციური სისტემიდან წავიდა, სამედიცინო პერსონალი გადავიდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 25 თებერვლის №60 ბრძანების შესაბამისად (სად-ის დებულების დამტკიცების შესახებ), დეპარტამენტში ჩამოყალიბდა სამედიცინო სამსახური და სამედიცინო პერსონალი მთლიანად მისი დაქვემდებარების ქვეშ მოექცა. სამსახურებრივი დაქვემდებარების გამო ციხის ექიმები ხშირად ექცევიან მათი უშუალო ხელმძღვანელის (დაწესებულების დირექტორი) ზეგავლენის ქვეშ, რაც ნეგატიურად აისახება პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის პრობლემური საკითხების გადაჭრაზე. შემთხვევათა დიდ ნაწილში სწორედ სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა ოფიციალური პირები (და არა ექიმები) განსაზღვრავენ პატიმარი პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვის „საჭიროებებს“, ახდენენ პაციენტთა გადაყვანას ერთი დაწესებულებიდან მეორეში, მათ შორის, სამკურნალო დაწესებულებებში, წყვეტენ, დაუშვან თუ არა პატიმრის მიერ მოთხოვნილი სამოქალაქო სექტორის ექიმი სასჯელაღსრულების დაწესებულების ტერიტორიაზე, გასცემენ უფლებას ან ზღუდავენ პაციენტი პატიმრისათვის მედიკამენტების მიწოდებას, იხილავენ და განსაზღვრავენ, თუ რა შემთხვევაში და როდის უნდა ჩატარდეს სასამართლო-სამედიცინო / ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, ეცნობიან სამედიცინო დოკუმენტაციას, ესწრებიან ექიმ-პაციენტის კომუნიკაციას, წყვეტენ, თუ ვის და რა მოცულობით უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და ასე შემდეგ. ასეთ პირობებში ექიმის როლი პრაქტიკულად მინიმალურია. უფუნქციოდ დარჩენილი ექიმი, ცდილობს რა, შეინარჩუნოს სამსახური, მდუმარე თანხმობით ატარებს ადმინისტრაციის მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებს. მდგომარეობის სიმძიმე იმაში გამოიხატება, რომ არამარტო ექიმი, არამედ პაციენტიც უფლებააყრილი რჩება. ასეთ სიტუაციებში პაციენტები ხშირად მიმართავენ სახალხო დამცველის აპარატს განცხადებებით, რომელთა შესწავლა და ანალიზი კვლავ ზემოთ აღწერილი მანკიერი წრის არსებობას ადასტურებს. ექიმები განიცდიან ზეწოლას არა მარტო ადმინისტრაციის წარმომადგენლებისაგან, არამედ თანამდებობრივად მათზე მაღლა მდგომი კოლეგებისაგან. აღნიშნულის დადასტურების თვალსაჩინო

²⁸ მიღებულია მსოფლიოს 39-ე სამედიცინო ასამბლეის მიერ 1987 წლის ოქტომბრს (მადრიდი, ესპანეთი). სარედაქციო გადახედვა მოხდა 2005 წლის მაისში, 170-ე საბჭოს სხდომაზე, დივონ ლე ბენში.

მაგალითს წარმოადგენს თბილისის №7 საპყრობილეში მომხდარი ინციდენტი, რომელიც სახალხო დამცველის აპარატის მიერ წარმოებული მონიტორინგის შეწყვეტით დასრულდა²⁹.

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 73-ე მუხლის შესაბამისად, „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის პროფესიული პასუხისმგებლობა არის (...) ეთიკური ნორმების დარღვევისათვის გათვალისწინებული პასუხისმგებლობა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით“. ზემოთ აღნიშნული გათვალისწინებით, საქართველოს სახალხო დამცველმა ამ კონკრეტულ ფაქტთან დაკავშირებით მიმართა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს, რათა შეისწავლონ აღნიშნული საკითხი და შესწავლის შედეგებიდან გამომდინარე განიხილონ სამედიცინო სამსახურის უფროსის პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხი. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოდან აღნიშნულზე ჯერ არანაირი გამოხმაურება არ მიგვიღია.

ექიმის მონაწილეობა პატიმრის დასჯაში

2009 წლის განმავლობაში საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს დადგენილ იქნა, რომ პენიტენციურ სისტემაში მომუშავე დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი (ციხის ექიმი), დაწესებულებათა უმრავლესობაში, პირდაპირ მონაწილეობს პატიმართა დასჯის ფაქტებში. აღნიშნული პრაქტიკა ფართოდაა ფესვგადგმული პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში. ჩვენს მიერ გაცემული რეკომენდაციების საფუძველზე, განმეორებითი მონიტორინგის დროს, ზოგიერთმა უფროსმა ექიმმა განაცხადა, რომ რეკომენდაცია შეასრულეს და დასჯის ფაქტებში აღარ მონაწილეობენ, თუმცა რიგ დაწესებულებებში ამგვარი პრაქტიკა მაინც გრძელდება. საკითხი ეხება დასჯის მიზნით პატიმრის მოთავსებას კარცერში. ჩვენს მიერ არაერთი დაწესებულებიდან იქნა ამოღებული ე.წ. „ცნობის“ ფორმა, რომლის მიხედვითაც, სტანდარტულ ტექსტს აქვს შემდეგი სახე:

„მსჯავრდებული ----- არის ფიზიკურად ჯანმრთელი, შრომისუნარიანი და შეიძლება კარცერში მოთავსება“.

ამ შემთხვევაში, ცნობის ხელმოწერი ერთადერთი პირი არის დაწესებულების ექიმი. ამრიგად, ექიმი, თავისი ხელმოწერით პრაქტიკულად იძლევა სანქციას, რომ პატიმარი გადაყვანილ იქნას კარცერში, ვინაიდან მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა დასჯის განხორციელების საშუალებას იძლევა.

ზოგიერთ დაწესებულებაში ცნობა არ ივსება, თუმცა დადგენილებას კარცერში ჩასმის შესახებ ასევე ხელს აწერს ექიმი. ექიმის განმარტებით, მისი ხელმოწერა აუცილებელია იმისათვის, რომ გაირკვეს „...გაძლებს თუ არა პატიმარი კარცერში და შესაძლებელია თუ არა მისი მოთავსება კარცერში...“. აღნიშნული დადგენილება ეკრობა პირად საქმეში.

²⁹ იხ. ზემოთ, «მონიტორინგის ხელისშემშლელი ფაქტორები»

აღნიშნული პრაქტიკა არ წარმოებს მხოლოდ ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულებაში. კარცერში ჩასმა დასჯის სახით საანგარიშო პერიოდში არ გამოუყენებიათ არასრულწლოვანთა აღმზრდელით დაწესებულებაში. შესაბამისად, ექიმსაც არანაირი მონაწილეობა ამ პროცესში არ მიუღია. მსგავსი განმარტება მოგვცეს ასევე მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. რაც შეეხება დანარჩენ 14 დაწესებულებას, ჩვენი არაერთგზის გაფრთხილების, რეკომენდაციის გაცემის თუ სხვაგვარად ინფორმირების მიუხედავად, ექიმის მონაწილეობა დასჯის პროცესში აქტიურად ხორციელდება.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროში გაგზავნილი წერილის №243/03-3-ის საშუალებით, სამინისტროს დაუუსვით კითხვა, „როგორია ექიმის ტაქტიკა პატიმრის დასჯასთან მიმართებაში, აძლევს თუ არა რეკომენდაციებს ციხის ადმინისტრაციას ცალკეულ შემთხვევაში და რა ფორმით ხდება აღნიშნული“, რაზედაც სამინისტრომ №01-3057 წერილით გვიპასუხა, რომ „სასჯელაღსრულების სისტემის დაწესებულებებში მომუშავე ყველა ექიმი თავის საქმიანობას წარმართავს საქართველოს კანონმდებლობისა და საექიმო ეთიკის ფარგლებში და არასოდეს არ ღებულობს მონაწილეობას ავადმყოფი პატიმრის ან მსჯავრდებულის დასჯით ღონისძიებებში“. ჩატარებულმა მონიტორინგმა დაადასტურა, რომ აღნიშნული ინფორმაცია არ შეესაბამება რეალობას.

აღნიშნული პრაქტიკა უხეშად არღვევს არამართო საექიმო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებულ ნორმებს, არამედ აბსოლუტურ წინააღმდეგობაში მოდის ქვეყნის ჯანდაცვის კანონმდებლობასთან. კერძოდ, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 54-ე მუხლის შესაბამისად, „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს ეკრძალება: ა) პირდაპირი ან არაპირდაპირი კავშირი ისეთ ქმედებებთან, რომლებიც დაკავშირებულია (...) სასჯელში მონაწილეობასთან, თანამონაწილეობასთან, წაქეზებასთან ან წაქეზების მცდელობასთან, აგრეთვე, ამგვარ მოქმედებებზე დასწრება; ბ) პატიმართან, დაკავებულთან ან დატყვევებულთან პროფესიული ურთიერთობა, თუ ამის ერთადერთი მიზანი არ არის მისი ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება, დაცვა ან გაუმჯობესება და ეს ურთიერთობა ეწინააღმდეგება სამედიცინო ეთიკის პრინციპებს;

გ) პროფესიული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გამოყენება პატიმრის, დაკავებულის ან დატყვევებულის დაკითხვის ხელშეწყობისათვის ისეთი მეთოდებით, რომლებიც უარყოფითად იმოქმედებენ მის ფიზიკურ ან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ან მდგომარეობაზე; ე) პატიმრის, დაკავებულის ან დატყვევებულის ნებისმიერ შემზღუდავ მოქმედებაში მონაწილეობა, თუ ეს უკანასკნელი არ არის განსაზღვრული სამედიცინო ჩვენებებით, არ არის აუცილებელი მისი ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვისათვის, სხვა პატიმრის, დაკავებულის ან დატყვევებულის ანდა ბადრაგის უსაფრთხოებისათვის და საშიშროებას უქმნის პატიმრის, დაკავებულის ანდა დატყვევებულის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას. 2. ამ მუხლის პირველი პუნქტის „ა“-„ე“ ქვეპუნქტებით

გათვალისწინებული აკრძალვები ძალაშია საგანგებო მდგომარეობის დროსაც, შეიარაღებული კონფლიქტებისა და სამოქალაქო დაპირისპირების ჩათვლით“.

ისეთ შემთხვევებში, როდესაც რეჟიმის დარღვევის გამო, სასჯელაღსრულების დაწესებულების ადმინისტრაცია გადაწყვეტს, მსჯავრდებულს დააკისროს დისციპლინური ზომები, სასჯელის სახით შესაძლებელია სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება. სამედიცინო პერსონალი არავითარ შემთხვევაში არ უნდა მონაწილეობდეს რაიმენაირი სანქციის განხორციელებაში ან ამ სანქციებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღებაში, რამდენადაც ამგვარი აქტივობა არ წარმოადგენს საექიმო საქმიანობის ნაწილს. საბოლოო ჯამში, ექიმის ამგვარი გაუმართლებელი საქციელი საფრთხის წინაშე აყენებს ექიმ-პაციენტის სამომავლო ურთიერთობას.

ექიმებს ხშირად მიმართავენ, როდესაც დისციპლინური დასჯის მიზნით პატიმარი უნდა მოათავსონ კარცერში. დისციპლინური წესით პატიმართა იზოლაცია მავნებელია მათი ჯანმრთელობისათვის; აღნიშნულის გამო გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია მხარს უჭერს ამგვარი პრაქტიკის საერთოდ გაუქმებას. ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ამგვარი ზომა მაინც გამოიყენება, კარცერში მოთავსება უნდა შემოიფარგლოს რაც შეიძლება მცირე პერიოდიანი იზოლაციით. აუცილებელია ითქვას, რომ ექიმები არ უნდა გახდნენ ისეთი ზომების გამოყენების თანამონაწილენი, რომლებიც მიზნად ისახავს პატიმართა იზოლაციას ან გადაადგილების შეზღუდვას. შესაბამისად, სამედიცინო დასკვნა არ უნდა გახდეს ამგვარი ღონისძიების, ან ნებისმიერი დასჯის სხვა ფორმის გამოყენების ან თუნდაც არგამოყენების საფუძველი.

იმ შემთხვევაში, როდესაც სანქცია ექიმის ჩაურევლად მაინც იქნება გამოყენებული, ექიმებმა განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა ადევნონ თვალყური დასჯილი პატიმრის მდგომარეობას. საყოველთაოდაა ცნობილი, რომ დისციპლინური იზოლაციის თითოეული შემთხვევა იწვევს მნიშვნელოვან სტრესს და რისკს (კერძოდ, სუიციდის ჩადენის რისკს). ექიმებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ ამ კატეგორიის პატიმრებს და რეგულარულად მოინახულონ ისინი საკუთარი ინიციატივით, იმ მომენტიდანვე, როცა მოქმედებაში შევა კარცერში მოთავსების დადგენილება. მნიშვნელოვანია, ასევე, ექიმებმა კარცერში მოთავსებული პირები მინიმუმ დღეში ერთხელ მაინც მოინახულონ და დააწესონ მონიტორინგი მათ ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, გამოავლინონ ნებისმიერი დეტალი დადებითი ან უარყოფით დინამიკის არსებობისას. ექიმებმა დაუყოვნებლივ უნდა აცნობონ ადმინისტრაციას ყოველ ჯერზე, როდესაც დასჯილ პატიმრებს შეექმნებათ ჯანმრთელობის რაიმე პრობლემა.

როგორც ზემოთ წარმოდგენილი ანალიზიდან ჩანს, პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის სამსახურების კრიზისის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი განმაპირობებელი ფაქტორი სწორედ ექიმთა კომპეტენტურობისა და ავტონომიურობის დაბალი ხარისხია.

არასათანადო მოპყრობა

სამედიცინო პერსონალი სერიოზულად არღვევს სამედიცინო ეთიკის ნორმებს თუ:

- ნებისმიერი სახით თანამონაწილეობს და ხელს უწყობს (თუნდაც ესწრება) წამებას ან კონსულტაციას აძლევს პირს, რომელიც ახორციელებს წამების აქტს;
- ამ მიზნით გადასცემს ადგილს, ხელსაწყოებს, ისნტრუმენტებს ან ნივთიერებებს;
- ადასტურებს, რომ დაკავებულ პირს შეუძლია გადაიტანოს წამების ამგვარი აქტი;
- ასუსტებს წამების მსხვერპლის წინააღმდეგობისუნარიანობას.

სასჯელადსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახურს, პოტენციურად, ძალიან მნიშვნელოვანი როლის შესრულება შეუძლია არასათანადო მოპყრობის წინააღმდეგ ბრძოლაში როგორც დაწესებულებაში, ისე მის ფარგლებს გარეთ (განსაკუთრებით, პოლიციის დროებითი მოთავსების იზოლატორებში). სამედიცინო კონსულტაციების დროს პატიმრებს ხშირად აღნიშნებათ ისეთი ფიზიკური ნიშნები, ან სულაც ფსიქიკური სიმპტომები, რომლებიც ვითარდება წამების ან სხვა სასტიკი, არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობისა და დასჯის შედეგად. ამ მიმართულებით განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა და როლი უნდა მიენიჭოს ახლად შემოყვანილ პატიმართა ფიზიკურ დათვალიერებას და ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასებას.

პატიმრის ფიზიკური დათვალიერების დროს (განსაკუთრებით, ახლად შემოყვანილი პატიმრის გასინჯვისას) ძალადობის ნებისმიერი კვალი, რომელიც შესაძლებელია გამოეწვია წამებას ან არასათანადო მოპყრობას, აუცილებლად უნდა იქნას შესაბამისი წესით აღწერილი და დოკუმენტირებული როგორც პატიმრის პირად სამედიცინო ბარათში, ასევე ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალში. მსგავსი წესით უნდა იქნას დაფიქსირებული ნებისმიერი ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული ნიშანი, რომელიც შესაძლოა მიუთითებდეს იმაზე, რომ აღნიშნულმა პირმა გადაიტანა არასათანადო მოპყრობა. ასეთი ინფორმაცია, ავტომატურ რეჟიმში, დაუყოვნებლივ უნდა მიეწოდოს პენიტენციური დაწესებულების ხელმძღვანელობას და საგამომიებო ორგანოებს. პატიმარს ნებისმიერ დროს უნდა ჰქონდეს იმის შესაძლებლობა, რომ მოთხოვნისთანავე მიიღოს აღნიშნული დოკუმენტის ასლი.

ზოგიერთ შემთხვევაში, თვითონ იმ ფაქტმა, რომ სამედიცინო სამსახურის მიერ დაფიქსირდა წამების ან მასთან გათანაბრებული ქმედების კვალი, შესაძლებელია, გამოიწვიოს მსხვერპლის წინააღმდეგ რეპრესიები. იმისათვის, რომ პატიმარი საუკეთესო გზით იქნას დაცული მოვლენების ამგვარი შესაძლო განვითარების რისკისაგან, ექიმებმა ოფიციალურად უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია პაციენტებს იმის შესახებ, რომ კონსულტაციის შედეგად დადგენილ ასეთ ფაქტებს ისინი მიაწვდიან კომპეტენტურ ორგანოებს. თუ პაციენტებს ემინიათ, რომ ამის გამო მათ მიმართ განხორციელდება რეპრესიები, მათ შეუძლიათ, თავად გადაწყვიტონ, მოუყვნენ თუ არა იმის შესახებ, თუ რა ვითარებაში მიიღეს ამგვარი ტრავმები და დაზიანებები ან სულაც იცრუონ აღნიშნულის შესახებ.

ექიმებმა თავიანთ დასკვნაში უნდა გაატარონ დიფერენცირება მტკიცებულებებს შორის (ფიზიკური ან ფსიქოტრავმის გარემოებები, რომლებსაც აღწერს პაციენტი) და კლინიკურ და პარაკლინიკური გამოკვლევების შედეგებს შორის (დაზიანების ზომა, ლოკალიზაცია, ხასიათი, ხანდაზმულობა, რენტგენოლოგიური კვლევის შედეგი, ლაბორატორული გამოკვლევის პასუხები და ა.შ.). შესაბამისი მომზადებისა და გამოცდილების მქონე ექიმი ყოველთვის მიუთითებს, შეესაბამება თუ არა პაციენტის მიერ მოთხოვნილი ინფორმაცია მათსავე კლინიკურ ნიშნებს და გამოკვლევის შედეგებს.

წამების წინააღმდეგ ექიმთა ბრძოლის და შეურიგებლობის პრინციპები ყველაზე კარგად და გლობალურად ჩამოყალიბებულია მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მიერ მიღებულ ეთიკურ მარეგულირებელ დეკლარაციებში. ამ ტიპის დოკუმენტებს მიეკუთვნება:

- მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის **ტოკიოს დეკლარაცია** - ექიმთა გაიდლაინები დაკავებულთა და პატიმართა წამებასთან და სხვა სასტიკ, არაადამიანურ და ღირსების შემლახველ მოპყრობასთან დაკავშირებით;
- მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის **ჰამბურგის დეკლარაცია** - იმ ექიმთა მხარდაჭერის შესახებ, რომლებიც უარს აცხადებენ მონაწილეობა მიიღონ ან შეურიგდნენ წამებისა ან სასტიკი არაადამიანური და ღირსების შემლახავი მოპყრობის სხვა ფორმების გამოყენებას;
- მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის **ჰელსინკის რეზოლუცია** - ექიმთა ვალდებულების შესახებ გამოავლინონ წამების ან სასტიკი არაადამიანური მოპყრობის, ღირსების შემლახველი და დასჯის ფაქტები, რომლებიც მათთვის ცნობილი გახდა.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა კითხვით მიმართა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს იმის შესახებ, აღირიცხება თუ არა ციხეში განხორციელებული ნებისმიერი ძალადობის ფაქტი და არსებობს თუ არა ყველა დაწესებულებაში დაზიანებათა აღრიცხვის ჟურნალი (საყოფაცხოვრებო ტრავმების ჟურნალი). სამინისტროს მიერ 2010 წლის 1 აპრილს გამოგზავნილი N01-3057 საპასუხო წერილით გვეცნობა, რომ „სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებაში შესვლისთანავე პატიმარს უტარდება პირველადი სამედიცინო შემოწმება. ექიმის მიერ პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმებასთან ერთად ხდება სხეულის ვიზუალური დათვალიერება, ფიზიკური ზემოქმედების – ტრავმების გამოვლენის მიზნით. ტრავმის არსებობის შემთხვევაში ხდება მისი დაფიქსირება სპეციალურ ჟურნალში და დაწესებულების ხელმძღვანელობის ინფორმირება აღნიშნულის შესახებ. დაწესებულებაში გამოვლენილი პატიმართა ყველა სახის ტრავმა ან თვითდაზიანება აღირიცხება სპეციალურ „საყოფაცხოვრებო ტრავმების ჟურნალში.““

მონიტორინგის დროს მოპოვებული ინფორმაციით დასტურდება, რომ ზემოთ აღნიშნული ინფორმაცია არ შეესაბამება რეალობას. დაზიანებათა ფაქტების უმრავლესობის არა თუ აღწერა, არამედ აღმოჩენაც კი არ ხდება. დაწესებულებათა დიდ ნაწილს ახლად შემოსულ პატიმართა დაზიანებების აღწერის ჟურნალი არ

გააჩნია. იმ დაწესებულებებში კი, რომლებშიც ამგვარი ჟურნალი იწარმოება, ჩანაწერები ბუნდოვანი და უმრავლეს შემთხვევაში, არაკვალიფიციურია, რაც წამების პრევენციის უმნიშვნელოვანესი სტანდარტების არარსებობაზე მიუთითებს. შესწავლის შედეგები მოცემულია ცხრილში:

№	დაწესებულება	ტრავმების ჟურნალი	ახლად შემოსული ჟურნალი	რეგისტრირ შემთხვევ რაოდენობა
1	რუსთავი №1	+	-	3
2	ქუთაისი №2	+	+	100
3	რუსთავი №2	+	-	155
4	თბილისი №3	+	-	12
5	ქალთა №5	+	+	35
6	რუსთავი №6	+	-	142
7	ქსანი №7	+	-	50
8	გეგუთი №8	+	+	16
9	ხონი №9	-	-	1
10	თბილისი №10	+	-	4
11	არასრულწლოვ	+	-	9
12	თბილისი №1	+	-	23
13	ბათუმი №3	+	+	26
14	ზუგდიდი №4	+	+	8
15	თბილისი №7	-	-	0
16	თბილისი №8	-	+	-*
17	ტუბზონა	-	-	-*
18	მკსდ	-	-	-*

როგორც ცხრილიდან ჩანს, თვრამეტიდან 5 დაწესებულებას არ აქვს ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალი. ეს დაწესებულებებია: ხონის №9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, თბილისის №7 საპყრობილე, თბილისის №8 საპყრობილე, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება და ტუბერკულოზით დააადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება. რაც შეეხება ახლად შემოსულ პატიმართა სამედიცინო დათვალერების ჟურნალს, აღნიშნული იწარმოება თვრამეტიდან მხოლოდ 5 დაწესებულებაში: ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულება, გეგუთის №8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, ასევე, ბათუმის №3 და ზუგდიდის №4 საპყრობილეები. აღსანიშნავია, რომ ამ ორ უკანასკნელ საპყრობილეში, ადგილზე მომხდარ დაზიანებათა და დაზიანებით შემოყვანილ პატიმართა აღრიცხვიანობა ხდება ერთსა და იმავე ჟურნალში, თუმცა ჩანაწერები გამიჯნულია სპეციალური მითითებით. თბილისის №8 საპყრობილეში ახლად შემოსულ პატიმართა სამედიცინო დათვალერების ჟურნალი არ წარმოგვიდგინეს. ახლად შემოსულთა აღწერის ჟურნალი გამართულად იწარმოება ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულებაში. გარდა იმისა, რომ ჩანაწერები შედარებით უფრო სრულყოფილი და სამედიცინო თვალსაზრისით კომპეტენტურია, აქ მოიპოვება ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც გამოსაკვლევი პირის კომენტარია დაფიქსირებული. გარდა ამისა, საპყრობილის მთავარი ექიმის ინიციატივით, ჟურნალში ცალკე გამოყოფილია

გრაფა - „არის თუ არა წამების მსხვერპლი“, რაც ერთადერთი პოზიტიური გამოწვევისაა საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებს შორის.

ჩვენს მიერ დაფიქსირებულ იქნა სხვადასხვა დაწესებულებაში არაერთი ფაქტი, როდესაც დაზიანებით შეყვანილი პატიმრის სამედიცინო დათვალიერება არ ხდება ან არ ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში. მაგალითად, 2009 წლის მეორე ნახევარში, ქუთაისის №2 დაწესებულების კარცერებში და სხვადასხვა საკნებში, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მონახულებულ იქნა არაერთი პატიმარი, რომლებსაც სხეულზე აღენიშნებოდათ დაზიანების საკმაოდ აშკარად გამოხატული ნიშნები. კარცერში მყოფ ერთ-ერთ პატიმარს ზურგზე აღენიშნებოდა ხელკეტის ნეგატიური გამოსახულება, რაც პირდაპირ მიუთითებს დამაზიანებელი იარაღის სახეობაზე³⁰. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული პატიმრის შესახებ ინფორმაცია დაწესებულების ტრავმების ჟურნალში არ იყო რეგისტრირებული. დაზიანების მქონე პატიმრების კატეგორიული მოთხოვნით, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ აღნიშნული დაზიანებების შესახებ ინფორმაცია კონფიდენციალურად იქნა შენახული. 2009 წლის პირველი ნახევრის მონიტორინგის დროს, მონიტორინგის ჯგუფის წევრების მიერ იმავე, ქუთაისის №2 დაწესებულებაში, მონახულებულ იქნა 12 არასრულწლოვანი, რომლებიც გახდნენ არასათანადო მოპყრობის და გამოხატული ფსიქო-ფიზიკური ზემოქმედების მსხვერპლნი საპყრობილის თანამშრომლების და სპეცდანიშნულების რაზმის მხრიდან. კიდევ სამი არასრულწლოვანი მონიტორინგამდე რამდენიმე ხნით ადრე გადაყვანილ იქნა თბილისში, ქალთა და არასრულწლოვანთა მე-5 დაწესებულებაში. მოზარდები გასინჯული იქნა ექიმთა მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ და დადგინდა მათი ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმები. მათ დიდ ნაწილს აღენიშნებოდა სხეულის ზოგადი დაჟეჟილობა. რამდენიმეს თავის ტვინის შერყევა და ქალა-ტვინის დაზარალებული ტრავმა. ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალის განცხადებით, მათთვის უცნობია ამგვარი დაზიანებების არსებობა, შესაბამისად არ მოუწოდებიათ არასრულწლოვნები და არც სამედიცინო დახმარება აღმოუჩენიათ ვინმესთვის. აქედან გამომდინარე, ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალში რაიმე სახის ჩანაწერი არ გაკეთებულა.

აღნიშნულისაგან განსხვავებით, ქსნის №7 დაწესებულებაში და ზუგდიდის №4 საპყრობილეში აშკარაა ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალის გაყალბების ფაქტები. ზუგდიდში ამ ჟურნალის წარმოება დაწყებულია 10 ივლისიდან და 5 ნოემბრის ჩათვლით რეგისტრირებულია სულ 17 შემთხვევა. ჩანაწერების ანალიზით გამოვლინდა, რომ არცერთ შემთხვევაში არ არის მითითებული, სად და რა ვითარებაში მიაღდა დაზიანება პაციენტს. არსად არის დაფიქსირებული პაციენტის გადმოცემით რა მოხდა ან სხვა სახის კომენტარი. რაც შეეხება დაზიანებათა ტიპებს, ექიმი აქაც შეუსაბამო და არაპროფესიულ აღწერას ახდენს. სამედიცინო ტერმინოლოგია თითქმის არ გამოიყენება, ხოლო გამოყენებული სიტყვები ბუნდოვანი, გაურკვეველი და არაფრისმთქმელია. ასევე არაზუსტად და არაპროფესიულად არის აღწერილი და მოხსენიებული ის ანატომიური მიდამოები, სადაც დაზიანება იყო ლოკალიზებული. ამ ჩანაწერების ანალიზის შედეგად ჩვენს მიერ მოხდა მსგავსი ხასიათის შესაძლებლობების დაჯგუფება, საიდანაც ირკვევა, რომ დაზიანებები ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია სახის მიდამოში. ჟურნალში

³⁰ სტამბოლის პროტოკოლი, მე-4 ხარისხის სანდოობა

ნუმერაცია დარღვეულია, უხვადაა გადასწორებული, გადაკეთებული შემთხვევები. ჩვენს მიერ ასევე დაფიქსირდა რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც ჩანაწერზე გადასმულია შტრიხი და ზედ გადაწერილია სხვა შინაარსის ჩანაწერი. ზუგდიდის დმი-ში, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ აღმოჩენილი პატიმრის შესახებ, რომელიც სავარაუდოდ არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლი გახდა, ზუგდიდის საპყრობილის შესაბამის ჟურნალში არაფერი იყო დაფიქსირებული, თუმცა შემდეგი ვიზიტის დროს, როდესაც აღნიშნულ ფაქტზე, სახალხო დამცველის მიმართვის შედეგად, უკვე დაწყებული იყო გამოძიება, აღმოჩნდა, რომ დაზიანებების აღწერა ჩამატებული იყო ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალშიც. ვხვდებით შემთხვევებს, როდესაც აპრილის ჩანაწერს მისდევს თებერვლის შემთხვევები, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ ჟურნალის გაყალბება ამ დაწესებულებაში მიღებული პრაქტიკაა. შემთხვევების გადასწორების, შტრიხით გადახაზვის და ჩამატების შემთხვევები ჩვენს მიერ დაფიქსირებულია, ასევე, ქსნის №7 დაწესებულების დაზიანებათა აღრიცხვის ჟურნალშიც.

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ ძალადობის ფაქტების აღრიცხვა ყველა დაწესებულებაში არ ხდება და ამ მიმართულებით განსხვავებული პრაქტიკა და მიდგომა არსებობს. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებათა უმრავლესობას დაზიანების აღრიცხვის ჟურნალი აქვს, მისი წარმოება ბევრგან მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებს. თითქმის არსად არ არის გამოქნული თვითდაზიანების, ურთიერთდაზიანების, საყოფაცხოვრებო ტრავმებისა და სხვა პირთა მიერ მიყენებული დაზიანებების შემთხვევები. განსხვავებულია ასევე ჟურნალის შენახვის წესი და პირობები. შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში, ასევე არ არის დაფიქსირებული იმ პირის კომენტარი, ვის მიმართაც კეთდება ჩანაწერი. ზოგიერთ დაწესებულებაში დაზიანებებს ცალკეული ოქმის სახით აღრიცხავენ და ამ ოქმებზე სამედიცინო პერსონალს შემდგომში ხელი აღარ მიუწვდება. დაზიანებათა ტიპებისა და ხასიათის შესახებ არცერთი ექიმი არ აწარმოებს სტატისტიკურ ინფორმაციას. საინტერესო პრაქტიკა (ტრავმების ჟურნალის ჩამოწერა) აღმოვაჩინეთ ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში. ადგილობრივი უფროსი ექიმის განმარტებით, „ასეთი ჟურნალი იყო, მაგრამ შიგ არაფერი ტარდებოდა, ცარიელია. მართლაც ჩვენ ასეთი რამე (დაზიანებები) არ გვინახავს“. ოდნავ მოგვიანებით გაირკვა, რომ ვინაიდან ჟურნალი იყო ცარიელი და მასში არაფერი ტარდებოდა, იგი მართლაც „გადაეცა კანცელარიას და იქ ინახება“. მონიტორინგის ბოლოსთვის ჩვენმა ჯგუფმა მიმართა კანცელარიას მოთხოვნით, რომ წარმოედგინათ ე.წ. დაზიანებების ჟურნალი. ხანგრძლივი ძებნის შემდეგ წარმოგვიდგინეს სტანდარტული ფორმით დახაზული საკანცელარიო დავთარი, რომლის გვერდებიც დანომრილია და ზონარგაყრილია. ჟურნალი გახსნილია 2007 წელს. ჩანაწერი ამ წელს არ არის გაკეთებული; 2008 წლის ბოლოს გაკეთებულია ჩანაწერი, რომ გაუგრძელდეს ვადა 2008 წლისათვის. 2008 წელსაც არცერთი შემთხვევა არ არის გატარებული. საბოლოოდ კი, როგორც ჩანს, მიღებულია გადაწყვეტილება ჟურნალის ხმარებიდან ამოღების და მისი კანცელარიისათვის გადაცემის შესახებ. ძალზედ მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ დაზიანების ჟურნალი არ იწარმოება თბილისის N8 საპყრობილეში. ამგვარი ინფორმაციის მოწოდებისაგან ადმინისტრაციამ არაერთხელ შეიკავა თავი.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის საწინააღმდეგო კომიტეტის (CPT) მე – 3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, სამედიცინო

პერსონალს პენიტენციურ სისტემაში შეუძლია, მონაწილეობა მიიღოს პატიმართა მიმართ ძალადობის გამოყენების პროფილაქტიკაში ტრავმებისა და დაზიანებების სისტემატური რეგისტრაციის გზით და აუცილებელ შემთხვევაში, ზოგადი ინფორმაციის გადაცემით შესაბამის ინსტანციებში. ასევე შესაძლებელია, მხოლოდ, როგორც წესი, პატიმრის თანხმობის შემთხვევაში, კონკრეტული შემთხვევებზე ინფორმაციის გადაცემა. დაზიანების ნებისმიერი ნიშნები ციხეში შესვლისთანავე დაწვრილებით უნდა იქნას რეგისტრირებული, ისევე როგორც ნებისმიერი, ამ გარემოებასთან დაკავშირებული პატიმრის განცხადება და ექიმის დასკვნა. შემდეგში პატიმრისათვის ეს ინფორმაცია ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. ამგვარივე მიდგომა უნდა ხორციელდებოდეს პატიმრის მიმართ, რომელზეც იყო განხორციელებული ძალადობა ციხის ტერიტორიაზე, ყოველი სამედიცინო გასინჯვისას, ანდა პატიმრის დაბრუნებისას კვლავ ციხეში მას შემდეგ, რაც იგი იმყოფებოდა პოლიციის ნაწილში გამოძიებისათვის. სამედიცინო მუშაკები პერიოდულად უნდა ადგენდნენ სტატისტიკურ ანგარიშებს ტრავმათა და დაზიანებათა შესახებ და აწვდიდნენ ამგვარ ანგარიშებს ციხის ადმინისტრაციას, იუსტიციის სამინისტროს.

ჩვენი მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ დარღვეულია წამებისა და ძალადობის, არაჰუმანური მოპყრობის პრევენციის სტანდარტები: კერძოდ, დოკუმენტირებისას არ გამოიყენება “სტამბოლის პროტოკოლის” პრინციპები, რაც საქართველოს წამების საწინააღმდეგო გეგმის თანახმად, აუცილებელი უნდა იყოს; დაზიანებათა რეგისტრაციის ჟურნალის მიხედვით, ხშირ შემთხვევაში, გაურკვეველია თუ ვინ, სად, რატომ, ვის მიერ, რა გარემოებაში მიიღო დაზიანება, რა შედეგები მოჰყვა ამ დაზიანებას, ასევე არ არის სათანადო დასკვნები ამ დაზიანებათა შესახებ. ხშირ შემთხვევაში გაურკვეველია, არის ეს დაზიანება მოყვანამდე მიღებული თუ საპატიმროში, არის თვითდაზიანება თუ სხვის მიერ მიყენებული; მედპერსონალს არ აქვს წარმოდგენა, თუ რას ნიშნავს ტერმინი “თვითდაზიანება”, ხშირ შემთხვევაში, აქ გულისხმობენ იმ დაზიანებასაც, რომელიც პატიმარმა სხვისი დახმარების გარეშე, თუმცა ტრავმის შედეგად მიიღო.

უკანონო საექიმო საქმიანობა

ჩვენს მიერ უკვე აღინიშნა, რომ საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს გამოვლინდა მთელი რიგი ხარვეზები და დარღვევები სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების მიმართულებით. ზოგიერთ შემთხვევაში კი დოკუმენტაცია და საჭირო ფორმები საერთოდ არ იწარმოება. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის ჯგუფის ყურადღების მიღმა არ დარჩენილა ის დარღვევები, რომლებიც პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სამსახურებში ხდება. უპირველეს ყოვლისა, საუბარია უკანონო სამედიცინო საქმიანობაზე, უკანონო საექიმო საქმიანობაზე და უკანონო ფარმაცევტულ საქმიანობაზე. ჩვენს მიერ წინა თავებში უკვე აღინიშნა, რომ სამედიცინო ნაწილებში, ზოგიერთი სამედიცინო (განსაკუთრებით ქირურგიული პროფილის) მანიპულაციების ჩატარების დროს არ მოიპოვებენ პაციენტისაგან ინფორმირებულ თანხმობას. გარდა ამისა, ხშირად ქირურგიული დახმარება

ტარდება იმ სპეციალობის ექიმის მიერ, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით ამის უფლება არ აქვს.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 154-ე მუხლის შესაბამისად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს ეკრძალება დამოუკიდებელი საექიმო და ფარმაცევტული საქმიანობის უფლება სპეციალისტის სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე; „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-7 მუხლის შესაბამისად კი, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება აქვს **მხოლოდ სახელმწიფო სერტიფიკატში აღნიშნული სპეციალობით**“. საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის მუხლი 44²-ის მიხედვით, სამედიცინო/საექიმო საქმიანობა სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე განისაზღვრება, როგორც უკანონო საექიმო საქმიანობა და დასჯადი ქმედებაა. აღნიშნული საკითხი უნდა გახდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს სპეციალური ინტერესის საგანი.

უკანონო საექიმო საქმიანობის შემთხვევები ჩვენს მიერ დაფიქსირდა შემდეგ დაწესებულებებში:

- რუსთავის N2 საერთო მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- ქსნის N7 საერთო მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- ზუგდიდის N4 საპრობილე.

თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, მიუხედავად იმისა, რომ უკანონო საექიმო საქმიანობის ამსახველი ჩანაწერი რომელიმე დოკუმენტში ვერ ვნახეთ, ადგილობრივი მთავარი ექიმი აცხადებს, რომ ისინი აწარმოებენ მცირე ქირურგიულ მანიპულაციებს. აღნიშნული იმ ფონზე ხდება, როდესაც დაწესებულებაში არ მუშაობს ექიმი ქირურგი და არც გარედან მოუწვევიათ ამ სპეციალობის ექიმი. ანალოგიური განცხადებები, ქირურგიული მანიპულაციების ჩატარების შესახებ, გააკეთეს რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების, ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების, თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების, არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულების, თბილისის N1, ბათუმის N3 საპრობილეების და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების მთავარმა ექიმებმა და ექიმებმა.

ჩვენს შეკითხვაზე, თუ რატომ აწარმოებს სპეციალობით თერაპევტი ქირურგიულ ოპერაციებს, ზუგდიდის N4 საპრობილის მთავარმა ექიმმა განგვიცხადა, „როცა ვიცით, რომ არ გართულდება, ვაკეთებთ, ოღონდ საველე პირობებში“.

თბილისის N8 საპყრობილეში სამედიცინო ინფორმაციის ამსახველი დოკუმენტაცია არ წარმოგვიდგინეს, რის გამოც აღნიშნული ფაქტების დამადასტურებელი ჩანაწერების მოძიება ვერ მოხერხდა. აღნიშნულ დაწესებულებაში დასაქმებულია ე.წ. „ზოგადი პროფილის ექიმი მკურნალი“, რომელიც ახორციელებს საექიმო საქმიანობას სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე, რაც თავისთავად წარმოადგენს უკანონო საექიმო საქმიანობის მაგალითს.

ქსნის N7 დაწესებულების დაზიანების ჟურნალში არსებული ჩანაწერების მიხედვით, ზოგიერთ შემთხვევაში, ადგილზე წარმოებს ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება და როგორც ჟურნალშია მითითებული „მაფნაკერების დადება“. 2009 წლის სექტემბრიდან საანგარიშო პერიოდის ბოლომდე ჩვენს მიერ ჟურნალში ნანახია 15-მდე ჩანაწერი, რომელთა მიხედვით, ჩატარებულია ქირურგიული ოპერაცია და ჩანაწერს ხელს აწერენ ექიმები, რომელთა ნებადართული საექიმო სპეციალობაა „შინაგანი მედიცინა“.

ანალოგიური მდგომარეობაა რუსთავის N2 დაწესებულებაში. რაც შეეხება ზუგდიდის N4 საპყრობილეს, ჩვენს მიერ ნანახი იქნა ე.წ. „დაზიანებით შემოყვანილ პატიმართა და საპყრობილეში მომხდარი ტრავმების სააღრიცხვო ჟურნალი“. ჟურნალში უხვადაა ფაქტები, როდესაც „პატიმარს დაედო ნაკერები, ჭრილობა დამუშავდა ქირურგიულად“ და ა.შ.

ცალკე უნდა გამოიყოს ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშნისა და მოხმარების საკითხები საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში.

„ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული ნარკოტიკული საშუალებები, ფსიქოტროპული ნივთიერებები და პრეკურსორები შეტანილია საქართველოში სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა და პრეკურსორების სიებში. სიებს გაეროს კონვენციების მოთხოვნათა, ასევე ადგილობრივი ნარკოლოგიური და კრიმინალური სიტუაციის გათვალისწინებით, შეიმუშავენ და მათში ცვლილებების შეტანის შესახებ წინადადებებს ამზადებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროსთან შეთანხმებით დასამტკიცებლად წარუდგენს საქართველოს პარლამენტს. აღნიშნულ ნივთიერებებზე სახელმწიფოს მკაცრი კონტროლი განპირობებულია იმით, რომ მათი მოხმარება ექიმის დანიშნულების გარეშე საფრთხეს უქმნის ადამიანის ჯანმრთელობას ან/და ართულებს ქვეყანაში შექმნილ ნარკოვითარებას. კანონის მიხედვით, ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების გაცემა, შეძენა, გამოყენება, შემოტანა, გატანა ექვემდებარება ლიცენზირებას. აღნიშნულთან დაკავშირებულ საქმიანობაზე ლიცენზიას გასცემს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ლიცენზიის გაცემისას მოთხოვნილ უნდა იქნეს სერტიფიკატი შენობა-ნაგებობისა და სათავსოს გამოყენებაზე და ლიცენზიის მაძიებელი პასუხისმგებელი პირის პროფესიული მომზადების დამადასტურებელი დოკუმენტი. კანონით ასევე დადგენილია, რომ სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების შენახვის უფლება აქვს

შესაბამისი ლიცენზიის მფლობელ იურიდიულ პირს. ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების გაცემის უფლება აქვს შესაბამისი ლიცენზიის მფლობელ იურიდიულ პირს – აღნიშნულ საქმიანობაზე შესაბამისი ლიცენზიის მქონე იურიდიულ პირზე, აგრეთვე, ფიზიკურ პირზე სათანადო დანიშნულებით, რეცეპტის საფუძველზე. ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების რეცეპტის გამოწერა ნებადართულია მხოლოდ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ დამტკიცებულ სპეციალურ ბლანკზე. შესაბამისი სერტიფიკატის მფლობელ ექიმს უფლება აქვს, სპეციალურ ბლანკზე გამოწეროს III და IV სიებში მითითებული, საქართველოში რეგისტრირებული სამკურნალო საშუალებების რეცეპტი. მიუხედავად იმისა, რომ სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამედიცინო ნაწილებს არანაირი ლიცენზია არ გააჩნიათ ამგვარი ნივთიერებების გამოყენებაზე, ასევე მათ უდიდეს ნაწილში არ მუშაობს ისეთი ექიმი, რომელიც უფლებამოსილია, გამოწეროს ასეთი რეცეპტი, ფსიქოტროპული ნივთიერებების მოხმარება ყოველგვარი კონტროლისა გარეშე ხდება. ფსიქოტროპული ნივთიერებების მოხმარების მაჩვენებლები განსაკუთრებით მაღალია ქსნის N7 დაწესებულებაში, სადაც პაციენტი წამალს იღებს ხშირად ყოველგვარი დანიშნულების ან შესაბამისი ექიმის კონტროლის გარეშე. აღნიშნულს მივყავართ პაციენტთა ჯანმრთელობის (განსაკუთრებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის) პრობლემის გამწვავებამდე, რაც უკვე საგანგაშო მასშტაბებს იღებს. ქსნის დაწესებულებიდან სხვა დაწესებულებაში გადაყვანილი მსჯავრდებული, რომელიც უცებ წყვეტს ამგვარი პრეპარატების მიღებას, აწყობს ექსცესებს ან იყენებს თვითდაზიანებებს. ამის არაერთი მაგალითი იქნა დაფიქსირებული მონიტორინგის ჯგუფის მიერ.

საინტერესოა ზოგიერთ საპყრობილეში არსებული პრაქტიკა: მაგალითად, თბილისის N1 საპყრობილეში რეგისტრირებულია 12 პირი, რომლებსაც დანიშნული აქვთ საძილე საშუალებები. ადგილობრივმა ექიმმა წარმოგვიდგინა დოკუმენტი, რომლის მიხედვითაც ირკვევა, რომ 2009 წლის 14 ივლისს დაწესებულებაში იმყოფებოდა კომისია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან. კომისიის შემადგენლობაში იყვნენ ექიმი ფსიქიატრი და ექიმი ნევროპათოლოგი. კომისიამ განიხილა 17 მსჯავრდებულის საკითხი, ჩაუტარეს კონსულტაცია. ამათგან 12 პაციენტს დაუტოვეს მკაცრი აღრიცხვის პრეპარატები, ხოლო 5 მათგანს მოუხსნეს. ზემოთ აღნიშნულ ექიმთა ხელმოწერილი დოკუმენტიდან ირკვევა, რომ 12 მსჯავრდებულს დაენიშნა შემდეგი პრეპარატები:

- ციკლოდოლი
- ჰალოპერიდოლი
- ოპტიმალი
- იმოვანი
- ზოლომაქსი
- აზალეპტინი
- სედამექსი
- სომნოლი.

როგორც ირკვევა, ციკლოდოლი, ჰალოპერიდოლი, აზალეპტინი და სედამექსი შემოაქვთ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან, ხოლო

დანარჩენი პრეპარატები მოაქვთ პაციმრის ოჯახებს, ფაქტურით. შემოსასვლელში დატოვებულია მათი გვარები და წამლის შემოგზავნის მხრივ არ იქმნება პრობლემა. 2009 წლის მეორე ნახევარში განხორციელებული მონიტორინგის დროს განგვიმარტეს, რომ ასეთი კომისია წლის განმავლობაში კიდევ ორჯერ იმყოფებოდა საპრობლემო. აღსანიშნავია, რომ ასეთი პრეპარატების დანიშნვისას პაციენტზე აუცილებელია მონიტორინგის დაწესება. გადამწყვეტი მნიშვნელობა თერაპიული ეფექტის მისაღწევად აქვს ზუსტ დოზირებას და მკურნალობის ხანგრძლივობას. ასეთი პერიოდულობით მოსული ექიმი კი, რა თქმა უნდა, ამ პარამეტრებს ვერ გააკონტროლებს.

ქსნის N7 დაწესებულებაში აწარმოებენ სპეციალურ ჟურნალს, რომლის მიხედვითაც ირკვევა, რომ დაწესებულებაში მყოფ მსჯავრდებულებს დანიშნული აქვთ: რელადორმი, სომნოლი, დიაზეპამი, ზოლომაქსი, ვალიუმი, იმოვანი, ოპტიმალი, ციკლოდოლი, ფენობარბიტალი, აზალეპტინი, ჰალოპერიდოლი, სედარექსი, ფენაზეპამი, ამიტრიპტილინი, ტრიფტაზინი, დეპაკოტი და სხვა. რა დოზით, ვის მიერ, რა ხანგრძლივობით ან რა მიზნით, ჟურნალიდან არ ირკვევა. აღნიშნულის გამო მიგვაჩნია, რომ ასეთი ქმედებები წარმოადგენს სამედიცინო საქმიანობაში არსებულ უხეშ ხარვეზებს, რაც რეგულირებას საჭიროებს.

ჩვენს მიერ ასევე დაფიქსირდა ისეთი ფაქტები (მაგალითად, რუსთავის დაწესებულებებში), როდესაც ფსიქოტროპული საშუალებების დარიგებას ახდენს სასჯელაღსრულების დაწესებულების ადმინისტრაცია. ამ შემთხვევაშიც აბსოლუტურად გაუგებარია, რა პრინციპით ან რომელი კომპეტენციით განსაზღვრავს დაწესებულების ხელმძღვანელი ასეთი პრეპარატების განაწილების საკითხებს. ასეთ პრეპარატთა გამოყენების აღრიცხვა პრაქტიკულად არ ხდება გამონაკლისი შემთხვევების გარდა.

აღნიშნული ფაქტების, ასევე პაციენტთა მკურნალობის ხარისხის შეფასების მიზნით, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა არაერთხელ მიმართა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს. რეგულირების სააგენტო სწავლობს სახალხო დამცველის წერილებში მოყვანილ ფაქტებს, განიხილავს არსებულ სამედიცინო დოკუმენტაციას და კომპეტენციის ფარგლებში ახდენს რეაგირებას. სააგენტოდან მოსულ შუალედურ წერილებში ხშირად აღნიშნულია, რომ სააგენტო წერილობით მიმართავს მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულების მთავარ ექიმს, რათა განიხილოს შემოწმების აქტში გამოვლენილი დარღვევა-ნაკლოვანებები და გაატაროს ქმედითი ღონისძიებები მათ აღმოსაფხვრელად, ხოლო გატარებული ღონისძიებების შესახებ, გარკვეულ ვადაში, აცნობოს სააგენტოს. რაც შეეხება საპასუხო ინფორმაციას გატარებული ღონისძიებების შესახებ, წერილების შინაარსი თითქმის სტანდარტული ფორმისაა. მოგვყავს ერთ-ერთი მაგალითი, როდესაც მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულების მთავარმა ექიმმა წერილობით აცნობა სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს, რომ მან განიხილა სააგენტოს მიერ გაგზავნილი შემოწმების აქტი და „მომავალში გამოვლენილი ხარვეზების თავიდან აცილების მიზნით“, შესაბამისი წინადადებით მიმართა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა

სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს, ბატონ დავით ასათიანს, მასვე გადაეგზავნა სააგენტოს წერილი და შემოწმების აქტის ქსეროასლი შემდგომი რეაგირებებისათვის. რაც შეეხება „შესაბამის წინადადებებს“ და სამედიცინო დეპარტამენტის მხრიდან რეაგირებას, აღნიშნული არ ჩანს და სავარაუდოდ, არც გატარებულა. სააგენტოს მიერ გადაგზავნილ აქტზე განსხვავებულად (ამ შემთხვევაში – ადეკვატურად) რეაგირებენ სამოქალაქო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებები. მაგალითად, ერთ-ერთ შემთხვევაში, დაწესებულების უფროსი ატყობინებს სააგენტოს, რომ დაშვებული სადიაგნოსტიკო შეცდომების გამო ექიმს გამოეცხადა საყვედური, სამსახურებრივი მოვალეობის არაჯეროვნად შესრულების გამო, რაც გამოიხატება სამედიცინო დოკუმენტაციის ხარვეზებით წარმოებაში და გამოკვლევის შედეგების არასრულყოფილად ასახვაში, მისდამი რწმუნებული სტრუქტურული ქვედანაყოფის თანამშრომლის მიერ სამედიცინო დოკუმენტაციის სრულყოფილად წარმოებაზე სათანადო კონტროლის განუხორციელებლობაში, ექიმებს, მათ შორის, განყოფილების გამგეებს, გამოეცხადათ საყვედურები. როგორც ჩანს, სახეზეა სამედიცინო დაწესებულებების განსხვავებული პასუხისმგებლობის საკითხები, რასაც, სამწუხაროდ, პენიტენციურ სისტემაში თითქმის არ ვხვდებით.

სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტომ ასევე შეისწავლა საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატიდან გაგზავნილი რამდენიმე წერილი (დანართებით). სააგენტოდან მიღებული შუალედური და საბოლოო დასკვნების მიხედვით ცნობილი ხდება, რომ არსებობს მთელი რიგი დარღვევები და ნაკლოვანებები. პაციენტ ნ.ც. – ის მიმართ გაწეული სამედიცინო დახმარების საკითხის შესაბამისად, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტომ გვაცნობა (წერილი Nრს-017/32-4172. 17.11.2010) რომ, „სააგენტოს მიერ საკითხის შესწავლით გამოვლენილი დარღვევა-ნაკლოვანებების თაობაზე და მათზე რეაგირებისთვის, ეცნობა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს“. სამწუხაროდ უცნობია თუ რა რეაგირებას ახდენს სამედიცინო დეპარტამენტი გამოვლენილ ფაქტებზე.

სააგენტოს მიერ პატიმარ ნ.მ. –სათვის მიწოდებული ჯანმრთელობის მომსახურების შესწავლის შედეგად გამოიკვეთა შემდეგი დარღვევა-ნაკლოვანებები:

- კარდიოლოგის კონსულტაციის შესახებ ჩანაწერი გააკეთა ექიმმა, რომელიც სერტიფიცირებულია საექიმო საქმიანობაში „ტრავმატოლოგია-ორთოპედია“;
- უმცროს ექიმს არ აქვს სერტიფიკატი არცერთ საექიმო სპეციალობაში;

სამართალდარღვევის ზემოაღნიშნულ ფაქტებზე ვერ შედგა ადმინისტრაციული სამართალდარღვევის ოქმები საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 38-ე მუხლით გათვალისწინებული, ადმინისტრაციული სახდელის დადების 2 თვიანი ხანდაზმულობის ვადის გასვლის გამო (წერილი Nრს.017/32-1249 10.05.2010). აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფობის ისტორიაში დაფიქსირებულია 2 ექიმის კონსულტაცია (როგორც ჩანაწერიდან ირკვევა, ტრავმატოლოგის და ნეიროქირურგის), რომელთა იდენტიფიცირება ვერ მოხერხდა. მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების მედპერსონალის ახსნა-განმარტებით, აღნიშნული ექიმების ვინაობა მათთვის

უცნობია. სააგენტოს უფროსი ასევე იტყობინება, რომ აღნიშნული საკითხი პროფესიული განვითარების წინაშე განსახილველად არ გადაგზავნილა.

საქართველოს სახალხო დამცველს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოდან ასევე ეცნობა (წერილი Nრს-017/18-2946 10.08.2010), რომ პროფესიული განვითარების საბჭოზე, საკითხის განხილვის შედეგად, რომელიც მსჯავრდებული პაციენტის კ.ბ.-ს მკურნალობის ხარისხის საკითხს შეეხებოდა, მიღებულ იქნა გადაწყვეტილებები, რომელთა შესაბამისად:

- გეგუთის N8 ს/მ რეჟიმის დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის ექიმ-ონკოლოგს 4 თვის ვადით შეუჩერდა სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედება სპეციალობაში „ონკოლოგია“;
- სად-ის მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ექიმებს სპეციალობაში „ოტორინოლარინგოლოგია“ და „ზოგადი ქირურგია“ 1 თვის ვადით შეუჩერდათ სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედება. რამდენიმე სხვა ექიმს მიეცა „წერილობითი გაფრთხილება“;
- სად-ის მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ექიმებს მიეცათ „წერილობითი გაფრთხილება“;
- სად-ის მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ექიმებს 3 თვის და 1 თვის ვადით შეუჩერდათ სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედება სპეციალობაში „ფსიქიატრია“. მესამე ექიმს მიეცა „წერილობითი გაფრთხილება“.

გარდაცვლილი მსჯავრდებულის ი.თ.-სადმი პენიტენციურ სისტემაში აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარების ხარისხის შეფასების შემდეგ, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტომ გვაცნობა (წერილი Nრს.017/32-3635 15.10.2010) რომ: „დაისვა საკითხი პროფესიული განვითარების საბჭოს წინაშე, საქართველოს კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ 74-ე და 75-ე მუხლის შესაბამისად, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ონკოლოგ გიორგი ლომიძის პროფესიული პასუხისმგებლობის თაობაზე“. დაისვა საკითხი სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსის, დ. ასათიანის წინაშე: განიხილოს მსჯავრდებულ ი.თ.-სათვის გაწეული სამედიცინო დახმარების შესწავლისას გამოვლენილი დარღვევა-ნაკლოვანებები და ტენდენციები და გაატაროს ქმედითი ღონისძიებები მათ აღმოსაფხვრელად; გატარებული ღონისძიებების თაობაზე წერილობით აცნობოს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს“.

სამწუხაროდ რეაგირების ზემოთ მოყვანილ მაგალითებს ტრადიციულად ამგვარი ფორმა აქვს და მათი გამოყენება ცხადია არასაკმარისი და არაეფექტურია. მიუხედავად ამისა, აშკარად იკვეთება, რომ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ პენიტენციური სისტემის სამედიცინო საკითხების შესწავლა სულ უფრო და უფრო მზარდ მასშტაბებს იძენს, რაც თავის მხრივ მისასალმებელი ფაქტია.

კონფიდენციალურობა და საექიმო საიდუმლო

ევროსაბჭოს კონვენცია „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“³¹, კერძოდ, მისი III თავი, არეგულირებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და ინფორმაციის მიღების უფლებას. კონვენციის მე-10 მუხლის მიხედვით, „ყველას აქვს პირადი ცხოვრების პატივისცემის უფლება, საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციასთან მიმართებაში; ყველას აქვს უფლება, მიიღოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია“.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად, სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო ეს არის „ექიმის და სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ პროფესიული საქმიანობის პროცესში პაციენტის ფიზიკური, ფსიქიკური მდგომარეობის, მისი საზოგადოებრივი ან სამსახურებრივი საქმიანობის, ოჯახური ან პირადი ცხოვრების შესახებ მიღებული ინფორმაცია; მოიცავს ექიმისათვის მიმართვის ფაქტსაც, აგრეთვე, სიკვდილის გარემოებებს“. იმავე კანონის 42-ე მუხლის შესაბამისად, მედიცინის მუშაკი და სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელი მოვალეა, დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო. კანონის 152-ე მუხლის მიხედვით, გარდაცვლილის პირის სამედიცინო დოკუმენტაცია ასევე წარმოადგენს საექიმო საიდუმლოს.

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 48-ე მუხლის შესაბამისად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია, დაიცვას პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პირადი ცხოვრების შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალობა როგორც საექიმო საქმიანობის განხორციელებისას, ისე მისი შეწყვეტის შემდეგ, როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ. ექიმს მხოლოდ კანონმდებლობით დადგენილ შემთხვევებში აქვს უფლება, გაამჟღავნოს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პირადი ცხოვრების შესახებ კონფიდენციალური ინფორმაცია: როდესაც პაციენტი აძლევს ინფორმაციის გამჟღავნების უფლებას, ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს, ინფორმაცია მიეწოდება სამედიცინო მომსახურების მონაწილე სხვა სამედიცინო პერსონალს და ა.შ.

პირადი ცხოვრების კონფიდენციალობა და ხელშეუხებლობა დაცულია ასევე საქართველოს კანონით „პაციენტის უფლებების შესახებ“. კანონის 27-ე მუხლის შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების გამწევი ვალდებულია, პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ. 30-ე მუხლის შესაბამისად კი „სამედიცინო მომსახურების გაწევისას დასაშვებია მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას“.

³¹ რატიფიცირებულია საქართველოს პალატის 2000 წლის 27 სექტემბრის N 507 - I ს დადგენილებით

საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს გამოიკვეთა, რომ აღნიშნული უფლება უხეშად არის დარღვეული. მონიტორინგის ჩატარების დროს შესწავლილ იქნა სამედიცინო მომსახურების მიწოდების დროს პაციენტის თანხმობის, კონფიდენციალურობისა და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის საკითხები. აღნიშნული პრინციპები ძალზედ მნიშვნელოვანია და პირდაპირ მიუთითებს იმაზე, თუ რამდენადაა დაცული პაციენტის უფლება ჯანმრთელობაზე, ჩვენს შემთხვევაში – პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში.

ჩვენს მიერ, უპირველეს ყოვლისა, ყურადღება გამახვილდა იმ საკითხზე, თუ სად უტარდება სამედიცინო გამოკვლევა/გასინჯვა ან სხეულის დათვალიერება პატიმრებს შემოსვლისას, ამბულატორულად და ასევე საჭიროების (სასწრაფო/გადაუდებელ) შემთხვევებში .

როგორც ირკვევა, ექიმი ახალმოყვანილ პატიმარს არ ნახულობს პირისპირ. აღნიშნულ პროცედურას ესწრება ციხის სხვა პერსონალი, ხშირად მომყვანი პირი და ზოგჯერ სხვა პატიმრებიც. შესაბამისად, პირველადი სამედიცინო შემოწმება მიმდინარეობს ყველა საერთაშორისო და ეროვნული სტანდარტის დარღვევით, დარღვეულია კონფიდენციალურობა როგორც გასაუბრების, ასევე ხილვადობის თვალსაზრისით. ამავდროულად, პატიმრის შემოწმების ოქმს ექიმთან ერთად ადგენს და ხელს აწერს მომყვანი ბადრაგის წარმომადგენელი და მიმღები დაწესებულების არასამედიცინო პერსონალი, ეგრეთ წოდებული ოპერატიული მორიგე ინსპექტორი. აქედან გამომდინარე, წამების პრევენციის სტანდარტები დაწესებულებების მიმღებ ნაწილში უხეშად არის დარღვეული როგორც სამედიცინო შემოწმების კონფიდენციალურობის თვალსაზრისით, ასევე სამედიცინო შემოწმების მიზნობრიობის გათვალისწინებით. პატიმართა სამედიცინო შემოწმება უნდა მიმდინარეობდეს არასამედიცინო პირების მხრიდან სმენადობისა და ხილვადობის ფარგლებს მიღმა, თუკი უსაფრთხოების გამო ხილვადობას არ ითხოვს ექიმი³².

ახლად შემოსულ პატიმართა სამედიცინო შემოწმების შედეგების ამსახველი ჟურნალი ვერ წარმოგვიდგინეს შემდეგ დაწესებულებებში:

- რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- რუსთავის N2 საერთო მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- თბილისის N1 საპრობილე;

³² ამ საკითხზე საუბარი იყო CPT-ის ანგარიშში საქართველოს მთავრობას, 2001 წ. პარ.

- ზუგდიდის N4 საპრობილე;
- თბილისის N7 საპრობილე;
- თბილისის N8 საპრობილე;
- მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება;
- ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება.

რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში არ არის კარანტინი. ახლად შემოსული პატიმრის სამედიცინო დათვალიერება ხდება ოპერატიული მორიგის ოთახში, რომელსაც ესწრება კორპუსის მორიგე; რუსთავის N2 დაწესებულებაში ახლად შემოსული პატიმრის შემოწმება ხდება საბადრაგო მანქანიდან გადმოსვლის ადგილას, ფაქტობრივად ეზოში, რომელსაც ესწრება საპრობილის ყველა თანამშრომელი, რომელიც ადგილზე იმყოფება. ექიმის ადგილზე მისვლა ფორმალურ ხასიათს ატარებს და სამედიცინო შემოწმება პრაქტიკულად არ ტარდება. თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ახლად შემოსულ პატიმართა სამედიცინო შემოწმება ტარდება სამორიგეოში, იქ მყოფი დაწესებულების ყველა თანამშრომლის თანდასწრებით. რუსთავის N6 დაწესებულებაში პატიმრების პირველი კონტაქტი ექიმთან წარმოებს კარანტინში შესვლისთანავე. სამედიცინო შემოწმებას ესწრება ოპერატიული მორიგე. ექიმი აღნიშნავს, რომ ზოგჯერ იგი მიმართავს მორიგეს გავიდეს ოთახიდან, თუმცა დაწესებულების თანამშრომელი ამგვარ მითითებას არ ასრულებს და ოთახიდან არ გადის. ქსნის N7 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში განგვიცხადეს, რომ ახლად მიღებულ პატიმართა შემოწმება ექიმის მიერ ყოველთვის ვერ ხერხდება, ასეთის ჩატარებისას კი კონფიდენციალური გარემო შექმნილი არ არის. ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ახლად შემოსულ მსჯავრდებულთა ექიმთან პირველი კონტაქტი ხდება კარცერის ეზოში. შემოწმებას ესწრება უსაფრთხოების სამსახურის წარმომადგენელი. თბილისის N10 დაწესებულებაში ახლად შემოსულ მსჯავრდებულთა შემოწმება ფორმალურ ხასიათს ატარებს. თბილისის N1 საპრობილეში ახლად შემოსულ მსჯავრდებულთა შემოწმებას ექიმი ახდენს კარანტინის ოთახში. სამედიცინო შემოწმებას ესწრება მორიგე ოფიცერი, რეჟიმისა და უსაფრთხოების სამსახურების წარმომადგენლები. იმ შემთხვევაში, თუ მსჯავრდებულს დაზიანება აღენიშნება, ყველა ეს თანამშრომელი ექიმთან ერთად ადგენს ოქმს, სადაც ფიქსირდება ინფორმაცია დაზიანების შესახებ. ამ დაწესებულებაშიც კონფიდენციალურობის დაცვა შეუძლებელია. ახლად შემოსული პატიმარი ექიმის მიერ მისაღებში მოწმდება ბათუმის N3 საპრობილეში. ექიმი გადადის და საპრობილის თანამშრომლებთან ერთად, არაკონფიდენციალურ გარემოში ახდენს დაკავებული პირის სამედიცინო შემოწმებას. დაზიანების შემთხვევაში დგება სათანადო ოქმი. ზუგდიდის N4 საპრობილეში განგვიცხადეს, რომ ახლად შემოსული პატიმარი მოწმდება ე.წ. „ჩხრეკის ოთახში“, რასაც ესწრება ყველა ის თანამშრომელი, რომელიც ცვლაში იმყოფება. თბილისის N7 საპრობილეში ახლად შემოსული პატიმრის შემოწმება ხდება მისაღებში, ყველას თვალწინ. თბილისის N8 საპრობილეში ყველა ახლად შემოსული პატიმარი რჩება კარანტინში, სადაც ხდება სამედიცინო შემოწმება. დაზიანების არსებობის შემთხვევაში ადგენენ შესაბამის ოქმს, რომელსაც ექიმის გარდა საპრობილის სხვა თანამშრომლებიც

აწერენ ხელს. ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში მსჯავრდებულის შეყვანისას ექიმი ჩადის მიმღებში და იქ ახდენს პატიმრის შემოწმებას. შემოწმებას ესწრება ოფიცერი და კონტროლიორი. ასეთ პირობებში კონფიდენციალური გარემოს შექმნა პრაქტიკულად შეუძლებელია.

რაც შეეხება პატიმრის, როგორც პაციენტის კონტაქტს ექიმთან სტაციონარული ან ამბულატორული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას, უნდა აღინიშნოს, რომ ეს პროცესიც ძალიან ხშირად არაკონფიდენციალურ გარემოში მიმდინარეობს. ექიმ-პაციენტის ურთიერთობას ციხის სხვადასხვა რანგის არასამედიცინო პროფილის თანამშრომლები ესწრებიან: ქუთაისის N2, რუსთავის N2, თბილისის N3, ქსნის N7, თბილისის N10 დაწესებულებებში, არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში, ასევე თბილისის N1, ბათუმის N3, ზუგდიდის N4, თბილისის N7 და N8 საპრობილებში. სამედიცინო მომსახურება პრაქტიკულად არასამედიცინო პერსონალის თვალწინ მიმდინარეობს ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაშიც. ზემოთ ჩამოთვლილ დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურებას ციხის თანამშრომლები ესწრებიან როგორც მხედველობის, ისე სმენადობის არეში. ხონის N9 დაწესებულებაში კი განგვიცხადეს, რომ რეჟიმის და უსაფრთხოების თანამშრომლები ესწრებიან სამედიცინო მანიპულაციებსაც კი.

ზემოთ აღწერილი პრაქტიკის გამო სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში უხეშად ირღვევა არამართო ჯანდაცვის კანონმდებლობა, არამედ წამების პრევენციის სტანდარტები.

როგორც უკვე აღინიშნა, ციხეში განთავსებული პატიმრების განმეორებითი კონტაქტი ექიმთან ძალიან ხშირად გარეშე პირების თანდასწრებით ხორციელდება. საპრობილეთა უმრავლესობაში, ექიმ-პაციენტის ურთიერთობას თვალს ადევნებს მორიგე ოფიცერი ან ციხის სხვა თანამშრომელი. ზოგიერთი დაწესებულების უფროს ექიმს ჩვენი შეკითხვა უცნაურადაც კი ეჩვენა, ვინაიდან მათ ვერ წარმოუდგენიათ პატიმრებთან პირისპირ კონტაქტი გარეშე პირების მეთვალყურეობის გარეშე. ზოგიერთი ექიმის განმარტებით, აღნიშნულ პროცედურას პირისპირ ახორციელებს პატიმართან, თუმცა პატიმრებთან გასაუბრებამ საპირისპირო სურათი აჩვენა. ნებისმიერ შემთხვევაში, შეიძლება ითქვას, რომ ამ მხრივ მდგომარეობა საყურადღებოა და დაუყოვნებლივ გამოსწორებას მოითხოვს. ამ ფონზე საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითად უნდა ჩაითვალოს ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულება, სადაც კონფიდენციალურობის და საექიმო საიდუმლოს შენახვის საკითხს გულისყურით ეკიდებიან, რაც, ერთი მხრივ, ამ დაწესებულების კონტინგენტის სპეციფიკიდან, ხოლო მეორე მხრივ, სამედიცინო პერსონალის და ადმინისტრაციის მხრიდან საკითხისადმი განსხვავებული დამოკიდებულებიდან გამომდინარეობს.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის საწინააღმდეგო კომიტეტის (CPT) მე-3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, „თავისუფალი ნების გამოხატვა და კონფიდენციალობის პატივისცემა მიეკუთვნება ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს. ისინი ასევე უკიდურესად მნიშვნელოვანია ურთიერთნდობის ატმოსფეროს დამკვიდრებისათვის, რაც აუცილებელი პირობაა

ექიმის და პაციენტის ურთიერთობისათვის, განსაკუთრებით კი ციხეში, სადაც პატიმარს არ შეუძლია თავისუფლად აირჩიოს მკურნალი ექიმი“. რაც შეეხება კონფიდენციალურობას, იმავე დოკუმენტში ნათქვამია - „საექიმო საიდუმლო უნდა იქნას დაცული ციხეებში ზუსტად ისევე, როგორც თავისუფლების აღკვეთის ადგილების გარეთ. მკურნალი ექიმი პასუხს აგებს პაციენტის სამედიცინო ანკეტის შენახვაზე. პატიმრის ყოველგვარი სამედიცინო გამოკვლევა (მიღებისას ან უფრო მოგვიანებით სტადიაზე) უნდა ტარდებოდეს მოსმენითი დისტანციის ფარგლებს გაერეთ და, თუ გამოკვლევის ჩამტარებელი ექიმი თვითონ არ მოითხოვს, ციხის მეთვალყურეთა მხედველობის არის მიღმა. ასევე, პატიმრები უნდა გამოკვლეულ იქნან მარტო და არა ჯგუფურად.“

ინფორმაციის მიწოდება

პენიტენციური ჯანდაცვის საერთაშორისო სტანდარტებიდან გამომდინარე, ახლად შემოსულ პატიმარს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ან რაიმე საინფორმაციო ბუკლეტი/საშუალება, რომელიც პატიმარს შემოსვლისთანავე გააცნობს სამედიცინო მომსახურების შესაძლებლობებს და ჰიგიენურ ნორმებს ან სხვა სახის სამედიცინო ინფორმაციას. ჩატარებული მონიტორინგის დროს აღმოჩნდა, რომ ამგვარი პრაქტიკა საქართველოს პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სამსახურისათვის უცხოა. არცერთ დაწესებულებაში ზეპირსიტყვიერადაც კი არ აცნობენ პატიმარს არსებულ პრაქტიკას. პატიმრები აღნიშნულ ინფორმაციას იგებენ ძირითადად ერთმანეთისგან. რაც შეეხება საინფორმაციო საშუალებებს ზოგიერთი გავრცელებული დაავადების შესახებ (მათ შორის პროფილაქტიკის, პროგნოზის, მკურნალობის, დიაგნოსტიკის და სხვა საკითხების), ამ მხრივ მდგომარეობა შედარებით უკეთესია. ზოგიერთ დაწესებულებაში სხვადასხვა ორგანიზაციები არიგებენ ბუკლეტებს შიდსის, ტუბერკულოზის, ჰეპატიტების, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ. საინფორმაციო მასალებით უზრუნველყოფა 2009 წლის მეორე ნახევარში შედარებით გაუარესდა. ზოგიერთი ექიმის განმარტებით, მათ რამდენჯერმე დაარიგეს საინფორმაციო ბროშურები ისეთი ხშირად გავრცელებული დაავადებების შესახებ, როგორებიცაა შიდსი, ჰეპატიტი, ტუბერკულოზი; თუმცა ბოლო პერიოდში მათ ახალი საინფორმაციო საშუალებები არ მიუღიათ და ვეღარც პაციენტებს აწვდიან ამგვარი ფორმით ინფორმაციას. რუსთავის N1 და N2, თბილისის N3, რუსთავის N6, ქსნის N7, თბილისის N10 დაწესებულებებში, ასევე, თბილისის N1, ზუგდიდის N4 საპყრობილეებში, მსგავსი ხასიათის საინფორმაციო საშუალებები არასდროს ჰქონიათ. ამგვარი საინფორმაციო საშუალებები ჩვენს მიერ ნანახი იქნა ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში, გეგუთის N8 დაწესებულებაში და ბათუმის N3 საპყრობილეში. ამ დაწესებულებათა ექიმების ინფორმაციით, საინფორმაციო საშუალებებით მათ არასამთავრობო ორგანიზაციები ამარაგებთ; ამ მხრივ განსაკუთრებით გამოყოფენ ორგანიზაცია „თანადგომა“-ს.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 41-ე მუხლის შესაბამისად, ექიმი ვალდებულია, პაციენტს სრული ინფორმაცია მიაწოდოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. იგივე დებულება განმტკიცებულია „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 39-ე მუხლით, სადაც ნათქვამია, რომ

„დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია პაციენტს მისთვის მისაღები ფორმით მიაწოდოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.“

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 41-ე მუხლის განმარტავს, რომ საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია, პაციენტს გააცნოს მის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ინფორმაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, დიაგნოსტიკური გამოკვლევების შედეგების, მკურნალობასა და მოვლასთან დაკავშირებული მონაცემების, სხვა დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ ჩატარებული კონსულტაციის ამსახველი ჩანაწერების ჩათვლით. ექიმს მხოლოდ პაციენტის თანხმობით აქვს უფლება, გააცნოს ქმედუნარიანი ან/და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე პაციენტის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ინფორმაცია.

ამ მხრივ საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ჩატარებულმა მონიტორინგმა უამრავი დარღვევის ფაქტი გამოავლინა. პაციენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა ადასტურებს, რომ მათ შესახებ არსებული სამედიცინო ჩანაწერები მათთვის პრაქტიკულად ხელმიუწვდომელია. სამედიცინო პერსონალი კი განმარტავს, რომ პატიმრები იშვიათად ითხოვენ სამედიცინო დოკუმენტაციის გაცნობას ან ასლის მიღებას. რუსთავის N1 დაწესებულების ექიმი აღნიშნავს, რომ პატიმრები იშვიათად აყენებენ ამ მოთხოვნას. სამედიცინო დოკუმენტაციას ძირითადად ითხოვენ პაციენტის ოჯახის წევრები, ადვოკატები, სოციალური სამსახური ან სახალხო დამცველის აპარატი. ქუთაისის N2 დაწესებულებაში პრაქტიკულად იგივე მდგომარეობას აღწერს სამედიცინო ნაწილის უფროსი ექიმი. მისი გადმოცემით, ხშირია შემთხვევები, როდესაც წერილობითი მიმართვის შემდეგ ისინი გასცემენ სამედიცინო დოკუმენტაციის ასლებს. რუსთავის N2 დაწესებულებაში პაციენტებს ხელი არ მიუწვდებათ საკუთარ სამედიცინო ჩანაწერებზე. თბილისის N3 დაწესებულების ექიმმა განგვიმარტა, რომ იგი ცდილობს, ზეპირსიტყვიერად განუმარტოს პაციენტებს მათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები. მისივე თქმით, სამედიცინო დოკუმენტაციის მოთხოვნა საკმაოდ ხშირია და ძირითადად ითხოვენ მსჯავრდებულის ადვოკატი, სახალხო დამცველის აპარატი, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტი, პროკურატურა და ა.შ. აღნიშნული საკითხი შედარებით მოწესრიგებულია ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში. რუსთავის N6 დაწესებულებაში არცერთ პატიმარს არ მიუწვდება ხელი საკუთარ სამედიცინო ჩანაწერებზე. ქსნის N7 დაწესებულების ექიმთა განცხადებით, სამედიცინო დოკუმენტაციის გაცნობის მოთხოვნა პატიმრების მხრიდან არ დამდგარა, რასაც კატგორიულად არ ეთანხმებიან მსჯავრდებულები და განმარტავენ, რომ მიუხედავად მათი მოთხოვნისა, ექიმი არ აცნობს სამედიცინო დოკუმენტაციას. ანალოგიური პრობლემაა გეგუთის N8 დაწესებულებაში. თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების მთავარი ექიმი აღნიშნავს, რომ „პატიმრებს არ მოუთხოვიათ ინფორმაციის გაცნობა, ისინი ისედაც ინფორმირებულები არიან“. ექიმის განმარტებით, ის ინფორმაციას პაციენტებს მხოლოდ ზეპირსიტყვიერად აწვდის. რაც შეეხება წერილობით პასუხს ან ქსეროასლებს, ისინი გაიცემა ადვოკატის ან შეწყალების კომისიის წერილობითი

მოთხოვნის საფუძველზე. როგორც მთავარმა ექიმმა განგვიმარტა, ჩანაწერების გაცნობა პაციენტებს არასდროს მოუთხოვიათ არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში. იგივეს აცხადებენ თბილისის N1 და N7 საპრობილიებში. ბათუმის N3 საპრობილის მთავარი ექიმის განმარტებით, პაციენტებს შესაძლებლობა აქვთ, გაეცნონ სამედიცინო ბარათს. ზუგდიდის N4 საპრობილის მთავარი ექიმის განმარტებით, „ადრე რომ ეთხოვათ არ მივცემდი, ახლა შეიცვალა ეს წესი და უნდა ვანახოთ“. რაც შეეხება თბილისის N8 საპრობილეს, აქ არ ყოფილა პრეცედენტი, რომ პაციენტს ოდესმე ენახოს და გაცნობოდეს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველ ინფორმაციას სამედიცინო ბარათში.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-7 მუხლის შესაბამისად, საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს, მისთვის გასაგები ფორმით მიიღოს ამომწურავი და ობიექტური ინფორმაცია. „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 თავი სრულად ეძღვნება ინფორმაციის მიღების უფლებას. კანონის მე-16 მუხლის შესაბამისად, საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს, მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე. მე-17 მუხლის შესაბამისად, პაციენტს უფლება აქვს, გაეცნოს სამედიცინო ჩანაწერებს და მოითხოვოს არსებულ ინფორმაციაში შესწორებების შეტანა, მოითხოვოს სამედიცინო ჩანაწერების ნებისმიერი ნაწილის ასლი. სამედიცინო ჩანაწერების გაცნობის, აგრეთვე მათი ასლის მიღების შესახებ მოთხოვნა წერილობით წარედგინება სამედიცინო დაწესებულებას. მე-18 მუხლში განსაზღვრულია, რომ პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწვევისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია: სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, განზრახული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ, სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ, განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ, განზრახულ სამედიცინო მომსახურებაზე განცხადებული უარის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ, დიაგნოზისა და სავარაუდო პროგნოზის, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ. „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 21-ე მუხლის მიხედვით, ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს გადაწყვიტოს, მიიღოს თუ არა ვინმემ ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. დადებითი გადაწყვეტილების მიღებისას მანვე უნდა დაასახელოს ის პირი, რომელსაც ეს ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. გადაწყვეტილება და პირის ვინაობა ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 42-ე მუხლის შესაბამისად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია, პაციენტის დასაბუთებული მოთხოვნით შეიტანოს შესწორება, დამატება ან განმარტება პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში, აგრეთვე განაახლოს პირადი ცხოვრებისა და სამედიცინო მონაცემები. ამ მუხლის მოთხოვნათა რეალიზება საქართველოს

პენიტენციური სისტემის არცერთ დაწესებულებაში (მათ შორის, არც მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში) არ ხდება.

სამედიცინო დოკუმენტაცია

ჩვენი შესწავლის შედეგებიდან ირკვევა, რომ პაციენტის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი ჩანაწერების ხელმოწვედომლობა გარკვეულწილად განპირობებული იყო იმ ფაქტით, რომ ასეთი ჩანაწერი და დოკუმენტაცია საერთოდ არ არსებობდა. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის შესაბამისად, ექიმი და სხვა სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია, დადგენილი წესით აწარმოოს ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში, რომლის წარმოების წესს ამტკიცებს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო. გარდა ამისა, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-7 თავი არეგულირებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ სამედიცინო ჩანაწერების წარმოების მოვალეობის საკითხებს. კერძოდ, 56-ე მუხლის მიხედვით, განსაზღვრულია, რომ ექიმი ვალდებულია, თითოეული პაციენტისათვის აწარმოოს სამედიცინო ჩანაწერები საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით. სამედიცინო ჩანაწერები უნდა შესრულდეს სახელმწიფო ენაზე, მკაფიოდ და გასაგებად, უნდა იყოს სრულყოფილი. სამედიცინო ჩანაწერებში ინფორმაცია უნდა დაფიქსირდეს დროულად და განსაზღვრულ ვადებში, ადეკვატურად ასახავდეს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ ყველა დეტალს; სამედიცინო ჩანაწერების ყოველი ახალი ნაწილი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა უნდა დაამოწმოს მკაფიო ხელმოწერით, არსებული წესის მიხედვით. ამავე მუხლის მიხედვით, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია, დაიცვას სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის არსებული წესი.

მიუხედავად ამისა, როგორც მონიტორინგის შედეგები გვაჩვენებს სამედიცინო ბარათი ყველა პატიმარზე გახსნილი არ იყო რუსთავის N2 დაწესებულებაში, ქსნის N7 დაწესებულებაში, გეგუთის N8 და ხონის N9 დაწესებულებაში, ზუგდიდის N4 საპყრობილეში, თბილისის N8 საპყრობილეში. ამ უკანასკნელში განგვიმარტეს, რომ ბარათი მსჯავრდებულთა 10–15 პროცენტზე იყო მხოლოდ გახსნილი. ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში ექიმები აწარმოებდნენ თვითნაკეთ სამედიცინო ბარათებს, ვინაიდან მათ დოკუმენტაციის ფორმა არ მიეწოდებოდათ. სამედიცინო ბარათები ყველა პატიმარზე იყო გახსნილი ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში.

როგორც მონიტორინგის დროს გაირკვა, სამედიცინო ბარათები, უმრავლეს შემთხვევაში, იხსნებოდა მხოლოდ იმ პატიმრებზე, რომლებსაც აღენიშნებოდათ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოხატული ცვლილებები, ასევე იმ პატიმრებზე, რომლებიც მზადდებოდნენ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში გადასაყვანად და მათზე, ვისაც სარჩელი ჰქონდა შეტანილი ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოში. სამედიცინო ბარათები მოჰყვებოდათ, ასევე იმ პირებს, რომლებიც სასჯელის მოხდის ადგილზე

დაბრუნდნენ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან. აღსანიშნავია, რომ 2009 წლის განმავლობაში ხშირად იყო ისეთი ფაქტები, როდესაც მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან დაბრუნებულ პატიმრებს არ მოჰყვებოდათ თან სამედიცინო ჩანაწერები, რის გამოც ადგილობრივი ექიმი ხშირად არ იყო ინფორმირებული პაციენტის დიაგნოზის, მკურნალობის კურსის, ჩატარებული მანიპულაციების და სხვა უმნიშვნელოვანესი დეტალების შესახებ. სამედიცინო დოკუმენტაციის არარსებობის პრობლემის გადაწყვეტა 2009 წლის ბოლოდან დაიწყო, როდესაც სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების მინისტრმა გამოსცა ბრძანება, რომელსაც მოგვიანებით შევცხებით.

როდესაც საუბარია პენიტენციურ სისტემაში ეკვივალენტური სამედიცინო მომსახურების აუცილებლობაზე, ცხადია, რომ აღნიშნული უპირობოდ ითვალისწინებს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჯანდაცვის იმავე დოკუმენტაციით სარგებლობის აუცილებლობას, რომელიც უნიფიცირებულად იწარმოება ქვეყანაში მოქმედ ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში. ის რომ სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო ნაწილები უნდა აწარმოებდნენ სამედიცინო დოკუმენტაციას, საკმაოდ კარგადაა ასახული საერთაშორისო სტანდარტებში. მაგალითისათვის მოგვყავს ამორიდი წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის მე-3 ზოგადი ანგარიშიდან (CPT/Inf (93) 12): „*აუცილებელია შეივსოს თითოეული პაციენტის სამედიცინო ანკეტა, რომელიც უნდა შეიცავდეს დიაგნოსტიკურ ინფორმაციას, მიმდინარე ჩანაწერებს პაციენტის მდგომარეობის ცვლილებების შესახებ და ყველა იმ გამოკვლევის შესახებ, რომელიც მას ჩაუტარდა. პაციენტის სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში, ანკეტა უნდა გაეგზავნოს იმ სამედიცინო დაწესებულების ექიმებს, სადაც იგზავნება პატიმარი. გარდა ამისა, თითოეული ჯგუფის სამედიცინო პერსონალმა უნდა აწარმოოს ყოველდღიური ჩანაწერები ჟურნალში, რომელიც შიცავს ინფორმაციას პაციენტთან დაკავშირებულ ცალკეულ შემთხვევებზე. ასეთი ჩანაწერები სასარგებლოა იმ თვალსაზრისით, რომ გვიქმნის საერთო წარმოდგენას მოცემულ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის მდგომარეობის შესახებ და იმავე დროს, აშუქებს იმ პრობლემებსაც, რომლებიც შეიძლება წარმოიშვას მომავალში*“. ამ სტანდარტით გათვალისწინებული პირობების დაცვა შესაძლებელი იქნებოდა ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებათა სრული იმპლემენტაციის პირობებში. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული პრინციპიდან გადახვევის პირველი ნათელი მაგალითი იყო საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2002 წლის 24 ივნისის №486 ბრძანებით დამტკიცებული სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებებისა და სამედიცინო ნაწილების დოკუმენტაციის დროებითი ფორმები (სულ 27 ფორმა). აღნიშნული ფორმები თვისობრივად და არსობრივად განსხვავებულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებისაგან. განსხვავებულია ასევე მათი შევსების, შენახვის და წარმოების წესებიც. დამაიმედებელი იყო თავად ის ფაქტი, რომ იუსტიციის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ დოკუმენტაციის ფორმებს ეწოდებოდა „დროებითი“, თუმცა 7 წელია მათი გადახედვის და ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემასთან ჰარმონიზაციის იდეა არავის გასჩენია.

ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმების აღნიშნულ ეტაპზე, მაშინ, როდესაც პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სამსახურის სრული გარდაქმნა და მუშაობის სტილის შეცვლაა დაგეგმილი, განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის ბრძანება N771, რომლითაც დამტკიცდა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სამედიცინო ბარათის ფორმა. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ვებ-გვერდზე 2009 წლის 8 დეკემბერს გამოქვეყნებული ინფორმაციის შესაბამისად, „სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტმა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფი მსჯავრდებულების სამედიცინო ბარათების შევსება დაასრულა. ამ მიზნით, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის მოადგილეები №8 საპრობილეს ესტუმრნენ და ბრალდებულებისთვისა და მსჯავრდებულებისთვის სპეციალურად შექმნილ ახალ სამედიცინო ბარათებს გაეცნენ. დღეიდან თითოეულ პატიმარს პირადი სამედიცინო ბარათი ექნება, სადაც მსჯავრდებულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ყველა საჭირო ინფორმაცია, მათ შორის ფსიქიკური, ნარკოლოგიური, სტომატოლოგიური თუ დაწესებულებაში მოხვედრამდე მის მიერ გადატანილი დაავადებები იქნება მითითებული. ამ ბარათების დახმარებით, სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს მსჯავრდებულის ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის შესახებ მეტი ინფორმაცია ექნება, რაც იმის დადგენას გააიოლებს, საჭიროებს თუ არა მსჯავრდებული რომელიმე სამედიცინო გამოკვლევას ანდა ექიმის მეთვალყურეობას. მსჯავრდებულის პირადი ბარათი დაწესებულებაში შემოსვლის დღესვე შეივსება და მასში მითითებული ინფორმაცია მუდმივად განახლებადი იქნება. ხოლო დაწესებულების შეცვლის შემთხვევაში, სამედიცინო ბარათიც იმ დაწესებულებაში გადაიგზავნება, სადაც მსჯავრდებული იქნება მოთავსებული. მსჯავრდებულთა პირადი ბარათების შევსება კვირის ბოლოს დასრულდება, მომავალი წლიდან კი, სამედიცინო ბარათების ელექტრონული ბაზა შეიქმნება“.

2010 წელს პატიმრობის კოდექსის ამოქმედებასთან დაკავშირებით, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებს შეეცვალათ სახელწოდებები. აღნიშნულთან დაკავშირებით, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2010 წლის 11 ნოემბრის N 158 ბრძანებით, ძალადაკარგულად გამოცხადდა „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სამედიცინო ბარათის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის N771 ბრძანება. N158 ბრძანებით დამტკიცებულია ბრალდებულის/მსჯავრდებულის სამედიცინო ბარათის ფორმა. ძველი და ახალი ფორმების შედარებით დადგინდა, რომ მათში პრაქტიკულად არ მოიპოვება განსხვავება, გარდა იმისა, რომ ძველი ფორმის სატიტულო გვერდზე არსებული სიტყვა „სასჯელაღსრულების“ შეიცვალა სიტყვებით „პატიმრობის და თავისუფლების აღკვეთის“. აღნიშნული მიაჩნდება იმაზე, რომ სასჯელაღსრულების,

პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო არ იზიარებს სახალხო დამცველის მიერ გაწეულ რეკომენდაციებს და საერთოდ არ განიხილავს ამ უკანასკნელს. აღნიშნული ბრძანების გამოცემა წარმოადგენს კიდევ ერთ აშკარა პრეცედენტს, რომ პენიტენციური ჯანდაცვა ხელოვნურად იმიჯნება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისაგან. საქართველოში მოქმედი ყველა ექიმი ვალდებულია, განუხრელად დაიცვას ჯანდაცვის იურიდიული და ეთიკური ასპექტები, მაშინ, როცა პენიტენციურ სისტემაში დასაქმებულ დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობის სუბიექტებს უკვე ბრძანებით ევალებათ აწარმოონ გაურკვეველი სტრუქტურისა და შინაარსის სამედიცინო დოკუმენტაცია, იმ ფონზე, როდესაც არ აწარმოებენ ძირითად სამედიცინო დოკუმენტაციას კანონმდებლობით დადგენილი წესით. გარდა ამისა, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის N771 ბრძანება გაუმართავია იურიდიული თვალსაზრისითაც. როგორც ბრძანების დასაწყისიდანვე ჩანს, დანართიმტკიცდება “პატიმრობის შესახებ” საქართველოს კანონის პირველი მუხლის 2¹ პუნქტის თანახმად. კანონის აღნიშნული დებულება კი ითვალისწინებს შემდეგს - „*საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს უფლება აქვს ამ კანონით გათვალისწინებულ საკითხებზე გამოსცეს ბრძანება, რომელიც არ უნდა ეწინააღმდეგებოდეს ამავე კანონის დებულებებს*“. რაც შეეხება ამ კანონით გათვალისწინებულ საკითხთან სამედიცინო ბარათის კუთვნილების საკითხს, საკმარისია ისევ და ისევ მოვიყვანოთ „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 37-ე მუხლი, რომლის მიხედვითაც - „*სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახური წარმოადგენს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ნაწილს*“, ხოლო „*ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ*“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად კი „*სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესს ამტკიცებს **ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო***“. ფაქტია, რომ სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმები აშკარად წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განმგებლობაში მყოფ საკითხს, ხოლო სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო ცდილობს, გადაფაროს სხვა სამინისტროს რეგულირების სფერო, რითაც ამავე დროს აშკარად ახდენს პატიმარ პაციენტთა დისკრიმინაციას ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების გაწევის დროს პატიმრობის ნიშნით.

„ნორმატიული აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-13 მუხლის შესაბამისად, „*საქართველოს მინისტრის ბრძანება შეიძლება გამოიცეს მხოლოდ საქართველოს საკანონმდებლო აქტით, საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებითა და საქართველოს მთავრობის დადგენილებით განსაზღვრულ შემთხვევებსა და ფარგლებში. საქართველოს მინისტრის ბრძანებაში **მითითებული უნდა იყოს, რომელი ნორმატიული აქტის საფუძველზე და რომლის შესასრულებლად გამოიცა იგი***“. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, კანონი ავალებს ჯანდაცვის (და არა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა) სამინისტროს მოაწესრიგოს და დაადგინოს სამედიცინო დოკუმენტაციის სფეროს საკითხები. „ნორმატიული აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 25-ე მუხლის მე-9 პუნქტის შესაბამისად, „*თუ ნორმატიული აქტი მიღებულია (გამოცემულია) საკითხზე, რომელიც საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს ორგანული*

კანონისა და საქართველოს კანონის თანახმად განეკუთვნება სახელმწიფო ან ადგილობრივი თვითმმართველობის **სხვა ორგანოს** (თანამდებობის პირის) უფლებამოსილებას ან მიღებულია ამ კანონის მოთხოვნათა დარღვევით, ან დარღვეულია შესაბამისი ნორმატიული აქტის მიღებისა (გამოცემისა) და ამოქმედებისათვის დადგენილი პროცედურა, ნორმატიულ აქტს იურიდიული ძალა არა აქვს“.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა წერილობით მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს იმის შესახებ, აწარმოებენ თუ არა სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო სუბიექტები საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებს, ასევე, როგორ ხდება საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2002 წლის 24 ივნისის №486 ბრძანების – „საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებებისა და სამედიცინო ნაწილების დოკუმენტაციის დროებითი ფორმირების დამტკიცების შესახებ“ – შესრულება და მასზე კონტროლი. სამინისტროს მიერ 2010 წლის 1 აპრილს გამოგზავნილი საპასუხო წერილი N01-3057-ის თანახმად, „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების სისტემის დაწესებულებებში სამედიცინო ხასიათის აღრიცხვიანობა წარმოებს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ საყოველთაო გამოყენებისათვის დამტკიცებული და იუსტიციის მინისტრის 2002 წლის 24 ივნისის N486 ბრძანებით („საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებებისა და სამედიცინო ნაწილების დოკუმენტაციის დროებითი ფორმების დამტკიცების შესახებ“) დამტკიცებული ფორმებით.“ აღნიშნული პასუხი არ შეესაბამება სინამდვილეს. არცერთ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, მათ შორის, არც სამკურნალო დაწესებულებებში, არ იყენებენ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებს. რაც შეეხება იუსტიციის მინისტრის მიერ 2002 წელს დამტკიცებულ ფორმებს, გასაკვირია, რომ აღნიშნული „დროებითი“ ფორმებით კვლავაც სარგებლობენ, თუმცა მათი გამოყენებაც არ არის ყველა დაწესებულებაში დაფიქსირებული. დაწესებულებების გარკვეული ნაწილი ჩვეულებრივ ფურცელზე ახდენდა ჩანაწერების გაკეთებას, ხოლო გარკვეული ნაწილი საერთოდ არ აწარმოებდა ამა თუ იმ სავალდებულო ფორმას.

მონიტორინგის ჯგუფი დაინტერესდა ასევე იმ პრაქტიკით, თუ როგორ ხდება სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვა და დაცვა, მათ შორის, მსჯავრდებულის გათავისუფლების შემდეგ. აღნიშნული საკითხი რეგულირდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 ივლისის N198/ნ ბრძანებით „სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის წესის შესახებ“. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის დროს გამოვლინდა განსხვავებული რეალობა. ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილები, მათ შორის, სამკურნალო დაწესებულებები, არ არიან ინფორმირებულები, თუ როგორ უნდა აწარმოონ სამედიცინო არქივი. მათთვის არავის მიუცია ინსტრუქცია აღნიშნულ

საკითხებთან დაკავშირებით. ამის გამო სხვადასხვა დაწესებულებებში განსხვავებული პრაქტიკა არსებობს.

რუსთავის N1 დაწესებულების მთავარი ექიმის განცხადებით, დოკუმენტაცია უნდა ინახებოდეს მათთან 5 წლის ვადით, რის შემდეგაც იგი ექვემდებარება განადგურებას. ქუთაისის N2 საპრობილემში განგვიცხადეს, რომ ისინი ინახავენ ბოლო 2 წლის პერიოდის სამედიცინო დოკუმენტაციას და ამის შემდეგ გადასცემენ დაწესებულების არქივს, სადაც „მგონი 2 წელი უნდა ინახებოდეს“. რუსთავის N2 დაწესებულებაში გვითხრეს, რომ იმის გამო, რომ სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვის ვადა და პირობები არ არის განსაზღვრული, ისინი სამედიცინო დოკუმენტაციას პატიმრის პირად საქმეში დებენ. სამედიცინო ბარათს პირად საქმეში აკრავს, ასევე, თბილისის N7 დაწესებულების მთავარი ექიმი. ამავე ექიმის განცხადებით, მას შემდეგ, რაც ახალი ბარათების ფორმები გამოვიდა, მან სამედიცინო დოკუმენტაციიდან შეინახა მხოლოდ სამედიცინო ბარათები, ხოლო დანარჩენი ყველა დოკუმენტი გაანადგურა. თბილისის N3 საპრობილის მთავარი ექიმის განცხადებით, სამედიცინო დოკუმენტაცია ინახება ადგილზე, სამედიცინო ნაწილში, თუმცა აღნიშნულის შესახებ დეტალური ინსტრუქტაჟი არ მიუღიათ. სამედიცინო ნაწილში ინახება დოკუმენტები, ასევე, რუსთავის N6 და ქსნის N7 დაწესებულებაში გაურკვეველი ვადით და ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში 10 წლის ვადით. გეგუთის N8 დაწესებულებაში არქივს აწარმოებს სამედიცინო ნაწილი, სადაც დოკუმენტაციას ინახავენ 5 წლის ვადით. ხონის N9 დაწესებულებაში სამედიცინო დოკუმენტაცია უსისტემოდაა და მასზე პასუხისმგებელი პირია კანცელარია, სადაც დოკუმენტების შენახვის პირობები ექიმისათვის უცნობია. თბილისის N10 დაწესებულებაში არქივი ინახება სამედიცინო ნაწილში 3 წლის ვადით. არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში სამედიცინო არქივის შენახვის ფუნქცია სპეცნაწილზეა განპირობებული. ექიმის ინფორმაციით, დოკუმენტებს ინახავენ 3 ან 5 წლის ვადით. 3 წლით სამედიცინო ნაწილში ინახავენ დოკუმენტაციას თბილისის N1 და ბათუმის N3 საპრობილეებში. ზუგდიდის N4 საპრობილემში განგვიცხადეს, რომ პატიმრის გათავისუფლების შემთხვევაში სამედიცინო დოკუმენტაცია ნადგურდება. თბილისის N8 საპრობილის მთავარმა ექიმმა განგვიცხადა, რომ მან საერთოდ არ იცის, უნდა მოხდეს თუ არა არქივის წარმოება და რა უყოს არსებულ დოკუმენტაციას. ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში განგვიცხადეს, რომ მათთან არქივი ინახება 1998 წლიდან. დოკუმენტაციის შენახვაზე პასუხისმგებელია დაწესებულების სტატისტიკოსი. რაც შეეხება მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებას, სადაც სამედიცინო დოკუმენტაციის უდიდესი ნაწილი იყრის თავს, დაწესებულების მთავარი ექიმის გადმოცემით, დაწესებულებას აქვს არქივი, რომელიც განთავსებულია შენობის 0 სართულზე. არქივის ოთახი იზოლირებულია, სათავსო აღჭურვილია თაროებითა და სტელაჟებით, დაცულია მღრღნელებისა და მწერებისაგან. დოკუმენტაციის შენახვის ვადები დადგენილი არ არის. არქივში მუშაობს სამტატო განრიგით გათვალისწინებული თანამშრომელი - არქივარიუსი. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 ივლისის N198/ნ ბრძანებას დაწესებულებაში არ იცნობენ და სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვა დადგენილი წესით არ წარმოებს. როგორც აღმოჩნდა, არქივარიუსი არ არის პასუხისმგებელი პირი ინფორმაციის გაცემაზე. თუ საჭირო

გახდა წარსულში წარმოებული დოკუმენტაციის ასლის ან ინფორმაციის გაცემა, ამ შემთხვევაში ინფორმაციას ამზადებს მოქმედი განყოფილების (რომელშიც იწვა პაციენტი) გამგე. არქივარიუსის ფუნქციას მხოლოდ დოკუმენტაციის შენახვა წარმოადგენს. შენახული დოკუმენტაციის გადაცემა დადგენილი წესით სახელმწიფო არქივში არ ხდება.

ამ საკითხით ჩვენი დაინტერესება გამოწვეული იყო იმ ფაქტით, რომ სამედიცინო დოკუმენტაცია წარმოადგენს კონფიდენციალურ მასალას, რომელზედაც ხელი არ უნდა მიუწვდებოდეთ გარეშე პირებს. დოკუმენტაციის ამგვარი ქაოტური შენახვა და დაცვა კი სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამედიცინო სამსახურების სისტემაში არსებულ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან დარღვევად მიგვაჩნია.

ინფორმირებული თანხმობა

საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს გაირკვა, რომ დაწესებულებების უმრავლესობაში, სადაც მოქმედებს სტაციონარული სამედიცინო ნაწილი, ასევე ისეთ დაწესებულებებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების სტაციონარული კომპონენტი არ არსებობს, პაციენტებს უტარდებათ სხვადასხვა სახის სამედიცინო მანიპულაციები და პროცედურები. თითქმის ყველა სამედიცინო ნაწილის უფროსი ექიმი ადასტურებს, რომ დაწესებულების სამედიცინო ნაწილში შესაძლებელია ჩატარდეს და ტარდება კიდევ ისეთი მანიპულაციები და პროცედურები, როგორებიცაა ინიექციები, ინტრავენური გადასხმები, შეთხვევები, ასევე, სტომატოლოგიური და მცირე ქირურგიული მანიპულაციები. სტომატოლოგიური მანიპულაციებიდან აღსანიშნავია კბილის ექსტრაქცია და დაბჯენა. რაც შეეხება მცირე ქირურგიულ მანიპულაციებს, ადგილზე ტარდება ჩირქგროვის გახსნა, ფლეგმონის დრენირება, ჭრილობის გაკერვა, ნაკერის მოხსნა, ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება, ნაკლებად ტრავმული სხვა ქირურგიული ოპერაციები. ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულების მთავარი ექიმის განცხადებით, მათთან არსებობს გინეკოლოგიური სავარძელი, შტატში ჰყავთ გინეკოლოგი და შესაბამისად, ატარებენ გინეკოლოგიური მანიპულაციებსაც. რაც შეეხება თბილისის N1 საპყრობილეს, მთავარი ექიმის განცხადებით, ადგილზე მათთან ტარდება ოფთალმოლოგიური, ოტორინოლარინგოლოგიური და უროლოგიური მანიპულაციებიც (არ კონკრეტდება).

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-8 მუხლის შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების პროცესებში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა. მე-13 მუხლის შესაბამისად კი წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის სამედიცინო დახმარება, მათ შორის, შიმშილობის დროს, დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში. ამავე კანონის 44-ე მუხლის შესაბამისად, „ექიმი ვალდებულია წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფ პირს სამედიცინო დახმარება გაუწიოს მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ, გარდა გადაუდებელი და

სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობისა, როცა თანხმობის მიღება შეუძლებელია პაციენტის მძიმე მდგომარეობის გამო.“

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 44-ე მუხლის შესაბამისად, „სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია მიიღოს პაციენტის ზეპირი ან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა განზრახულ სამედიცინო ჩარევაზე.“

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 თავი ეძღვნება თანხმობის საკითხების რეგულირებას. 22-ე მუხლის შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა, რომელიც წინ უნდა უძღვოდეს სამედიცინო მომსახურებას.

მიუხედავად საქართველოს კანონმდებლობის მოთხოვნისა, როგორც ირკვევა, კანონით დადგენილი წესით პაციენტისაგან ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში არ ხდება. მდგომარეობას ამძიმებს ის ფაქტიც, რომ ოპერაციის ჩატარების დროს არ ხდება ოპერაციის ოქმის გაფორმება დადგენილი წესით. ხშირად ჩატარებული ინტერვენციის ან მანიპულაციის შესახებ ინფორმაცია მოიპოვება რომელიმე სარეგისტრაციო ჟურნალში და უსისტემოდ ხდება მათი დაფიქსირება. უმრავლეს შემთხვევაში, ასეთი რამ არსად, არანაირ ინფორმაციის მატარებელზე არ ფიქსირდება. აქედან გამომდინარე, არავის ახსოვს, რომ საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის წერილობითი თანხმობა ან, უმრავლეს შემთხვევაში, ზეპირი თანხმობა სადმე იქნას დაფიქსირებული. ამ მიმართულებით, შედარებით უკეთესი მდგომარეობაა ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში, სადაც ზოგიერთ შემთხვევაში თანხმობა დაფიქსირებულია ერთ ჟურნალში. რაც შეეხება ქსნის N7 დაწესებულების ექიმის განცხადებას, რომ თანხმობას აფიქსირებენ ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალში, აღნიშნული ფაქტი გადამოწმდა და არ იქნა დადასტურებული. აღნიშნულ ჟურნალში წარმოებს ისეთი ჩანაწერების გაკეთება, რომელიც უტყუარად წარმოადგენს უკანონო საექიმო საქმიანობის მაგალითებს. გარდა ამისა, მასში არანაირი თანხმობის დაფიქსირება არ ხდება. თბილისის N1 საპყრობილის მთავარი ექიმის აზრით, „პატიმრები როცა თვითონ ითხოვენ დახმარებას, თანხმობის მოპოვება რაღა საჭიროა?“. თბილისის N8 საპყრობილეში პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება ასევე უცხოა, თუმცა, მთავარი ექიმის განცხადებით, ისინი თანხმობას პატიმრისაგან იღებენ მხოლოდ აივ ინფექციაზე კვლევის დროს.

წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის შესახებ ჩანაწერებს, რომლებიც პაციენტის ხელმოწერით დასტურდება, ვხვდებით მხოლოდ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათებში. მიუხედავად ამისა, მაინც ხშირად ხდება ზემოთ ჩამოთვლილი კანონების და ასევე, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 5 დეკემბრის N238/ნ ბრძანების (ზოგიერთი სამედიცინო ჩარევის ჩატარებამდე პაციენტისაგან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შესახებ) შეუსრულებლობა.

ინფორმირებული თანხმობის გამოყენების პრაქტიკის არარსებობა უხეშად არღვევს, ასევე, ევროსაბჭოს კონვენციას „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, ³³. კერძოდ, მის II თავში (მუხლი 5) ნათქვამია, რომ „ნებისმიერი ჩარევა ჯანმრთელობის სფეროში უნდა ჩატარდეს პირის მიერ ნებაყოფლობით გაცხადებული და გააზრებული თანხმობის მიღების შემდეგ. პირს წინასწარ უნდა მიეცეს შესაბამისი ინფორმაცია ჩარევის მიზნისა და ხასიათის, აგრეთვე შედეგებისა და საფრთხის შესახებ. პირს შეუძლია, თავისი შეხედულებისამებრ, ნებისმიერ დროს უარი თქვას ადრე გაცხადებულ თანხმობაზე“.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს კანონმდებლობა ამ საკითხებში ჰარმონიზებულია ევროსაბჭოს კონვენციასთან „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ და საერთაშორისო სტანდარტებთან, აღნიშნული საკითხი მეტად პრობლემური და მნიშვნელოვანია, რის გამოც მეტ ყურადღებას და სასწრაფო გამოსწორებას მოითხოვს.

პაციმართა გადაყვანა სამკურნალო დაწესებულებაში

მონიტორინგის პროცესში ჩვენს მიერ დეტალურად იქნა შესწავლილი ავადმყოფ პაციმართა მოძრაობა სასჯელაღსრულების დაწესებულებიდან მკვდ-ში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სდ-ში და ქალაქის სხვადასხვა საავადმყოფოებში. რაც შეეხება მკვდ-ში შეყვანილ პაციმრებს, მთავარი ექიმის განმარტებით, მას არ გააჩნია სტატისტიკური ინფორმაცია სასჯელაღსრულების სხვადასხვა დაწესებულებიდან თვეების მიხედვით მიღებულ პაციმართა და მათი ნოზოლოგიური სპექტრის შესახებ. ასეთი აღრიცხვა არ წარმოებს.

რაც შეეხება სასჯელის აღსრულების ადგილებიდან პაციენტთა გადაყვანის შემთხვევებს მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და სამოქალაქო ტიპის სტაციონარებში, ამ მხრივ ქვეყნის მასშტაბით არაერთგვაროვანი პრაქტიკა არსებობს. გადაყვანილ პაციენტთა სტატისტიკის შესწავლა წარმოადგენდა მონიტორინგის ჯგუფის ერთ-ერთ ამოცანას.

„პაციმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის IX თავი გარკვეულწილად არეგულირებს პაციმართა მოძრაობას სხვადასხვა დაწესებულებებში ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე. გარდა ამისა, აღნიშნული საკითხი დარეგულირებული იყო საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2006 წლის 11 სექტემბრის №717 ბრძანებით „სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში დაავადებულ პაციმართა და მსჯავრდებულთა გადაყვანის შესახებ“. აღნიშნული ბრძანება ძალადაკარგულად

³³ რატიფიცირებულია საქართველოს პალამენტის 2000 წლის 27 სექტემბრის N 507 - I ს დადგენილებით.

გამოცხადდა იუსტიციის მინისტრის 21.01.2010 №12 ბრძანებით. აღნიშნულის სანაცვლოდ, 2009 წლის 29 დეკემბერს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის №902 ბრძანებით დამტკიცდა „სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებებიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში დაავადებულ პატიმართა და მსჯავრდებულთა გადაყვანის ახალი წესი. რაც შეეხება 2009 წელს მოქმედ №717 ბრძანებას, სახალხო დამცველის წინა საპარლამენტო ანგარიშებში გამოთქმულია მთელი რიგი შენიშვნები და მოსაზრებები იმ სამედიცინო ხასიათის ხარვეზების შესახებ, რომელიც დაუყოვნებლად მოითხოვდა გამოსწორებას. კერძოდ, ბრძანების პირველივე მუხლში ნათქვამია, რომ „(...) პატიმართა გადაუდებელი სადიაგნოსტიკო გამოკვლევებისა და მკურნალობის მიზნით (...) გეგმური წესით გადაყვანა განხორციელდეს (...)“, იგივე ნათქვამია მე-2 პუნქტშიც, რომ გადაუდებელი შემთხვევის დროს გეგმური წესით გადაყვანა განხორციელდეს და ა.შ. ჩვენ არაერთხელ მივმართეთ იუსტიციის სამინისტროსაც, რომ სამედიცინო თვალსაზრისით საქმე შეეხება აბსურდულ ჩანაწერს, რაც ადამიანის სიკვდილის ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მოშლის მიზეზი შეიძლება გახდეს, ვინაიდან გადაუდებელ შემთხვევებში გადაყვანა უნდა მოხდეს მხოლოდ გადაუდებელი წესით, ხოლო გეგმურ შემთხვევებში - გეგმური წესით. თუ მხედველობაში მივიღებთ არსებულ რეალობასაც, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ასევე, ქალაქის სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანილ გარდაცვლილ პატიმართა საქმეების ანალიზით, შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში სიკვდილი დადგა გადაყვანიდან პირველ დღეს ან რამდენიმე საათში. აღნიშნული ბრძანება კი წარმოადგენდა სწორედ ამ სიტუაციის გარკვეულწილად „გამამართლებელ“ საფუძველს. შექმნილი ვითარების ფონზე, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი მიესალმება №717 ბრძანების გაუქმებას და მის ნაცვლად სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის №902 ბრძანების მიღებას, რომელიც ამ მნიშვნელოვან ხარვეზს ასწორებს. გარდა ამისა, ახლად გამოცემული ბრძანებით დარეგულირებულია³⁴ პატიმართა სასამართლო-სამედიცინო და ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე გადაყვანის საკითხიც, რაც წინა პერიოდში პრაქტიკულად ორგანიზაციულად ღია პრობლემას წარმოადგენდა.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის შესაბამისად (წერილი N01-3057 01.04.2010), „იმ შემთხვევაში თუ პატიმარი საჭიროებს გადაუდებელ სპეციალიზირებულ სამედიცინო დახმარებას, სასწრაფო წესით ხდება მისი გადაყვანა სასჯელაღსრულების სისტემის სამკურნალო დაწესებულებებში ან ჯანდაცვის სისტემის იმ სამკურნალო დაწესებულებებში, რომელთანაც საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს გაფორმებული აქვს ხელშეკრულებები პატიმართა გეგმური გამოკვლევისა და სპეციალიზირებული სამედიცინო მომსახურების ჩატარებაზე.“

³⁴ მე-2 მუხლის მე-3 პუნქტი

სამინისტროს ინფორმაციით, 2009 წლის განმავლობაში სასჯელადსრულების სისტემის დაწესებულებებიდან სამოქალაქო ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებში გაყვანილ იქნა:

- ამბულატორულად, გამოკვლევისა და კონსულტაციის მიზნით: 661 პაციმარი;
- სტაციონარული მკურნალობის (გეგმური, სასწრაფო) მიზნით: 165 პაციმარი.

აღნიშნული მონაცემები არ შეესაბამება მონიტორინგის დროს ჩვენს მიერ მოპოვებულ ინფორმაციას.

მონიტორინგის დროს გამოვლენილია შემდეგი:

		მსდ-ში	ტუბ მსდ-ში	ქალაქში
1	რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	83	16	34
2	ქუთაისის N2 საპრობილის და მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	44	24	18
3	რუსთავის N2 საერთო მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	44	24	18
4	თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	53	1	5
5	ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 საერთო და საპრობილის რეჟიმის დაწესებულება	210	0	74
6	რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	110	62	3
7	ქსნის N7 საერთო მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	202	128	7
8	გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	181	200	35
9	ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	64	39	10
10	თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	29	0	2
11	არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება	30	0	8
12	თბილისის N1 საპრობილე	218	87	6
13	ბათუმის N3 საპრობილე	36	4	8
14	ზუგდიდის N4 საპრობილე	36	8	14
15	თბილისის N7 საპრობილე	7	0	0
16	თბილისის N8 საპრობილე	311	0	0
17	ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება	–	–	5
18	მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება	–	–	26
	სულ	1658	593	273

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სასჯელის აღსრულების ადგილებიდან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში სულ გადაყვანილია 1658 პატიმარი პაციენტი. აღნიშნული ინფორმაცია მოძიებულია სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან, ექიმთა ჩანაწერების და სპეციალური ჟურნალების მონაცემებით. ზოგიერთ დაწესებულებაში, ასეთი ინფორმაციის არარსებობის გამო, ინფორმაცია მოვიპოვეთ სპეც-ნაწილებიდან.

ქსანში განთავსებულ ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანილია სულ 593 მსჯავრდებული, ხოლო ქალაქის სხვადასხვა პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში გადაყვანილია სულ 273 პაციენტი. აღსანიშნავია, რომ ქალაქის საავადმყოფოებში გადაყვანილთა სტატისტიკა მოიცავს არამარტო სტაციონარული მკურნალობის მიზნით გაყვანილ პაციენტებს, არამედ აქვე ასახულია ამბულატორული მომსახურების მიზნით სამოქალაქო ტიპის სტაციონარებში გაყვანილ პაციენტთა რაოდენობაც.

წარმოდგენილი სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით იკვეთება რამდენიმე სერიოზული შეუსაბამობა. უპირველეს ყოვლისა, აღსანიშნავია, რომ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ჩვენს მიერ მოპოვებული ინფორმაციით, გადაყვანილია 1658 პაციენტი, ხოლო თვით მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება მიუთითებს, რომ საანგარიშო პერიოდში შესულია 2615 პატიმარი პაციენტი (70 გარდაიცვალა მკვლელობაში, ხოლო 23 – ქალაქის სხვადასხვა საავადმყოფოებში გადაყვანის შემდეგ). ეს მაჩვენებელი აჭარბებს ცდომილების ყველა დასაშვებ შესაძლებლობას, შესაბამისად, აღნიშნული საკითხი მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ვერ იქნა გარკვეული.

სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის საწინააღმდეგო კომიტეტი (CPT), მე – 3 ზოგად ანგარიშში, მიუთითებს სამედიცინო პერსონალის მიერ პროფილაქტიკური სამუშაოს ჩატარების აუცილებლობაზე: „*პენიტენციურ დაწესებულებებში სამედიცინო მუშაკების ამოცანას შეადგენს არამარტო ავადმყოფთა მკურნალობა, არამედ ისინი პასუხისმგებელნი უნდა იყვნენ სოციალურ და პროფილაქტიკურ დახმარებაზე. სამედიცინო პერსონალი ციხეებში მჭიდროდ უნდა თანამშრომლობდეს სხვა სამსახურებთან – უნდა ახორციელებდეს კონტროლს კვებაზე (რაოდენობა, ხარისხი, მომზადება და საკვების განაწილება), ჰიგიენის ნორმების დაცვაზე (ტანსაცმლისა და თეთრეულის სისუფთავე, გამდინარე წყლისა და სანიტარიული მოწყობილობების ხელმისაწვდომობა), გათბობაზე, განათებასა და ვენტილაციაზე საკნებში. შრომა, გასეირნება და ფიზიკური ვარჯიშები სუფთა ჰაერზე – ასევე შედის მის კომპეტენციაში*“.

ციხის ევროპული წესები ასევე დიდ ყურადღებას უთმობს ციხის სანიტარიულ-ჰიგიენურ პირობებს.

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონში ასევე მნიშვნელოვანი ყურადღებაა გამახვილებული პატიმრების ყოფაზე.³⁵

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს შესწავლილ იქნა ის პირობები, რომლებშიც მსჯავრდებულებსა და პატიმრებს უწევთ ყოფნა; შეფასდა სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა, მსჯავრდებულთა კვების, საცხოვრებელი პირობების, პირადი ჰიგიენის, გავრცელებული დაავადებების, წყლის, ჰაერის, ტემპერატურის, ტენიანობის, განათებისა და სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით. გამოკვეთილ იქნა სისტემური და ადგილობრივი პრობლემები, რომელთა ერთობლიობა ნეგატიურ გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და მომზადდა შესაბამისი რეკომენდაციები, რომლებიც წლის პირველ და მეორე ნახევარში, საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშთან ერთად წარედგინა საქართველოს პარლამენტს.

საქართველოს იუსტიციის მინისტრისა და საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 1999 წლის 22 დეკემბრის ერთობლივი ბრძანების N5/500/ო მიხედვით, დამტკიცებულ იქნა მსჯავრდებულთა კვების ნორმები, ტანსაცმლისა და სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები.

ბრძანების N11 დანართის სახით დამტკიცებულია ასევე დებულება სასჯელაღსრულების დაწესებულებების ზოგადი სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების შესახებ. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების დაცვაზე კონტროლი ევალება სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამედიცინო სამსახურს ან ექიმს.

უპირველეს ყოვლისა, გვინდა აღვნიშნოთ იმ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობა, რომლებიც ჰაერის დაბინძურების ზონაში მდებარეობენ. აღნიშნული შეეხება თბილისში, გლდანში განთავსებულ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებას და თბილისის №8 საპყრობილეს, ასევე რუსთავეში განთავსებულ №1 და №2 დაწესებულებებს.

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება მდებარეობს თბილისის №8 საპყრობილის კომპლექსში. საპყრობილე გაშლილია ტერიტორიაზე, სადაც მშრალი ჰავაა. ზაფხულში სიცხეა. მიმდებარედ განთავსებულია ნაგავსაყრელი, სადაც ყოველდღიურად ხდება თბილისიდან გატანილი საყოფაცხოვრებო ნარჩენების წვა. წარმოქმნილი კვამლით კი ტერიტორია ყოველდღიურად ბინძურდება. აღნიშნულს ადასტურებენ ამ დაწესებულებაში მომუშავე თანამშრომლები, მათ შორის ექიმებიც. როგორც პატიმრები აღნიშნავენ, ნაგავსაყრელს ცეცხლს უკიდებენ ღამით, 12:00 საათზე და წვის პროცესი გრძელდება დილამდე. საპყრობილემდე მოღწეული მძაფრი და არასასიამოვნო სუნისა და კვამლის გამო ფანჯრებს კეტავენ და უჭირთ სუნთქვა. ღამის საათებში განხორციელებული მონიტორინგის დროს, ჩვენ არაერთხელ დავაფიქსირეთ კვამლი

³⁵ 2010 წლის 1 ოქტომბრიდან მოქმედ პატიმრობის კოდექსში

დაწესებულების ტერიტორიაზე აღნიშნული პრობლემა დღემდე მოუგვარებელია. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში კონცენტრირდება საქართველოს ყველა რეგიონიდან გადმოყვანილი ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობის მქონე მსჯავრდებულები და პატიმრები. განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს ის კატეგორია, რომელსაც სასუნთქი სისტემის დაავადებები აღენიშნება. ამ კატეგორიის პაციენტთა ასეთ პირობებში განთავსება საშიშია მათი სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის.

რუსთავის №1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება და რუსთავის №2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება განთავსებულია მშრალი კლიმატის ზონაში. ზაფხულში ძალიან ცხელა. პატიმრები უჩივიან გარემოს დამატებით დაბინძურებას ახლომდებარე ცემენტის ქარხნის მილებიდან. მათი გადმოცემით, ქარიან ამინდში გამონაბოლქვის დიდი მასა №2 დაწესებულების ტერიტორიაზე იფრქვევა, რაც მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ნეგატიურად აისახება. ამ მხრივ განსაკუთრებით გამოსაყოფია რესპირატორული ტრაქტის პათოლოგიის მქონე პაციენტები (ბრონქული ასთმა და ა.შ.), რომლებიც აღნიშნავენ დაავადების გამწვავებას და მდგომარეობის დამძიმებას.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა უმრავლესობაში, განსაკუთრებით მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებებში, აღსანიშნავია პრობლემები პატიმართა საცხოვრებელი ფართობის განათების თვალსაზრისით. დაწესებულებათა უმრავლესობაში ფანჯრები პატარა ზომისაა და გარდა ამისა, ისინი დაფარულია რამდენიმეშრიანი დამცავი ცხაურით. აღნიშნული უფრო მეტად ასუსტებს ბუნებრივი განათების შემოსვლის შესაძლებლობას. რამდენიმე დაწესებულებაში ხელოვნური განათების ელექტრონათურები ხშირად იწვება და ადმინისტრაციის მხრიდან არ ხდება მათი გამოცვლა, რის გამოც, მზის ჩასვლის შემდეგ, პატიმრებს ნახევრად ჩაბნელებულ სადგომებში უწევთ ყოფნა. განათების ნაკლოვანების პრობლემებია შექმნილი კარცერების და იზოლაციის საკნების უმრავლესობაში, განსაკუთრებით, აღნიშნული შეეხება მოძველებული ინფრასტრუქტურის მქონე დაწესებულებებს. მზის სინათლის შემოსვლის სიმცირე, პატარა ზომის ფანჯრები, აერაციის პრობლემები ხელს უწყობს ავადობის მკვეთრ მატებას და განსაკუთრებით აღსანიშნავია ისეთი დაავადების გავრცელების ხელშეწყობა, როგორიცაა ტუბერკულოზი.

გადაუჭრელ პრობლემად რჩება საკნების ვენტილაცია. მიუხედავად იმისა, რომ ახლად აშენებულ დაწესებულებათა უმრავლესობაში დამონტაჟებულია გამწოვები, ეს ვერ უზრუნველყოფს საკანში ჰაერის ნაკადის ადეკვატურ ცვლას და აერაციას. ზოგიერთ დაწესებულებაში გამწოვების მოტორები გამოსულია მწყობრიდან, ზოგიერთში მათ დიდი ხნის განმავლობაში არ რთავენ. ზოგიერთ დაწესებულებაში კი ასეთი გამწოვის მუშაობას თან ახლავს ისეთი ძლიერი ხმაური, რომელიც თავის მხრივ წარმოადგენს მავნე ფაქტორს ადამიანის ჯანმრთელობისათვის. მიუხედავად ამისა, ძველი ინფრასტრუქტურის მქონე დაწესებულებათა ნაწილში აერაციის გაუმჯობესების ასეთი საშუალებაც კი არ არსებობს. განსაკუთრებით ამ მხრივ მდგომარეობა მძიმდება ზაფხულის და ზამთრის პერიოდებში. მონიტორინგის დროს რუსთავის №2 დაწესებულების, ზუგდიდის №4 საპყრობილის საკნებში ნანახი იქნა შემთხვევები, როდესაც ხდება მინების ამოღება, რათა უფრო მეტად მოხდეს აერაცია. ზაფხულის პერიოდში ხშირად პატიმრები ითხოვენ საკნის კარის სარკმლის გაღებას

მცირე პერიოდით მაინც, რათა შეიქმნას ორპირი ქარის გარემო და მათ მცირე ხნით მაინც შეძლონ სუნთქვა და განთავსება. ასეთ პირობებში უხეშად ირღვევა „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 33-ე მუხლის მე-4 პუნქტით დადგენილი მოთხოვნა – საცხოვრებელ სადგომს უნდა ჰქონდეს ფანჯარა, რომელიც უზრუნველყოფს ბუნებრივ განათებას და ვენტილაციას. ჰაერის ტემპერატურისა და აერაციის მავნე გავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით კი იმ პირებზე, რომლებსაც წლობით უწევთ ასეთ პირობებში ცხოვრება. მათი მდგომარეობა დამატებით მძიმდება ზოგიერთ დაწესებულებაში ჰაერის ტენიანობის შეცვლილი მაჩვენებლებით. ტენიანობის გაზომვა ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალის, ან თუნდაც რომელიმე სხვა სამსახურის მიერ არ ხდება. დასავლეთის რეგიონში განთავსებული პატიმრები ხშირად უჩივიან მაღალი ტენიანობის მავნე გავლენას მათ ჯანმრთელობაზე. მაღალი ტენიანობა იქნა დაფიქსირებული განსაკუთრებით საიზოლაციო საკნებში და კარცერებში (ქუთაისი, ხონი). სამედიცინო პერსონალი არანაირ მნიშვნელობას არ ანიჭებს ადამიანის ჯანმრთელობის პრობლემასა და არსებული გარემო პირობების შეუთავსებლობის საკითხს, ვინაიდან ამგვარი საკითხების ზედამხედველობა, სასჯელაღსრულების დაწესებულების პირობებში, ექიმს მხოლოდ ფორმალურად ეკისრება. პრაქტიკაში კი არავინ კითხულობს მის მოსაზრებას ამა თუ იმ სადგომის პირობების ადეკვატურობასთან დაკავშირებით.

ფსიქო-ჰიგიენის თვალსაზრისით, გაუმართლებლად უნდა ჩაითვალოს ისეთი საკნების დაპროექტება, რომლებშიც ათეულობით ადამიანს უწევს ერთობლივი თანაცხოვრება. აღნიშნული განსაკუთრებით შეეხება ისეთ დაწესებულებებს, რომლებშიც სისტემატურად დგას გადატვირთულობის პრობლემა, ასევე, ახლად აშენებულ და ახლად ექსპლუატაციაში შესულ დაწესებულებებს (რუსთავი, გეგუთი). ადამიანთა დიდი რაოდენობის განთავსება ერთ საკანში არღვევს ამ ადამიანთა ფსიქიკას და იწვევს დარღვევებს ფსიქიკური სფეროს მხრივ. გარდა ამისა, ამწვავებს უკვე არსებულ ფსიქიკურ პრობლემას, რაც ნეგატიურად აისახება ზოგადად დაწესებულებაში შექმნილ სიტუაციაზეც.

რაც შეეხება სასმელი წყლით მომარაგებას, ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ დასავლეთ საქართველოს ზოგიერთ დაწესებულებაში წყალი მუდმივად არ მიეწოდებათ (ზუგდიდი, ბათუმი, ქუთაისი). ქსნის №7 დაწესებულებაში ჩატარებულმა სასმელი წყლის ბაქტერიოლოგიურმა შესწავლამ გამოავლინა მისი დაბინძურება ფეკალური მასებით, რის გამოც გაიცა რეკომენდაცია წყლის სასმელად უვარგისობასთან დაკავშირებით. რუსთავის №2 დაწესებულებაში აღებული სასმელი წყლის ნიმუშის შესწავლისას გამოვლინდა გარკვეული პრობლემები წყლის ქიმიურ შემადგენლობასთან დაკავშირებით. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ნიმუშის წყლის დაღევა მოკლე ვადაში არ იწვევს რაიმე სერიოზულ დაავადებას, ამ წყლის ხანგრძლივმა მოხმარებამ, შესაძლებელია, ადამიანის ორგანიზმში მთელი რიგი ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები წარმოშვას. იმავე წყლით მარაგდება რუსთავის N1 დაწესებულებაც. აღნიშნულთან დაკავშირებით, სახალხო დამცველის მიერ გაცემული რეკომენდაციები გათვალისწინებულ იქნა.

ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა სასჯელადსრულების დაწესებულებებში საყურადღებოა სეზონის, გეოგრაფიული მდებარეობის, დაწესებულებაში განთავსებული კონტინგენტის და სხვა მრავალი ფაქტორის გათვალისწინებით. „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 42-ე მუხლის შესაბამისად, დარეგულირებულია სასჯელადსრულების დაწესებულების სამედიცინო კონტროლი. მუხლში ნათქვამია, რომ სასჯელადსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახური ან ექიმი ვალდებულია, რეგულარულად შეამოწმოს: მსჯავრდებულთათვის მიცემული საკვების ხარისხი და ოდენობა, მათი მომზადების სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები, დაწესებულების ტერიტორიისა და ნაგებობის სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა, მსჯავრდებულთა ტანსაცმლისა და საწოლის თეთრეულის მდგომარეობა და სეზონის პირობებთან შესაბამისობა. დარღვევათა აღმოჩენის შემთხვევაში, სამედიცინო სამსახურმა ან ექიმმა წერილობით უნდა აცნობოს დაწესებულების ადმინისტრაციას პრობლემის შესახებ. მიუხედავად ამისა, სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი ბი სი აი“-ს მენეჯმენტის პირობებში, ექიმის როლი, სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური კონტროლის განხორციელებაზე პრაქტიკულად იგნორირებული იყო. აღნიშნული პერიოდი მოიცავს ასევე საანგარიშო პერიოდის 1 თვეს (2009 წლის იანვარი). როგორც ცნობილია, თებერვლის დასაწყისში ხელშეკრულება სადაზღვევო კომპანიასთან შეწყდა და სამედიცინო პერსონალი კვლავ მოექცა სასჯელადსრულების დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში. 2009 წლის მარტიდან მოყოლებული, სასჯელადსრულების დაწესებულების ექიმი და სხვა სამედიცინო პერსონალი, ნელ-ნელა იბრუნდებდა პასუხისმგებლობას, დაწესებულებაში შექმნილი სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის და განსახორციელებელი პროფილაქტიკური ღონისძიებების იმპლემენტაციის შესახებ. მონიტორინგის ჩატარების დროს, შესწავლამ აჩვენა, რომ ზოგიერთი ექიმი აცნობიერებს ამ სფეროს მნიშვნელობას და პასუხისმგებლობასაც შესაბამისად იზიარებს, ხოლო ექიმთა ნაწილი კვლავ მიიჩნევს, რომ სანიტარიული პირობები და მისი კონტროლი მათ მოვალეობაში არ შედის. სანაცვლოდ კი ამ სფეროზე პასუხისმგებელ სამსახურად ასახელებს სოციალურ სამსახურს ან სულაც მომარაგების სტრუქტურებს.

რუსთავის №1 დაწესებულებაში ჩატარებულმა მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ დაწესებულების საცხოვრებელ საკნებში დღემდე არსებობს ბაღლინჯო. დატილიანების ფაქტებს ექიმი უარყოფს. წლის განმავლობაში გამოვლენილი იყო მუნის რამდენიმე შემთხვევა. ექიმის განცხადებით, თბილისიდან თვეში ერთხელ დადის სანიტარიული სამსახური, რომლის წარმომადგენლები ატარებენ დეზინსექციას და დერატიზაციას. სადეზინფექციო საქმიანობები არ ტარდება. ციხის სამედიცინო პერსონალის მიერ სანიტარიული და ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გეგმური და მიზანმიმართული კონტროლი არ მიმდინარეობს, შესაბამისად, არც რაიმე დადგენილი სანიტარიულ-ჰიგიენური სტანდარტები გააჩნიათ.

ქუთაისის №2 დაწესებულებას გაფორმებული აქვს ხელშეკრულება სანიტარიულ სამსახურთან - შპს „სადეზინფექციო სადგური 2009“, რომლის წარმომადგენელი ციხეში მოდის გეგმურად თვეში ორჯერ და სადეზინსექციო და სადერატიზაციო სამუშაოებს ატარებს სველ წერტილებში, სამედიცინო ოთახებში, სამზარეულოსა და ეზოში. მხოლოდ მოთხოვნის შემთხვევაში ამუშავებს საცხოვრებელ საკნებსაც. რაც

შეეხება პატიმართა მიერ ჰიგიენური და სანიტარიული ნორმების დაცვის ხელშეწყობას, ექიმის განმარტებით, აღნიშნული საკითხი წარმოადგენს სოციალური სამსახურის კომპეტენციის სფეროს. მთავარი ექიმის გადმოცემით, საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირებულია მუნის შემთხვევები. მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ასევე ნანახი იქნა ბალღინჯოები პატიმართა საცხოვრებელ საკნებში. პატიმრები აღნიშნავენ, რომ ზაფხულის პერიოდში, როდესაც მაღალი ტემპერატურა იყო, მათ პერიოდულად არ მიეწოდებოდათ წყალი. ასევე, ხშირად ვერ სარგებლობდნენ აბანოთი, რის გამოც უხდებოდათ პლასტმასის ბოთლების გავსება და საკნის საპირფარეოში დაბანა.

რუსთავის №2 დაწესებულების ექიმის აზრით, დაწესებულებაში არსებული სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, თუმცა „უკეთესიც შეიძლება იყოს“. რაც შეეხება დაწესებულებაში სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სპეციალიზებული სამსახურის მუშაობის ზუსტ დეტალებს, ეს ექიმმა არ იცის და გვირჩევს, მივმართოთ ბუღალტერიას. მიუხედავად ამისა, ექიმი განმარტავს, რომ როგორც მისთვის ცნობილია, კონტრაქტორი ორგანიზაციის წარმომადგენლები დაწესებულებაში ახდენენ დერატიზაციისა და დეზინსექციას. დეზინფექცია, როგორც წესი, არ ტარდება. აღნიშნული სამსახურის წარმომადგენლები მოდიან თვეში ორჯერ, ამუშავებენ საცხოვრებელ კორპუსებს, სამედიცინო ნაწილს, ადმინისტრაციის შენობას (თუ მოითხოვს). წასვლისას ტოვებენ ფხვნილებს, რომლებიც გამოიყენება საჭიროების შემთხვევაში. საანგარიშო პერიოდში დაწესებულებაში დაფიქსირებულია დატილიანების ფაქტებიც, ასევე გამოვლენილია რწყილების და ბალღინჯოების არსებობაც, თუმცა ამ უკანასკნელს ფართო მასშტაბები არ ჰქონია. ამ ინფორმაციას უარყოფს ექიმი, თუმცა ადასტურებენ პატიმრები. მონიტორინგის ჯგუფის წევრებმა ბალღინჯოები ნახეს საკნებში. დაწესებულებაში ინფექციური დაავადებების გავრცელება არ არის დაფიქსირებული, თუმცა 2009 წლის მეორე ნახევარში ექიმი 2 ჩუტყვავილით დაავადების ფაქტს იხსენებს. პატიმრები უკმაყოფილებას გამოთქვამენ სასმელი წყლის ხარისხის გამო. ზოგიერთი მათგანი აღნიშნავს, რომ სასმელ წყალზე აქვს ალერგია.

თბილისის №3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, მოძველებული ინფრასტრუქტურის და მწირი რესურსების გამო, სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის დაცვა სრულყოფილად შეუძლებელია. სამედიცინო პერსონალთან და პატიმრებთან გასაუბრებისას გამოვლინდა, რომ დაწესებულებაში უხვადაა ბალღინჯო, ტარაკნები; არის დატილიანების შემთხვევებიც. ინფექციური დაავადებების გავრცელება არ დაფიქსირებულა. საანგარიშო პერიოდში გამოვლენილია მუნის შემთხვევები. მთავარი ექიმის ინფორმაციით, ხელშეკრულება აქვთ დადებული „დეზ-ბაზასთან“, რომლის წარმომადგენლები დაწესებულებაში მიდიან თვეში 2-ჯერ. მუშავდება დერეფნები და ის საკნები, რომლებშიც მცხოვრები პატიმრებიც გამოთქვამენ ამის სურვილს. სანიტარიული სამსახურის წარმომადგენლები ატარებენ სადეზინსექციო და სადერატიზაციო ღონისძიებებს.

ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულებაში ხელშეკრულება გაფორმებულია თბილისში, ყაზბეგის ქუჩაზე განთავსებულ დეზ-სამსახურთან. მათი წარმომადგენლები თვეში ორჯერ მიდიან დაწესებულებაში (აუცილებლობის

შემთხვევაში – უფრო ხშირად), ამუშავებენ საცხოვრებელ საკნებს, სამედიცინო ნაწილს, საცხოვრებელ ბარაკებს, პატიმართა ლოგინებს, ადმინისტრაციულ კორპუსს, სანიტარიულ კვანძებს, ნაგავსაყრელსა და მიმდებარე ტერიტორიას. სამსახურის წარმომადგენლები ახორციელებენ დეზინფექციას, დეზინსექციას და დერატიზაციას. მთავარი ექიმის განმარტებით, სასჯელაღსრულების სხვა დაწესებულებებთან შედარებით, ქალები უკეთ იცავენ სისუფთავეს და ჰიგიენას. მიუხედავად ამისა, ეპიზოდურად ჰქონიათ ბაღლინჯოს გავრცელების შემთხვევები, განსაკუთრებით, ზაფხულის პერიოდში. დეზ-სამსახურის წარმომადგენელთა საქმიანობას ზოგჯერ პატიმრები წინააღმდეგობას უწევენ და არ ამუშავებინებენ სადგომებს, თუმცა მათი სანიტარიული მდგომარეობის გაუარესებისას, შემდეგ ვიზიტზე ისინი თავად ითხოვენ მათი საცხოვრებელი ადგილის დამუშავებას. ექიმის ინფორმაციით, ჰქონდათ „A“ ჰეპატიტის საექვო ეპიდემიოლოგიური კერა (2009 წლის აპრილში), რადროსაც ზემოაღნიშნული სამსახურის გამოძახება და დამუშავების ჩატარება დამატებით განხორციელდა. ექიმის ინფორმაციით, არასრულწლოვანთა კორპუსში დაფიქსირებულია მუნის გავრცელების ერთეული შემთხვევები. ასეთ დროს კორპუსს უმოკლეს ვადაში ამუშავებენ და იწყებენ მუნის საწინააღმდეგო მკურნალობას. საანგარიშო პერიოდში დატილიანება არ ყოფილა. ისეთი ინფექციური დაავადებების გავრცელება, როგორებიცაა წითელა, წითურა და ა.შ. არ დაფიქსირებულა. პატიმრებს ადმინისტრაცია აწვდის საპონს და სარეცხ საშუალებებს. მთავარი ექიმის ინფორმაციით, იგი პირადად სისტემატურად აწარმოებს დაწესებულებაში ეპიდსიტუაციის მონიტორინგს.

რაც შეეხება არასრულწლოვანთა აღმზრდელით დაწესებულებას, ადგილობრივი მედპერსონალის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, მათ დადებული აქვთ ხელშეკრულება ქალაქ თბილისის მერიის სანიტარიულ სამსახურთან. სახელშეკრულებო საფუძველზე სანიტარიული სამსახური დაწესებულებაში თვეში ერთხელ მიდის. ისინი აწარმოებენ დეზინსექციას და დერატიზაციას. მთავარი ექიმის განმარტებით, მუშავდება პატიმრების საცხოვრებელი სათავსოები, სამედიცინო ნაწილი, ადმინისტრაციული კორპუსი და სველი წერტილები, სარდაფი და დაწესებულების ეზო. მთავარი ექიმის განმარტებით, სანიტარიული სამსახური დამუშავების დროს საკუთარი გეგმით მოქმედებს, თუმცა ექიმი აძლევს რეკომენდაციებს, რომლებსაც ისინი ითვალისწინებენ. მთავარი ექიმის გადმოცემით, იგი და მედპერსონალი ჩართულია ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის კონტროლში. ექიმი პერიოდულად ათვალიერებს დაწესებულების ტერიტორიას, პატიმართა საცხოვრებელ კორპუსს. კვირაში ერთხელ ექიმი სარეჟიმო სამსახურთან და სამეურნეო ნაწილთან ერთად აწარმოებს გეგმურ მონიტორინგს, ადგენს შესაბამის აქტს და ინფორმაციას არსებული მდგომარეობის შესახებ აწვდის დაწესებულების დირექტორს. მთავარი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, დატილიანების და ბაღლინჯოს არსებობის ფაქტები მისთვის არ არის ცნობილი. საანგარიშო პერიოდში ასევე არ ჰქონიათ ისეთი ინფექციური დაავადებები, როგორებიცაა წითელა, წითურა და ა.შ. მუნის არსებობის ერთეულ შემთხვევებს ადგილობრივი ექიმი ადასტურებს.

რუსთავის №6 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში გაფორმებული აქვთ ხელშეკრულება შპს რუსთავის სანიტარიულ სამსახურთან. ამ უკანასკნელის წარმომადგენელი თვეში ერთხელ მიდის

დაწესებულებაში და ამუშავებს დერეფნებს, სამედიცინო ნაწილს და იმ საკნებს, რომლებსაც პაციენტები ითხოვენ. აღნიშნული პირები ახდენენ დეზინსექციას და დერატიზაციას. ექიმის გადმოცემით, ზოგიერთ შემთხვევაში პაციენტები არ ამუშავებინებენ მათ საკნებს, იმ მოსაზრებებით, რომ დასამუშაველ ხსნარს მძაფრი და სპეციფიკური სუნი ასდის. ციხის სამედიცინო პერსონალი სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიურ კონტროლს არ ახორციელებს. აღნიშნულ საკითხებთან დაკავშირებით შესრულებული სამუშაოს ჩაბარებაზე ხელს აწერს სამეურნეო სამსახური. სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ქვეყანაში დადგენილი სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სტანდარტების შესახებ ცნობილი არ არის. ექიმის განმარტებით, მაღალი კონტაგიოზობით გამორჩეული ინფექციების მხრივ რაიმე პრობლემა ან შემთხვევათა გახშირება საანგარიშო პერიოდში არ მომხდარა. მსჯავრდებულებს დაწესებულება თავიდან აძლევს თეთრეულს, თუმცა ამას ერთჯერადი ხასიათი აქვს. ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა მუნის 5 შემთხვევა. რაც შეეხება დატილიანებას, რწყილებს და ბალნინჯობებს, ექიმი კატეგორიულად უარყოფს; ასევე არ ადასტურებს ინფექციური დაავადებების არსებობას დაწესებულებაში.

სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის თვალსაზრისით განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაა შექმნილი ქსნის №7 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, ხონის №9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, თბილისის №1, ბათუმის №3 და ზუგდიდის №4 საპყრობილებში, ასევე საყურადღებო მდგომარეობაა ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში და თბილისის №10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში. ამ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ზოგიერთი ასპექტი ასახულია ცხრილში.

№	დაწესებულების დასახელება	სანიტარიული ნორმების დაცვა	სანიტარიული სამსახური				ეპიდსიტუაცია				
			ხელშეკრულება	პერიოდული ღვა (თვეში)	დერატიზაცია	დეზინსექცია	დეზინფექცია	მუნი	ბალნინჯო	დატილიანება	ინფექცია
		-	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ქსნის №7 დაწესებულება	-	+	2 x	+	+	-	+	+	+	-
2	ხონის №9 დაწესებულება	-	+	0 x	+	+	-	+	+	+	-
3	თბილისის №1 საპყრობილე	-	+	2 x	+	+	-	+	+	-	-
4	თბილისის №10 დაწესებულება	-	+	1 x	+	+	-	+	+	-	-
5	ბათუმის №3 საპყრობილე	-	+	1 x	+	+	-	+	+	+	+
6	ზუგდიდის №4 საპყრობილე	-	+	1 x	+	+	-	+	+	+	+
7	ტუბ. სამკ. დაწესებულება	-	+	1 x	+	+	-	+	+	+	+
8	თბილისის №3 დაწესებულება	-	+	2 x	+	+	-	+	+	+	-

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ყველა დაწესებულებას გაფორმებული აქვს ხელშეკრულება შესაბამის სანიტარიულ სამსახურთან. აღნიშნულის შესახებ ექიმები ინფორმირებულნი არიან, თუმცა ყველა მათგანი ზუსტად ვერ ასახელებს

კონტრაქტორი ორგანიზაციის სახელწოდებას. ექიმის ინფორმაციით, ხონის №9 დაწესებულებაში დადიან ქუთაისის დეზ-სამსახურიდან, თბილისის №10 დაწესებულებაში მოდიან „დეზ-ბაზიდან“, ბათუმის №3 საპყრობილეში - შპს „სადეზინფექციო სადგური 2009“-დან, ზუგდიდის №4 საპყრობილეში - ქუთაისის სადეზინფექციო სადგურიდან, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში - მცხეთის სანიტარიული სამსახურიდან. ხონის №9 დაწესებულებაში სამედიცინო პერსონალმა, ადმინისტრაციის წარმომადგენლებმა და მსჯავრდებულებმა განსხვავებული ინფორმაცია მოგვაწოდეს. ექიმმა პირველი მონიტორინგის დროს განგვიცხადა, რომ სანიტარიული დამუშავება ხდება თვეში ერთხელ, მომდევნო ვიზიტის დროს კი მოგვაწოდა ინფორმაცია, რომ აღნიშნული სამსახური დაწესებულებაში წელიწადში 2-ჯერ ან 3-ჯერ მოდის. მთვარი ექიმის განცხადებით, დაწესებულებაში იქმნება კომისია, რომელიც ახდენს იქ არსებული სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის შეფასებას. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული კომისიის მიერ დაწერილი რაიმე სახის დასკვნა ან ანგარიში ჩვენს მიერ ვერ იქნა მოძიებული. ასევე შეუვსებელია დაწესებულების ჟურნალი სანიტარიული მდგომარეობის შესახებ. ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, სანიტარიული სამსახური, მთავარი ექიმის ინფორმაციით, საშუალოდ 3 კვირაში ერთხელ დადის. აღნიშნულის გარდა, სანიტარიული სამსახურის ვიზიტების პერიოდულობა მოცემულია ცხრილში. ყველა დაწესებულების წარმომადგენელი ადასტურებს, რომ სანიტარიული სამსახურის წარმომადგენლები ატარებენ მხოლოდ სადერატიზაციო და სადეზინსექციო საქმიანობას. რაც შეეხება დეზინფექციას, ის არცერთ ზემოთ ჩამოთვლილ დაწესებულებაში არ ტარდება. ზემოთ წარმოდგენილ 8 დაწესებულებაში ყველგანაა გავრცელებული ბაღლინჯო. რაც შეეხება მუნის შემთხვევებს, აღნიშნული დაავადება ყველა დაწესებულებაშია დაფიქსირებული, თუმცა უკანასკნელ პერიოდში აშკარაა ავადობის კლება გასულ წლებთან შედარებით.

რაც შეეხება დატილიანების ფაქტებს, აღნიშნულს არ ადასტურებენ მხოლოდ თბილისის №1 საპყრობილის და თბილისის №10 დაწესებულებების მთავარი ექიმები. დანარჩენ 6 დაწესებულებაში დატილიანების ფაქტები ხშირია. რაც შეეხება ინფექციურ დაავადებებს, ბათუმის №3 საპყრობილის მთავარი ექიმის განცხადებით, საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა ჩუტყვავილის შემთხვევა. ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, მთავარი ექიმის ინფორმაციით, წლის განმავლობაში დაფიქსირებულია ვირუსული „A“ ჰეპატიტის 3 შემთხვევა.

ქსნის №7 დაწესებულებაში და ზუგდიდის №4 საპყრობილეში სანიტარიული თვალსაზრისით შექმნილია კატასტროფული მდგომარეობა, რაც საშიშია ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის. მდგომარეობა უკიდურესად მძიმეა არამარტო პატიმართა და მსჯავრდებულთა საცხოვრებელ საკნებში, არამედ სამედიცინო ინფრასტრუქტურაშიც.

გეგუთის №8 დაწესებულებაში სარეაბილიტაციო სამუშაოები ახლად დასრულებულია, რის გამოც დაწესებულებაში შესაძლებელია სანიტარიული ნორმების ნაწილობრივ მაინც შენარჩუნება, თუმცა აღნიშნული სტანდარტები ძნელი დასაცავია ისეთ საკნებში, სადაც 100-მდე მსჯავრდებულია შესახლებული. ამ

შემთხვევებში დარღვეულია არამართო საცხოვრებელი პირობების სანიტარიული ნორმები, არამედ უხეშადაა იგნორირებული ფსიქოპიგიენის საკითხები. რაც შეეხება სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის კონტროლს, ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი ბი სი აი“ ამ მიმართულებით საქმიანობას არ ახორციელებდა და ყურადღებას არ აქცევდა. თვითონ სამედიცინო პერსონალი კი უხარისხოდ და ზედაპირულად მოქმედებდა ამ სფეროში. ამ ეტაპზე სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმები კარგად არის დაცული. ექიმის ინფორმაციით, დაწესებულებას ხელშეკრულება აქვს გაფორმებული შპს „ციცინათელასთან“ ქალაქ ქუთაისში, რომელიც ახორციელებს სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიურ ღონისძიებებს. აღნიშნული ღონისძიებები მოიცავს დეზინსექციას და დერატიზაციას. რაც შეეხება დეზინფექციას, ამის შესახებ ექიმს ინფორმაცია არ გააჩნდა წლის პირველ ნახევარში, ხოლო განმეორებითი მონიტორინგის დროს გაირკვა, რომ აღნიშნული პრობლემა გადაიჭრა და ექიმის მითითებით, თვეში ერთხელ ტარდება სადეზინფექციო სამუშაოებიც. სამსახურის მიერ სანიტარიულად მუშავდება სამედიცინო ნაწილი, საცხოვრებელი ფართი, სამზარეულო, ადმინისტრაციული კორპუსი და ეზოები. სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური ღონისძიებების გასატარებლად ზაფხულის პერიოდში სპეციალისტები უფრო ხშირად დადიან. ექიმის ინფორმაციით, მოთხოვნის შემთხვევაში პაციენტებს მიეწოდებათ საპონი და სარეცხი საშუალებები. მათი შემენა ასევე შესაძლებელია დაწესებულების მაღაზიაში. ექიმის ინფორმაციით, საანგარიშო პერიოდში მას აღმოუჩენია ისეთი ეპიდ-პრობლემები, როგორებიცაა დატილიანება, ბაღლინჯოები, მუნი და სხვა. ისეთი ინფექციური დაავადებები, როგორებიცაა წითელა, წითურა და ასე შემდეგ საანგარიშო პერიოდში არ დაფიქსირებულა.

თბილისის №7 საპრობილეში, მთავარი ექიმის გადმოცემით, ექიმის მონაწილეობა სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის მონიტორინგში ხორციელდება შეძლებისდაგვარად. 2009 წლის განმავლობაში დაფიქსირდა მწვავე რესპირატორული დაავადების რამდენიმე შემთხვევა. რაც შეეხება სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სტანდარტების დაცვას საპრობილეში, ექიმის ინფორმაციით, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს გაფორმებული აქვს სათანადო ხელშეკრულება დეზ-სამსახურთან. აღნიშნული სამსახურის ვიზიტი ხორციელდება პერიოდულად. სამსახურის წარმომადგენლები ამუშავებენ საკნებს, დერეფნებს, ადმინისტრაციის სამუშაო ოთახებს და სველ წერტილებს და საპრობილის მიმდებარე ტერიტორიას. ექიმი ჩატარებული სადეზინფექციო სამუშაოებით კმაყოფილია, თუმცა აღნიშნავს, რომ ეს საკითხი მომარაგების სამსახურს ეხება და შესაბამისად, შესრულებულ სამუშაოსაც ეს სამსახური იბარებს. ექიმის ინფორმაციით, პაციენტები თვითონ რეცხავენ საჭიროების შემთხვევაში, ვინაიდან დაწესებულებაში სამრეცხაო არ არსებობს. ექიმის ინფორმაციით, საანგარიშო პერიოდში მისთვის ცნობილი არ გამხდარა დატილიანების ან ბაღლინჯოს არსებობის ფაქტები. ისეთი ინფექციური დაავადებები, როგორებიცაა წითელა, წითურა და ა. შ. არ დაფიქსირებულა. მთავარი ექიმის ინფორმაციით, მუნი შემთხვევა 2009 წელს არ ყოფილა.

თბილისის №8 საპრობილის მთავარი ექიმის განმარტებით, იგი ახორციელებს საპრობილეში ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის მონიტორინგს. აღნიშნული ითვალისწინებს დაკვირვებას ჰიგიენური პროცედურების დაცვაზე და გადამდები

დაავადებების მქონე პირების იზოლირებას. ექიმის გადმოცემით, საპრობილის ადმინისტრაციას დადებული აქვს ხელშეკრულება კომპანიასთან, რომელიც ახორციელებს სანიტარიულ და სადეზინფექციო საქმიანობას. მათი წარმომადგენლები დაწესებულებაში თვეში 2-ჯერ მიდიან. ამუშავებენ სამედიცინო დანიშნულების ოთახებს, ადმინისტრაციულ კორპუსს, სველ წერტილებს, საკნებს - მხოლოდ ექიმების მითითებით, დერეფნებს, ეზოებს. როგორც ირკვევა, აღნიშნული სამსახური ახორციელებს მხოლოდ დეზინსექციისა და დერატიზაციის ღონისძიებებს. ისინი მუშაობენ თავისი გეგმით, თუმცა ასევე ასრულებენ ადგილობრივი ექიმის მითითებებსაც. რაც შეეხება დატილიანებას, ექიმი აღნიშნავს, რომ საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირებულა ერთეული შემთხვევები. ბაღლინჯოს და მუნს უარყოფს. ექიმის ინფორმაციით, იყო ერთი შემთხვევა, როდესაც დაფიქსირდა ციმბირის წყლულის კანის ფორმა. პაციენტის მიმართ დაუყოვნებლივ გატარდა ადეკვატური სამედიცინო და ჯანდაცვითი ღონისძიებები. ციხეში არ დადის ეპიდემიოლოგი სიტუაციის მონიტორინგის მიზნით. ამ ვაკუუმს ნაწილობრივ ავსებს ინფექციონისტი.

სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური და ჰიგიენური ნორმების დაცვა შემლებისდაგვარად წარმოებს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. დაწესებულების დაპროექტების, მშენებლობისა და ექსპლუატაციის პროცესში დარღვეული იყო საქართველოში მოქმედი რეგულაციები, რომელთა მიხედვითაც უნდა მოხდეს სამედიცინო დაწესებულებათა მშენებლობა და აღჭურვა. მნიშვნელოვან პრობლემას ქმნის გლდანის ნაგავსაყრელიდან ნაგვის წვის შედეგად წამოსული კვამლი, რომელიც შეუფერებელ გარემოს აყალიბებს დაწესებულებაში განთავსებული ავადმყოფი მსჯავრდებულებისა და პატიმრებისათვის. მთავარი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ადმინისტრაცია უზრუნველყოფს მწერებისა და მღრღნელების წინააღმდეგ სტაციონარის შენობის პროფილაქტიკური დამუშავების ორგანიზებას. დაწესებულებას გაფორმებული აქვს ხელშეკრულება სადეზინფექციო სამსახურთან. როგორც ირკვევა, ამ მიზნით ხელშეკრულება დადებულია „შპს მერიის სადეზინფექციო სამსახურთან“, რომელიც თვეში 2-ჯერ მიდის დაწესებულებაში და ატარებს დეზინფექციის, დეზინსექციის და დერატიზაციის სამუშაოებს. მუშავდება მთელი შენობა, სათავსოები, დერეფნები და სამუშაო ოთახები. სამედიცინო პერსონალი სადეზინფექციო სამუშაოების მიმდინარეობით და ჩატარებით კმაყოფილია. ექიმის გადმოცემით, დაწესებულებაში შემოსულ პაციენტთა შორის დაფიქსირებულია მუნის და დატილიანების შემთხვევები. რაც შეეხება ისეთ ინფექციურ დაავადებებს, როგორებიცაა წითელა, წითურა და ა.შ., ექიმები ამას უარყოფენ.

აღსანიშნავია, რომ 2009 წლის განმავლობაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს დაფიქსირებულია არაერთი ფაქტი, როდესაც პატიმარს ან მსჯავრდებულს აღენიშნება სხვადასხვა ცხოველის ნაკენი. დაზიანებების შემთხვევებში, ასევე ხშირია ჭრილობის ფართე ექსპოზიციის შემთხვევები და დაუცველი ქსოვილების კონტაქტი მიწასთან, დაზინძურებულ გარემოსთან, ჟანგიან ლითონის საგნებთან და ა.შ. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის დროს, ანტიტეტანური ან ანტირაბიული იმუნიზაციის ღონისძიებები მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში ფიქსირდება,

ძირითად ნაწილში კი პაციენტები ამ პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს მოკლებულნი არიან.

მონიტორინგის დროს შესწავლილ იქნა, ასევე, საკითხი ზოგიერთი კომუნიკაბელური (გადამდები) დაავადების გავრცელების შესახებ. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და საშიში ინფექციების გავრცელების სტატისტიკა პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, მოცემულია ცხრილში:

№	დაწესებულება	სქესობრ. გზით დადამდები	საშიში ინფექციები	შენიშვნა
1	რუსთავი №1	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
2	ქუთაისი №2	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
3	რუსთავი №2	2	0	დაფიქსირდა სიფილისის და გონორეის ფაქტები
4	თბილისი №3	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
5	ქალთა №5	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
6	რუსთავი №6	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
7	ქსანი №7	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
8	გეგუთი №8	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
9	ხონი №9	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
10	თბილისი №10	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
11	არასრულწლოვ	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
12	თბილისი №1	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
13	ბათუმი №3	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
14	ზუგდიდი №4	0	2	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
15	თბილისი №7	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
16	თბილისი №8	3	1	დაფიქსირდა გონორეა, სიფილისი და ჯილეხი
17	ტუბზონა	0	0	გამოკლვევა ან სკრინინგი არ ხდება
18	მკსდ	5	0	დაფიქსირდა გონორეული ურეთრიტები და სიფილისი
	სულ	10	3	

როგორც ცხრილიდან ჩანს, დაფიქსირებულია ვენსნეულების 10 შემთხვევა, რომელიც აერთიანებს სიფილისისა და გონორეის შემთხვევებს. იმ ფაქტორის გათვალისწინებით, რომ დერმატოვენეროლოგის მომსახურება ყველა დაწესებულებისათვის არ არის ხელმისაწვდომი, ასევე სპეციალისტის ვიზიტის პერიოდულობის გათვალისწინებით, აღნიშნული სურათი რეალობაში, სავარაუდოდ, გაცილებით მძიმე უნდა იყოს. რაც შეეხება საშიშ ინფექციებს, დაფიქსირებულია ციმბირის წყლულის შემთხვევა, რომელიც თბილისის N8 საპრობილუმში იქნა აღწერილი. მთავარი ექიმის გადმოცემით, პაციენტი გადაყვანილ იქნა ინფექციური პროფილის საავადმყოფოში.

პატიმრები, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა წერილობით მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს, რათა მიეღო ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორია იმ პირთა

სტატისტიკა, რომლებიც დაავადებულნი არიან უკუჩვენებელი სენით ან რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო. ასევე, დავინტერესდით, როგორია ტაქტიკა ასეთ შემთხვევებში (უზრუნველყოფილია თუ არა უკუჩვენებელი სენით დაავადებულთა სათანადო მოვლა; არსებობს თუ არა კვალიფიცირებული პერსონალი მათ მოსავლელად; ჩაუტარდათ თუ არა სათანადო გამოკვლევები, უტარდებათ თუ არა მკურნალობა, მათ შორის, პალიატიური; დაისვა თუ არა საკითხი მათი გათავისუფლების ან სხვა კლინიკაში გადაყვანის შესახებ და ა.შ).

სამინისტროდან მიღებული საპასუხო წერილის მიხედვით (წერილი N01-3057 01.04.2010), „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 27 მარტის N72/5 ბრძანების შესაბამისად, მსჯავრდებულთა ავადმყოფობის გამო სასჯელისაგან გათავისუფლების/გადავადების თაობაზე, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ერთობლივ სამედიცინო კომისიას 2009 წლის განმავლობაში განცხადებით მიმართეს მოქალაქეებმა 47 ავადმყოფთან დაკავშირებით. კომისიის მიერ კანონით დადგენილ ვადებში შესწავლილ იქნა თითოეული განცხადება, ავადმყოფის სამედიცინო დოკუმენტაცია. იმ შემთხვევებში, როდესაც სრულად არ იყო წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაცია, განმცხადებლებს მიეცათ რეკომენდაცია სამედიცინო საბუთების სრულყოფის შესახებ, აღნიშნული წერილობითი მიმართვის შემდგომ, განმეორებით მათგან განცხადებები არ შემოსულა. აღნიშნული პროცედურის პარალელურად, კომისიის მიერ სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებებიდან დამატებით გამოთხოვილი იქნა მსჯავრდებულთა სამედიცინო დოკუმენტაცია, რის საფუძველზეც დადგინდა, რომ 21 შემთხვევაში მსჯავრდებულთა დიაგნოზები არ შეესაბამებოდა 2007 წლის 23 მარტის N72/5 ბრძანების მოთხოვნებს. 3 – შემთხვევაში მომართვა შეეხებოდა პატიმრის შეწყალების საკითხებს, რაც სცილდებოდა ერთობლივი კომისიის კომპეტენციის ფარგლებს. 4 შემთხვევაში კომისიის მიერ მომზადებული იქნა შესაბამისი დასკვნა, რომელიც გადაგზავნილი იქნა სასამართლოებში მსჯავრდებულთა პატიმრობიდან ვადაზე ადრე გათავისუფლების საკითხის გადასაწყვეტად. მძიმე და განუკურნებელი სენით დაავადებული ავადმყოფები სასჯელაღსრულების სამკურნალო დაწესებულებებში იმყოფებიან სამედიცინო პერსონალის მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ, უტარდებათ სათანადო მკურნალობა და საჭიროების შემთხვევაში ხდება მათი გაყვანა ჯანდაცვის სისტემის სამკურნალო დაწესებულებებში“.

რაც შეეხება აღნიშნულ სიტუაციას 2010 წლის განმავლობაში, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროდან მოსული 2010 წლის 23 აგვისტოს N1/01-7745 წერილის შესაბამისად, რომელსაც ხელს აწერს მინისტრი, ირკვევა, რომ 2010 წლის 5 ივნისიდან 5 ივლისამდე პერიოდში, სამინისტროს მუდმივმოქმედ კომისიაში შემოსულია შუამდგომლობები 2249 მსჯავრდებულის პირობით ვადამდე გათავისუფლების თაობაზე, რომელთაგანაც, კომისიაზე დაშვებულ იქნა 1197 განცხადება. ამავე პერიოდში, მუდმივმოქმედი კომისიის მიერ დაკმაყოფილდა და წარდგინება გადაეგზავნა

შესაბამის სასამართლოს 158 მსჯავრდებულის პირობით ვადამდე გათავისუფლების თაობაზე.

2010 წლის 1 იანვრიდან 30 ივნისის ჩათვლით, საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 608-ე მუხლის პირველი ნაწილის შესაბამისად, ავადმყოფობის გამო სასჯელის მოხდისაგან გათავისუფლების თაობაზე, შესაბამისი სასამართლოსათვის წარდგინებით სასჯელაღსრულების დაწესებულების დირექტორებს არ მიუმართავთ. ამავე პერიოდში, საქართველოს სსსკ 607-ე მუხლის პირველი ნაწილის „ა“ პუნქტისა და მე-4 ნაწილის შესაბამისად, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარის შუამდგომლობით განაჩენის აღსრულება გადაუვადდა 14 მსჯავრდებულს.

2010 წლის 1 იანვრიდან 30 ივნისის ჩათვლით, საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 608-ე მუხლის პირველი ნაწილის შესაბამისად, ხანდაზმულობის ასაკს მიღწეული პირის სასჯელის მოხდისაგან გათავისუფლების თაობაზე, შესაბამისი სასამართლოსათვის წარდგინებით სასჯელაღსრულების დაწესებულებების დირექტორებს არ მიუმართავთ.

2010 წლის 5 იანვრიდან 5 ივლისის ჩათვლით, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს მუდმივმოქმედ კომისიაში წარმოდგენილი შუამდგომლობებიდან მსჯავრდებულისათვის სასჯელის მოუხდელი ნაწილის უფრო მსუბუქი სახის სასჯელით შეცვლის თაობაზე, დაშვებული იქნა 3 შუამდგომლობა. იმავე კომისიას, მსჯავრდებული პირისათვის სასჯელის მოუხდელი ნაწილის უფრო მსუბუქი სახის სასჯელით შეცვლის თაობაზე, სასამართლოსათვის წარდგინებით არ მიუმართავს. კომისიაში წარმოდგენილ იქნა შუამდგომლობები 24 მსჯავრდებულის მიმართ სასჯელის მოუხდელი ნაწილის საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომით შეცვლის თაობაზე, რომელთაგან კომისიაზე დაშვებული იქნა 14 შუამდგომლობა.

2010 წლის 1 იანვრიდან 10 ივლისის ჩათვლით, სასჯელის მოუხდელი ნაწილი, საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომით შეეცვალა მხოლოდ ერთ მსჯავრდებულს.

2010 წლის 1 იანვრიდან 30 ივნისის ჩათვლით, სასჯელაღსრულების დაწესებულებების გარეთ ხანმოკლე გასვლის უფლებით სარგებლობის თაობაზე, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტში, თავმჯდომარის სახელზე შესულია 28 შუამდგომლობა. აღნიშნული ხანმოკლე გასვლის უფლებით ისარგებლა მხოლოდ 12 მსჯავრდებულმა.

სახალხო დამცველის აპარატის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის დროს საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში შესწავლილ იქნა საკითხი უკურნებელი სენით დაავადებულ პატიმართა შესახებ, ასევე, პაციენტთა იმ კატეგორიების შესახებ, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალური მოვლის პირობებს. ასევე გამახვილდა ყურადღება ისეთ გავრცელებულ დაავადებებზე, როგორებიცაა შაქრიანი დიაბეტი, ბრონქული ასთმა და ეპილეფსია.

სასჯელადსრულების სხვადასხვა დაწესებულებებში მოძიებულ იქნა ონკოლოგიური დაავადების მქონე მინიმუმ 58 პაციენტი. 36 პაციენტი აღენიშნებოდა კიდურის ამპუტაცია (ზოგიერთს – რამდენიმე კიდურის ერთად. ინსულტის ან სხვა ნევროლოგიური მდგომარეობების შემდგომი მყარი ნარჩენი მოვლენები პლეგიებისა და პარეზების სახით აღენიშნებოდა მინიმუმ 48 პაციენტს. ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმა აღენიშნებოდა 63 პაციენტს. დაწესებულებებში აღნიშნული კონტინგენტის პაციენტებიდან ეტლით გადაადგილდებოდა 17, ყავარჯნით კი – 36 პაციენტი. ადგილობრივი მთავარი ექიმების მიერ მოგვეწოდა ინფორმაცია, რომ მათთვის ცნობილია მსჯავრდებულის ვადამდე ადრე გათავისუფლების საკითხის ინიცირების შესახებ მინიმუმ 16 შემთხვევა. აღნიშნული მონაცემები დაწესებულებების მიხედვით მოცემულია ცხრილში:

№	დაწესებულება	ონკოლოგიური დაავ.	ამპუტირებული კიდ.	ნევროლოგიური დაავ.	ტუბერკ. ფორ.	ეტლით გადაადგილ.	ყავარჯნით გადაადგ.	აქტირების საკითხი	ლეტალობა
1	რუსთავი №1	1	2	3	0	1	1	1	0
2	ქუთაისი №2	0	2	1	1	0	2	0	2
3	რუსთავი №2	10	5	5	2	2	4	0	4
4	თბილისი №3	1	5	10	0	4	6	5	3
5	ქალთა №5	1	0	1	1	2	3	1	0
6	რუსთავი №6	0	1	1	0	0	0	0	2
7	ქსანი №7	1	2	4	0	0	1	0	2
8	გეგუთი №8	10	4	5	0	0	2	2	2
9	ხონი №9	1	2	4	0	0	0	1	1
10	თბილისი №10	1	0	0	0	1	1	0	0
11	არასრულწლოვ.	0	0	0	0	0	0	0	0
12	თბილისი №1	1	4	1	1	0	0	0	0
13	ბათუმი №3	0	2	0	0	0	4	0	0
14	ზუგდიდი №4	2	1	0	0	0	0	0	1
15	თბილისი №7	0	0	1	0	1	0	0	0
16	თბილისი №8	5	1	1	0	1	1	0	1
17	ტუბზონა	0	1	2	52	0	2	0	4
18	მკსდ	24	4	9	6	5	9	6	46
	სულ:	58	36	48	63	17	36	16	68

როგორც ჩანს, სამინისტროდან მოსული პასუხის მიუხედავად, ამ მხრივ საყურადღებო მდგომარეობაა შექმნილი. უკურნებელი სენით დაავადებული პაციენტები იმყოფებიან არამართო სამკურნალო დაწესებულებებში, არამედ სასჯელის მოხდის ჩვეულებრივ ადგილებში, სადაც მათი მკურნალობისა და მოვლის არანაირი პირობები არ არის შექმნილი. მათი ბუნებრივი და სპეციალური სამედიცინო საჭიროებები გადაჭრილი არ არის. საუკეთესო შემთხვევაში მათ ყურადღებას აქცევენ და უვლიან თანასაკნელები.

ხონის №9 დაწესებულებაში, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ნანახი იქნა მსჯავრდებული ტ.ა.. მას მოწენიძის სახ. იმერეთის სამხარეო კლინიკურ საავადმყოფოში ჩაუტარდა ორივე ქვედა კიდურის მაღალი ამპუტაცია. როგორც აღნიშნული სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემული ჯანმრთელობის

მდგომარეობის ცნობის და სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათებიდან ირკვევა, პაციენტს 2009 წლის იანვარში დაეწყო მარჯვენა ქვედა კიდურის განგრენა. 2009 წლის 14 იანვარს ჩაუტარდა მარჯვენა ბარძაყის ამპუტაცია შუა მესამედში. აღნიშნული ჰოსპიტალიზაციიდან 4 თვით ადრე კი პაციენტს განგრენის გამო ჩატარებული აქვს მარცხენა ქვედა კიდურის მაღალი ამპუტაცია. ამგვარად, ტ.ა.-ს აღარ აქვს არცერთი ქვედა კიდური და იგი მოკლებულია გადაადგილების უნარს.

მონიტორინგის დროს პაციენტი იმყოფებოდა ხონის N 9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების ე.წ. სამედიცინო ნაწილის ცალკე საკანში. სადაც არ არის სველი წერტილი, კარი და ფანჯარა ბოლომდე არ იკეტება, არის ანტისანიტარია. ტ.ა.-ს არ აქვს პაციენტისათვის აუცილებელი და შესაფერისი სამედიცინო დანიშნულების ავეჯი და საგნები. იგი მუდმივად უმოძრაოდ ზის საწოლზე და დამოუკიდებლად ვერ გადაადგილდება, ვერ იცავს პირად ჰიგიენას. ადგილობრივების განმარტებით, მას ბუნებრივი მოთხოვნილების დაკმაყოფილებაში ეხმარება ერთ-ერთი პატიმარი, თუმცა ყოველი ასეთი აუცილებლობის შემთხვევაში პაციენტი ღრმად განიცდის მის მდგომარეობას. როგორც ჩანს, პაციენტ ტ.ა.-სათვის არ არსებობს სპეციალური მოვლის პირობები. აქედან გამომდინარე, ბუნებრივია, რომ ადგილობრივი ექიმი უამრავ სირთულეებს აწყდება პაციენტის მკურნალობისა და მოვლის საკითხებში, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ პაციენტის მოსავლელად არ არსებობს კვალიფიციური პერსონალი.

კვლავ გვინდა აღვნიშნოთ, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 27 მარტის N 72/ნ ბრძანება „იმ მიმღე და განუკურნებელ დაავადებათა ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ რომლებიც წარმოადგენს სასჯელის მოხდისაგან გასათავისუფლებლად წარდგენის საფუძველს“ არაეფექტური და მოძველებულია. ბრძანებაში ჩამოთვლილი ნოზოლოგიები არ არის კლასიფიცირებული ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD 10) შესაბამისად. დიაგნოზების დასახელება, ხშირ შემთხვევაში, მოძველებულია და აღარ გამოიყენება. ასევე მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ბრძანებაში ცვლილება საკმაოდ ხშირად შედის და ერთსა და იმავე დაავადებას ჩამონათვალში ხან ვხვდებით, ხან კვლავ ხდება მისი ამოღება, რაც საკითხისადმი არასერიოზულ მიდგომად უნდა შეფასდეს. დაუშვებლად მიგვაჩნია ისეთი უმძიმესი დაავადებების ამოღება ჩამონათვალიდან, რომლებიც ნევროლოგიურ სფეროს განეკუთვნება. გადასახედია, ასევე, საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2000 წლის 11 თებერვლის N17 ბრძანება „ავადმყოფობის გამო სასჯელისაგან გათავისუფლებისათვის მსჯავრდებულის წარდგენის დებულების დამტკიცების შესახებ“. მიუხედავად ბრძანების გამოცემიდან გასული 10 წლისა, მისი დებულებები კვლავინდებურად პირველადი სახით მოქმედებს.

როგორც უკვე აღინიშნა, მონიტორინგის ჯგუფმა ყურადღება გაამახვილა ისეთი გავრცელებულ დაავადებებზე, როგორებიცაა ასთმა, დიაბეტი და ეპილეფსია. ჩვენს მიერ მოპოვებულია ინფორმაცია სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული 219 (მინიმუმ) პაციენტის არსებობის შესახებ. მათგან 89 იმყოფება ინსულინზე, ხოლო დანარჩენები მკურნალობენ ტაბლეტირებული ფორმებით. ჰიპო/ჰიპერ გლიკემიური კომა ექიმის მიერ დაფიქსირებულია მხოლოდ 5 შემთხვევაში.

რაც შეეხება ბრონქულ ასთმას, ჩვენი მონაცემებით მინიმუმ 127 პაციენტს აღენიშნება დაავადება. ასთმური სტატუსი განვითარდა 8 შემთხვევაში. პატიმრები მკურნალობენ აეროზოლებითა და ტაბლეტირებული საშუალებებით, ზოგიერთ პაციენტს ესაჭიროება მკურნალობა ჰორმონით.

რაც შეეხება ეპილეფსიას, ჩვენს მიერ მოპოვებული ინფორმაციით, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში 178 ეპილეფსიით დაავადებული პატიმარი იხდის სასჯელს. 12 შემთხვევაში დაფიქსირებულია ეპილეფსიური სტატუსი; აღნიშნული სტატისტიკა დაწესებულებების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში.

№	დაწესებულება	შაქრიანი დიაბეტი			ბრონქული ასთმა		ეპილეფსია	
		სულ	ინსულ	კომა	სულ	მ/შ/სტატუსი	სულ	მ/შ/სტატუსი
1	რუსთავი №1	7	1	1	12	0	12	1
2	ქუთაისი №2	8	2	0	4	0	3	0
3	რუსთავი №2	51	21	0	20	0	50	2
4	თბილისი №3	5	2	0	8	1	2	0
5	ქალთა №5	18	4	3	4	0	2	0
6	რუსთავი №6	8	5	0	3	0	8	1
7	ქსანი №7	14	6	0	6	1	20	1
8	გეგუთი №8	22	6	0	22	2	22	1
9	ხონი №9	1	0	0	2	0	4	0
10	თბილისი №10	4	2	0	2	0	1	0
11	არასრულწლოვ	0	0	0	1	0	3	0
12	თბილისი №1	6	4	0	5	0	5	1
13	ბათუმი №3	10	3	0	4	0	6	0
14	ზუგდიდი №4	4	2	0	2	2	3	2
15	თბილისი №7	0	0	0	1	0	1	1
16	თბილისი №8	30	9	1	20	0	20	0
17	ტუბზონა	3	2	0	2	1	3	1
18	მკსდ	28	20	0	9	1	13	1
	სულ:	219	89	5	127	8	178	12

ქალი პატიმრები

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ყურადღება გამახვილდა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ქალ პატიმართა მიმართ მოპყრობაზე. 2009-2010 წლებში ქალები განთავსებულნი იყვნენ ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულებაში, რუსთავის №1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში³⁶, ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში, ბათუმის №3 საპყრობილეში და ზუგდიდის №4 საპყრობილეში. მონიტორინგის შედეგად, რაიმე სახის დისკრიმინაცია ქალ პატიმართა მიმართ არ გამოვლენილა. პირობების მიხედვით ყველაზე უკეთესი მდგომარეობაა შექმნილი ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულებაში. აქ სამედიცინო მომსახურების დონე

³⁶ 2010 წლის ... დაბრუნებული იქნენ მატროსოვზე

ყველაზე უფრო მეტად შეესაბამება დადგენილ სტანდარტებს. მთავარი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, შიდა ბრძანების საფუძველზე, 1 ექიმი და 1 ექთანს მივლინებულნი იყვნენ N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში. რუსთავის N1 დაწესებულებაში ქალთა კონტინგენტის ძირითადი ნაწილის გადაყვანა განხორციელდა 2009 წლის 19 აპრილს მომხდარი ინციდენტის შემდეგ. რაც შეეხება დაწესებულებებში უპირატესად გამოვლენილ დაავადებებს, მთავარი ექიმების განმარტებით, ეს არის ძირითადად გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, სასუნთქი სისტემის დაავადებები, გინეკოლოგიური დაავადებები, ონკოლოგიური დაავადებები, უროლოგიური დაავადებები და ორთოპედიული პათოლოგია. ხშირია, ასევე, ქირურგიული პრობლემები (აპენდიციტი), თვითდაზიანებები. ქალთა კონტინგენტს გინეკოლოგიის მომსახურება გარანტირებულად ჰქონდათ მხოლოდ ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში.

რუსთავის №1 დაწესებულებაში ქალები მოკლებულნი იყვნენ ადგილზე სტაციონარულ მომსახურებას. დაწესებულებაში 2007 წელს, სარემონტო სამუშაოებთან დაკავშირებით, დაიხურა სტაციონარული სექცია და ქალთა კონტინგენტის იქ ყოფნის მთელი პერიოდი არ უმშოვია გახსნილა.

ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში იმყოფებიან, ასევე, ქალი პატიმრები. დაწესებულებას არ ჰყავს სპეციალურად გამოყოფილი გინეკოლოგიის შტატი. რაც შეეხება ქალთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სპეციფიკურ პრობლემებს, ექიმის განმარტებით, წინა საანგარიშო პერიოდთან შედარებით არაფერი შეცვლილა. ამ პერიოდში არცერთ ქალს არ უმშობიარია, არ ჰყავთ მეძმური დედა; არცერთ ქალს არ ჰყავს თან ახალშობილი, რის გამოც პედიატრიული დახმარება, მთავარი ექიმის განმარტებით, არ დასჭირვებიათ.

ბათუმის №3 საპყრობილეში სასჯელს იხდიან პატიმარი ქალებიც. დაწესებულებაში არ მუშაობს გინეკოლოგი და არც კონსულტანტია გათვალისწინებული. საჭიროების შემთხვევაში ქალს გადაიყვანენ ბათუმში, შესაბამის დაწესებულებაში. ქალთა კვების რაციონი იგივეა, რაც დანარჩენი სხვა პატიმრებისა. მათი სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა კი გაცილებით უკეთესია საპყრობილის საერთო მდგომარეობის ფონზე. გინეკოლოგიის კონსულტაცია 2009 წლის განმავლობაში არ ჩატარებულა. ორსული ქალი საანგარიშო პერიოდში არ ჰყოლიათ. ქალთა ჰიგიენის სპეციფიკური საკითხები შემდგომისდაგვარად დარეგულირებულია. რამდენიმე პაციენტი აყვანილია ფსიქო-ნევროლოგიურ მეთვალყურეობაზე.

რაც შეეხება ზუგდიდის №4 საპყრობილეს, აქ ქალთა ყოფნა უტოლდება არაადამიანურ და ღირსების შემლახავ მოპყრობას. ქალთა ყოფნის სპეციფიკური საკითხები არ არის დარეგულირებული, მათი ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემები პრაქტიკულად იგნორირებულია, ხოლო სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები – არაადამაკმაყოფილებელი.

საანგარიშო პერიოდში, რუსთავის №1 დაწესებულებაში გარდაიცვალა ერთი ქალი პატიმარი, რომლის სიკვდილის მიზეზი გახდა თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა. ქალთა ჯანმრთელობის პრობლემები განსაკუთრებულ ყურადღებას

იმსახურებს იმ თვალსაზრისით, რომ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში არ არის ქალთა განყოფილება. №5 დაწესებულებიდან ქალაქის სტაციონარებში გაყვანის სტატისტიკის გათვალისწინებით, აღნიშნული ვაკუუმი გარკვეულწილად კომპენსირებულია, რასაც ვერ ვიტყვით დანარჩენ 3 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაზე, განსაკუთრებით კი ზუგდიდისა და ბათუმის საპყრობილეებზე სადაც ასევე განთავსებულნი არიან ქალი პატიმრები.

ქალ პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის საკითხები უფრო და უფრო მეტ აქტუალობას იძენს 2010 წლის მეორე ნახევრიდან, როდესაც დაფიქსირდა თავისუფლება აღკვეთილ ქალთა რაოდენობის მკვეთრი ზრდა. აღნიშნული განსაკუთრებით შესამჩნევი გახდა 2010 წლის გაზაფხულის მიწურულს, როდესაც, რუსთავის N1 დაწესებულებიდან ქალთა კონტინგენტი კვლავ დააბრუნეს ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში. ამ პერიოდიდან, წლის ბოლომდე ჩატარებული მონიტორინგების დროს, ქალთა კონტინგენტი დაწესებულებაში მკვეთრად გაიზარდა და 1040-ს მიაღწია. თავი იჩინა ფსიქიკური პრობლემების მქონე ქალთა რაოდენობის ზრდამ, რამაც გარკვეული სახის პრობლემები შექმნა. ამ ფონზე, დადებით მოვლენად უნდა ჩაითვალოს, რუსთავში ქალთა ახალი დაწესებულების გახსნა, თუმცა 2010 წლის 1 დეკემბრის მონაცემებით, ამ დაწესებულებაში ქალები არ ყოფილან გადაყვანილი.

არასრულწლოვანი პატიმრები

მონიტორინგის ჯგუფმა განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმო სასჯელაღსრულების სხვადასხვა დაწესებულებაში მყოფ არასრულწლოვან პატიმრებს. არსებული მდგომარეობით, მოზარდი პატიმრები იმყოფებიან ავჭალის არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში, ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულებაში, ბათუმის №3 საპყრობილეში, ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში და ზუგდიდის №4 საპყრობილეში.

არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის პერსონალი შედგება სამი ექიმის და 3 ექთნისაგან. ექიმებიდან ერთი მთავარი ექიმია (სპეციალობა - შინაგანი მედიცინა), ერთი ნევროპათოლოგი და ერთი სტომატოლოგი. პედიატრი დაწესებულებაში არ მუშაობს. ასევე, არასრულწლოვნები ადგილზე მოკლებულნი არიან სტაციონარული ტიპის სამედიცინო მომსახურებას. ასეთის აუცილებლობისას ისინი გადაჰყავთ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. დაწესებულებას საკუთარი ფსიქიატრი არ ჰყავს, თუმცა ამ დეფიციტს გარკვეულწილად ავსებს წამების ძალადობისა და გამოხატული სტრესული ზემოქმედებების მსხვერპლთა ფსიქო-რეაბილიტაციის ცენტრი - „ემპათია“, რომელიც დაწესებულებაში ახორციელებს პროგრამას და ამ პროგრამის ფარგლებში მისი ფსიქიატრები სისტემატურად სტუმრობენ დაწესებულებას. ნარკოლოგიის კონსულტაცია, ექიმის განმარტებით, 2009 წლის საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში არ დასჭირვებიათ. უპირატესად გამოვლენილ დაავადებათაგან მთავარი ექიმი გამოყოფს მწვავე რესპირაციულ დაავადებებს (განსაკუთრებით,

სეზონურად), კანის დაავადებებს (მუნი, პიოდერმიები და დერმატიტები); სტომატოლოგიურ დაავადებებს, მსუბუქ ნევროლოგიურ დაავადებებს და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებებს (გასტრიტები). ინტერფერონით მკურნალობაზე არცერთი პაციმარი არ იმყოფებოდა არც მონიტორინგის დროს და არც საანგარიშო პერიოდში. „DOTS“ ან „DOTS+“ პროგრამა დაწესებულებაში არ მიმდინარეობს. დაწესებულებაში მუშაობს ფსიქოლოგი, თუმცა ეს უკანასკნელი ქვემდებარებით დაწესებულების სარეჟიმო სამსახურს ეკუთვნის და სამედიცინო სამსახურთან კავშირი არ გააჩნია. ექიმის განმარტებით, მოზარდებს ასაკ-სპეციფიკური რაიმე სამედიცინო ან ფსიქოლოგიური პრობლემა არ აქვთ.

ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში არასრულწლოვნები იმყოფებიან ცალკე კორპუსში (განსასჯელები). ამავე დაწესებულებაში ოფიციალურად ფუნქციონირებს არასრულწლოვან ქალ მსჯავრდებულთა და პაციმართა განყოფილებებიც. მონიტორინგის მომენტში დაწესებულებაში იმყოფებოდა 4 მსჯავრდებული და 2 წინასწარ პაციმრობაში მყოფი არასრულწლოვანი გოგონა. მოზარდთა ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემებიდან აღსანიშნავია ძვალ-სახსართა სისტემის მხრივ არსებული პათოლოგიები: ართრიტები, მოტეხილობები; ასევე, კანის დაზიანებები, მწვავე რესპირაციული დაავადებები. არასრულწლოვანთა შორის საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა მუნის შემთხვევებიც. ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ჰყავთ 3 არასრულწლოვანი გონებრივი ჩამორჩენილობით. პედაგოგიური ჩამორჩენილობა ძალიან ბევრ არასრულწლოვან პაციმარს აქვს (არ იციან წერა, კითხვა, არ უვლიათ სკოლაში).

ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში არასრულწლოვანთა ჯანმრთელობის სპეციფიკას განსაკუთრებული ყურადღება არ ექცევა. გეგმური მონიტორინგის დროს მონიტორინგის ჯგუფის წევრების მიერ მონახულებულ იქნა 12 არასრულწლოვანი, რომლებიც გახდნენ არასათანადო მოპყრობის, კერძოდ გამოხატული ფსიქო-ფიზიკური ზემოქმედების მსხვერპლნი საპყრობილის თანამშრომლების და სპეცდანიშნულების რაზმის მხრიდან.³⁷ კიდევ სამი არასრულწლოვანი მონიტორინგამდე რამდენიმე ხნით ადრე გადაყვანილ იქნა თბილისში, ქალთა და არასრულწლოვანთა მე-5 დაწესებულებაში. მოზარდები გასინჯული იქნა ექიმთა მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ და დადგინდა მათი ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმები. მათ დიდ ნაწილს აღენიშნებოდა სხეულის ზოგადი დაჟეჟილობა, რამდენიმეს – თავის ტვინის შერყევა და ქალა-ტვინის დაზიანებული ტრავმა. აღნიშნულ ფაქტზე საპყრობილის ადმინისტრაცია კომენტარს არ აკეთებს, ხოლო სამედიცინო პერსონალი აცხადებს, რომ მათთვის უცნობია ამგვარი დაზიანებების არსებობა, შესაბამისად, არ მოუწოდებიათ არასრულწლოვნები და არც სამედიცინო დახმარება აღმოუჩენიათ ვინმესთვის. არ არის დოკუმენტირებული არცერთი დაზიანება.

ბათუმის №3 საპყრობილეში, უფროსი ექიმის განმარტებით, არასრულწლოვან პაციმრებთან ყოველ ხუთშაბათს მუშაობს ფსიქოლოგი. გარდა ამისა, არასრულწლოვნებისათვის მოქმედებს დაწყებითი განათლების პროგრამა. არასრულწლოვნები საპყრობილეში მოთავსებისას და მის შემდგომ პერიოდში

³⁷ იხ. ზემოთ, „წამება და არაადამიანური და ღირსების შემლახავი მოპყრობა“

ფსიქიატრს არ უნახავს. ექიმის განმარტებით, არასრულწლოვანებს უტარდებათ პერიოდული სამედიცინო შემოწმება. არასრულწლოვანთა თანხმობით, ინფორმაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მიეწოდებათ ოჯახის წევრებს ან მათ კანონიერ წარმომადგენლებს. ექიმის განმარტებით, მოზარდ პაციმართა სპეციფიკურ ჯანმრთელობის პრობლემას წარმოადგენს სტომატოლოგიური დაავადებების განსაკუთრებული სიხშირე, რომელთა სრულყოფილი გადაჭრა ვერ ხერხდება. არასრულწლოვანთა საცხოვრებელი პირობები მონიტორინგის ჯგუფის მიერ შეფასდა, როგორც არაადეკვატური და მოზარდისათვის შეუფერებელი. მიუხედავად ამისა, ადმინისტრაციის მხრიდან რაიმე ქმედითი ნაბიჯი აღნიშნულის გამოსასწორებლად ჯერ არ გადადგმულა.

ზუგდიდის №4 საპყრობილეში არასრულწლოვანთა მიმართ რაიმე განსაკუთრებული და ასაკ-სპეციფიკური მიდგომა არ არსებობს. არასრულწლოვან პაციმრებთან ფსიქოლოგი არ მუშაობს, სტომატოლოგის ხელმისაწვდომობის პრინციპი დარღვეულია. მოზარდები რაიმე სპეციალურ პროგრამაში ჩაბმულები არ არიან. მათი სამედიცინო მანიპულაციებისა და გამოკვლევის დროს კონფიდენციალურობის დაცვა მხოლოდ გამოწვევების შემთხვევაში ხდება. ექიმის განმარტებით, „ყველა მოზარდი პაციმარი ჯანმრთელია“. ერთ-ერთი მათგანი ყრუმუნჯია. რაც შეეხება დასჯის მეთოდებს, მათ მიმართ კარცერი არ ყოფილა გამოყენებული. გართობის, დასვენების ან სპორტული ღონისძიებების ორგანიზება ვერ ხერხდება.

წინასწარ პაციმრობაში მყოფი პირები

მონიტორინგის ჯგუფმა პრაქტიკულად ვერ ნახა შემთხვევა, როდესაც დაკმაყოფილდა წინასწარ პაციმრობაში მყოფი პირის თხოვნა სამედიცინო ან ფსიქიატრიულ/ფსიქოლოგიური ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ. ექსპერტიზა ან დაგვიანებით ტარდება, ან საერთოდ არ ინიშნება. დაგვიანებით ჩატარებული ექსპერტიზის შემთხვევაში კი ვეღარ ხდება იმ მტკიცებულებების მოპოვება, რომლებსაც სასიცოცხლო მნიშვნელობა ჰქონდა პაციმრისათვის. ახლად შემოსულ პაციმრებს ხშირად უძნელდებათ ადაპტაცია, არ მიეწოდებათ ადეკვატური სამედიცინო დახმარება და ირღვევა მათი უფლება ჯანმრთელობაზე. მაგალითისათვის მოგყავს ბათუმის №4 საპყრობილე: ჩვენს მიერ დათვალიერდა საკარანტინო ოთახი, სადაც ათავსებენ ახლად შემოყვანილ პაციმრებს. ოთახში 6 საწოლია განთავსებული, თუმცა ჩვენი იქ ყოფნის პერიოდში მასში 22 პაციმარი იმყოფებოდა. ცხადია, საკარანტინოს გადატვირთულობის გამო პაციმრებს დარღვეული აქვთ ძილი. თანმხლები პირების გადმოცემით, დღის განმავლობაში დაახლოებით 7-8 პაციმარი შემოდის. პაციმრების საშუალო დაყოვნება კარანტინში 10 დღეა. მიუხედავად ამისა, გადატვირთულობის გამო, ზოგჯერ იძულებულნი არიან, უფრო ადრე დაშალონ კარანტინი. რაც შეეხება ექიმთან კონტაქტს, ძნელი წარმოსადგენია, რომ ასეთ პირობებში შესაძლებელია ელემენტარული ჯანდაცვითი სტანდარტების დაცვა კი. ამ თვალსაზრისით კრიტიკული მდგომარეობაა შექმნილი ხონის №9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში. ჩვენ დავინტერესდით იმ პირობების და გარემოს შესწავლით, სადაც ხდება ახლად შემოსულ პაციმართა

პირველი კონტაქტი სამედიცინო პერსონალთან. აღნიშნული წარმოადგენს იმ ნაგებობის ტერიტორიას, სადაც კარცერებია განთავსებული. ვიწრო შესასვლელი კარის გავლით ვხვდებით ძველი შენობის დერეფანში. კარის მხარეს კედელზე დატანებულია მცირე „სარკმელი“. დერეფნის მარცხენა მხარეს განთავსებულია ოთახი, სადაც ექიმი ნახულობს ახლად შესულ პატიმარს. ოთახში სამი მცირე ზომის ფანჯარაა, რომლებიც ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატურ განათებას და აერაციას. ჭერზე დაფიქსირებულია კუსტარულად დამონტაჟებული ნათურა. ოთახში განთავსებულია საწოლი, სეიფი, მაგიდა და სკამი. იატაკზე დასხმულია ცემენტი. ჭერი ალაგ-ალაგ ჩამოშლილია. ოთახში არის სპეციფიკური სუნი. მის გვერდით, შემოსასვლელის მარცხენა მხარეს არის მეორე უფრო მცირე ზომის ოთახი, რომელსაც კარი არ აქვს და სავარაუდოდ ამ სათავსოს არც არანაირი დანიშნულება გააჩნია. შიგნით მოჩანს ჩამოშლილი კედლები და ჭერი. ოთახში ერთი მცირე ზომის ფანჯარაა დატანებული. შემოსასვლელი კარის მარჯვენა მხარეს განთავსებულია შედარებითი დიდი ზომის ოთახი, რომლის წინა კედელში ჩაშენებულია ფართო ფანჯრები, რომლებიც დერეფანში გამოდის. თანმხლებ პირთა გადმოცემით, აღნიშნული წარმოადგენს კორპუსის მორიგის მოსასვენებელ ოთახს. ამ ოთახის მხარესვე, დერეფანში, არის საპირფარეშო, რომელიც მოძველებულია და მასში სანიტარიული პირობების დაცვა შეუძლებელია. ცხადია, ასეთ პირობებში შეუძლებელია ახლად შემოსული პირის სრულყოფილი და ადეკვატური სამედიცინო დათვალიერების ჩატარება. მდგომარეობას ართულებს ის ფაქტიც, რომ როგორც აღმოჩნდა, სამედიცინო პერსონალის გარდა, პროცედურას ესწრება ფაქტობრივად ყველა პირი, რომელიც ამ მომენტისათვის მორიგეა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში.

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოპოვებული ინფორმაციის მიხედვით, უკიდურესად მინიმალურია პატიმართა მიერ საკუთარი ექიმის შემოყვანაზე მოთხოვნის დაკმაყოფილება. საკუთარი ექიმის შემოყვანას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს წინასწარ პატიმრობაში მყოფ პირთათვის. აღნიშნული გამო უხეშად ირღვევა საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობით პაციენტისათვის მინიჭებული უფლებები.

ფსიქიკური პრობლემების მქონე პატიმრები

მონიტორინგის დროს განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პატიმრებს. მათი გამოვლენა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში არაორგანიზებულია და კვალიფიციური ფსიქიატრიული დახმარების არარსებობის გამო შეზღუდულად ხდება. შესაბამისად არ ხდება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების ადეკვატური მკურნალობა და რეაბილიტაცია. დაწესებულებაში შესვლისთანავე მათ, რა თქმა უნდა ფსიქიატრი ვერ ნახულობს. ფსიქიატრის კონსულტაცია შესაძლებელია დაახლოებით თვეში ერთხელ მოსული კონსულტანტის მიერ ჩატარებული ვიზიტის სახით. მიუხედავად იმისა, რომ უფროსი ექიმები განმარტავენ საჭიროების შემთხვევაში ფსიქიატრის კონსულტაციის უზრუნველყოფის შესაძლებლობას, ასეთი ფაქტი ადგილზე არსებული დოკუმენტაციის გაცნობის შედეგად არ დასტურდება. დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში არ არსებობს რაიმე სპეციალური პროგრამები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდასაჭერად ან რეაბილიტაციის პროგრამები, რომლებიც გულისხმობს სამედიცინო, სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარების სხვადასხვა ღონისძიებებს. ზოგადად დაწესებულებაში არსებული რეჟიმი, პირობები, დამოკიდებულება ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციმრების მიმართ არასათანადო და არაადეკვატურია, რაც ნეგატიურად მოქმედებს პაციმრის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. აღნიშნულის გამო **ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა ყოფნა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში უნდა შეფასდეს, როგორც არაადამიანური მოპყრობა.**

რუსთავის №1 დაწესებულებაში დაფიქსირებულ იქნა თვითმკვლელობის მცდელობის 1 ფაქტი. ფსიქიატრი წლის განმავლობაში სულ 6–ჯერ ესტუმრა დაწესებულებას და კონსულტაცია 40 პაციმარს ჩაუტარა. ფსიქიატრიულ აღრიცხვაზე ჰყავთ 2 მსჯავრდებული, რომლებიც განსაკუთრებით ყურადღებასა და მეთვალყურეობას საჭიროებენ. დაწესებულებაში არ მუშაობს ნარკოლოგი და არც კონსულტანტ–ნარკოლოგის ვიზიტები განხორციელებულა საანგარიშო პერიოდში. ადგილობრივი ექიმის აზრით, მათ ასეთი სპეციალისტი არც სჭირდებათ, მიუხედავად იმისა, რომ აღიარებს დაწესებულებაში წამალდამოკიდებულების მქონე პირებისა და ძველი ტოქსიკომანების არსებობას. რაიმე სახის სარეაბილიტაციო პროგრამები დაწესებულებაში არ მიმდინარეობს.

ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, სოციალური სამსახურის მეთვალყურეობით, ხორციელდება პროგრამა „ატლანტისი“, რომელშიც რამდენიმე პაციმარია ჩართული. ადგილობრივი ექთნებიდან ერთ–ერთს აქვს ფსიქიატრიაში მუშაობის გამოცდილება. საანგარიშო პერიოდში დაწესებულებაში განხორციელდა თვითმკვლელობის 4 მცდელობა, რომელთაგანაც ერთ–ერთი პაციმრის სიკვდილით დასრულდა. ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, კონსულტანტი ფსიქიატრი დადის ყოველკვირეულად. ნარკოლოგი კონსულტანტი საანგარიშო პერიოდში არ ჰყოლიათ.

რუსთავის №2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულებაში, ადგილობრივი მთავარი ექიმის ინფორმაციით, ფსიქოტროპულ წამლებს იღებს 132 მსჯავრდებული. თვითმკვლელობის მცდელობა ან თვითმკვლელობის ფაქტი წლის განმავლობაში არ დაფიქსირებულა. დაწესებულებაში საკმაოდ მაღალია ფსიქოპათიით დაავადებული პირების მიერ თვითდაზიანების მიყენების ფაქტები. ასეთი შემთხვევების დიდი ნაწილი რეგისტრირებულია დაზიანებათა ჟურნალში. საანგარიშო პერიოდში ფსიქიატრი რამდენჯერმე იყო დაწესებულებაში, ნარკოლოგის ვიზიტი კი არ განხორციელებულა.

თბილისის №3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მუშაობს ერთი ექთან, რომელსაც გააჩნია ფსიქიატრიის სფეროში მუშაობის გარკვეული გამოცდილება. ფსიქიატრი წლის განმავლობაში იმყოფებოდა სულ 4–ჯერ, რა დროსაც გასინჯულ იქნა სულ 62 მსჯავრდებული. სუიციდის ან სუიციდის მცდელობის ფაქტი დაწესებულებაში არ არის დაფიქსირებული. რეგისტრირებულია 32 პაციენტი, რომლებიც იღებენ ფსიქოტროპულ პრეპარატებს.

რუსთავის №6 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში წლის განმავლობაში კონსულტანტ ფსიქიატრს განხორციელებული აქვს 18 ვიზიტი, რა დროსაც სულ კონსულტირებულია 85 პაციენტი. მთავარი ექიმის ინფორმაციით, დაწესებულებაში წლის განმავლობაში დაფიქსირებულია სუიციდის მცდელობის 3 ფაქტი. საბედნიეროდ, არცერთი შემთხვევა სიკვდილით არ დამთავრებულა. მთავარი ექიმის განმარტებით, 7 პაციენტი, ფსიქიატრის რეკომენდაციით, გადაყვანილ იქნა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. ადგილობრივ სამედიცინო ნაწილში, ასევე, აქვთ ინფორმაცია 20 ტოქსიკომანისა და 15 ალკოჰოლიზმით დაავადებული პირის შესახებ. დაწესებულებაში ხორციელდება პროგრამა „ატლანტისი“-ს საქმიანობა, რომელშიც სულ 7 მსჯავრდებულია ჩართული.

ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულებაში 8 ქალი იმყოფება ფსიქიატრიულ აღრიცხვაზე, რომელთაც დასმული აქვთ მძიმე ფსიქიატრიული დიაგნოზები. 59 პირი წამალდამოკიდებულების მქონეა. დაწესებულება წარმოადგენს ერთ-ერთ გამონაკლისს, სადაც ნარკოლოგიის ვიზიტი 2009 წლის პერიოდში დაფიქსირებულია; პაციენტებს ეძლევათ დანიშნულება და საჭირო რეკომენდაციები. სუიციდის ან თვითმკვლელობის მცდელობის ფაქტები დაწესებულებაში არ არის დაფიქსირებული. რაც შეეხება არასრულწლოვანებს, მთავარი ექიმის განმარტებით, ჰყავთ გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე პირები, რომელთა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების ან ადეკვატური მკურნალობის საკითხები დღემდე არ არის გადაწყვეტილი. აღსანიშნავია, რომ დაწესებულებაში როგორც ქალთა საერთო რეჟიმის, ისე არასრულწლოვანთა სექციაში 2010 წლის 6 აგვისტომდე ფუნქციონირებდა ფსიქო-სომატური რეაბილიტაციის ცენტრ „ემპათიას“ კაბინეტები და მიმდინარეობდა პაციენტთა სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია და დახმარება. აღნიშნული პროექტი წარმოადგენდა ერთადერთ პრევენტულ სასჯელაღსრულების სისტემაში, როდესაც ციხის მოსახლეობას მიეწოდება სამედიცინო და ფსიქიატრიული დახმარება სხვა ორგანიზაციის მიმდინარე პროექტის ფარგლებში. ცენტრ „ემპათიას“ ფსიქიატრები და ფსიქოლოგები კვირაში რამდენჯერმე სტუმრობდნენ დაწესებულებას და ატარებენ ადეკვატურ ღონისძიებებს. მათ შორის, მიმდინარეობდა არტთერაპიის კურსი. ცენტრი „ემპათიას“ პროექტის მიმდინარეობა დაფიქსირდა ასევე არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაშიც, სადაც ასევე გამოყოფილია ცალკე ოთახი არასრულწლოვანთა პროექტში მონაწილეობისათვის. ადგილზე მიმდინარეობდა არტთერაპიის კურსიც. მთავარი ექიმის განმარტებით, თვითმკვლელობის ან თვითმკვლელობის მცდელობის შემთხვევა წლის განმავლობაში არ არის დაფიქსირებული. დაწესებულებაში მუშაობს ფსიქოლოგი, თუმცა იგი სოციალური სამსახურის დაქვემდებარებაში იმყოფება და ექიმს მისი საქმიანობის შესახებ ინფორმაცია არ გააჩნია. არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში ზემოთ ხსენებული სამედიცინო და ფსიქო-რეაბილიტაციის პროექტი ასევე 2010 წლის 6 აგვისტოდან შეწყდა. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრომ, 2010 წლის 6 აგვისტოს მიმართა (წერილი N01/06-7356) ცენტრ „ემპათიას“. წერილში ნათქვამია, რომ სამინისტრო მადლობას მოახსენებს ცენტრ „ემპათიას“ ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 და არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებებში გაწეული მუშაობისათვის,

თუმცა იქვე აღნიშნავს, რომ „მოცემულ ეტაპზე სამინისტროს მიზანშეუწონლად მიაჩნია აღნიშნული პროექტის გაგრძელება ალტერნატიული პროექტების არსებობის გამო“. წერილს ხელს აწერს სამინისტროს ადმინისტრაციის უფროსი.

სახალხო დამცველის აპარატის და პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის შედეგად სასჯელაღსრულების თვრამეტივე დაწესებულებაში, დადგენილია, რომ თავისუფლება აღკვეთილ პირთა სამედიცინო რეაბილიტაციის პროგრამა არსად არ მიმდინარეობს. რაც შეეხება ფსიქო-სოციალურ აქტივობებს, ამ მხრივ მდგომარეობა არც თუ ისე სახარბიელოა. არსებული პროექტები ძალიან მცირე კონტიგენტს მოიცავს, იმ ფონზე, როდესაც შედეგები უცნობია გამოუქვეყნებელი ანგარიშების გამო. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს მიერ მომზადებული N01/06-7356 წერილი შეიცავს მცდარ და არაკომპეტენტურ ინფორმაციას. გარდა ამისა, ალტერნატიული პროგრამები რომც არსებობდეს, ერთ-ერთი წარმატებული პროგრამის მიმდინარეობის ხელოვნურად შეწყვეტა ნამდვილად ვერ განიხილება, როგორც ევროპული ჯანდაცვის სტანდარტებისაკენ გადადგმული ნაბიჯი, რითაც ხშირად აპელირებენ სამინისტროს წარმომადგენლები. პროექტის უეცარმა შეწყვეტამ გამოიწვია ნეგატიური შედეგები. კერძოდ, სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის კურსი შეუწყდა 67 პირს (მოზარდებს და ქალებს). მოლოდინის სიაში მყოფ სხვა პირებს კი მოესპოთ რეაბილიტაციის პერსპექტივა. პენიტენციურ სისტემაში დაიხურა დონორთა (ევროკავშირი, გაერო და ა.შ.) დახმარებით აღჭურვილი სამი ცენტრი. აღნიშნული გადაწყვეტილება ასევე ნეგატიურად შეფასდა საერთაშორისო ორგანიზაციების (ევროკავშირი, გაერო, წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის საერთაშორისო საბჭო) მიერ.

ქსნის №7 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში თვითმკვლელობის ფაქტი არ მომხდარა, თუმცა თვითმკვლელობის მცდელობის რამდენიმე შემთხვევაა დაფიქსირებული. ფსიქიატრი, 2009 წლის მეორე ნახევარში, სულ 2-ჯერ სტუმრობდა დაწესებულებას, რა დროსაც გასინჯული ჰყავს სულ 38 პატიმარი. დაწესებულებაში ფსიქოტროპული საშუალებების დანიშვნა და განაწილება გაუმართლებლად ხდება და შემაშფოთებელი მასშტაბები აქვს. დაწესებულებაში ძალიან ბევრი წამალდამოკიდებულების მქონე მსჯავრდებული იმყოფება. ფსიქო ან სხვა სახის რაიმე სარეაბილიტაციო პროგრამა დაწესებულებაში არ მიმდინარეობს.

გეგუთის №8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო ნაწილში გამოყოფილია 1 პალატა ფსიქიკურად დაავადებული პაციენტებისათვის. ექიმის ინფორმაციით, აღრიცხვაზეა აყვანილი სხვადასხვა სახის ფსიქიკური პრობლემების მქონე 71 მსჯავრდებული. ფსიქიკური დაავადებები, ადგილობრივი დოკუმენტაციის ანალიზის მიხედვით, საერთო ავადობის 4%-ს შეადგენს. ფსიქიატრის მიერ წლის განმავლობაში სულ ჩატარებულია 236 კონსულტაცია. ასევე ირკვევა, რომ საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა თვითმკვლელობის მცდელობის 2 შემთხვევა.

ხოლის №9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულებაში ფსიქიკური პრობლემები საერთო ავადობის 4%-ს შეადგენს. ფსიქიატრის მიერ დასმული დიაგნოზებიდან მოწინავე ადგილს იკავებს ორგანული პიროვნული აშლილობა და ფსიქოპათია. თვითმკვლელობის ფაქტი ან თვითმკვლელობის მცდელობა დაფიქსირებული არ ყოფილა. დაწესებულებაში მრავლადაა წამალდამოკიდებულების მქონე პირები, რომელთა გარკვეული ნაწილის სომატური მდგომარეობა, ნევროლოგიური ჩივილების სახით, მეტად საყურადღებოა. მიუხედავად ამისა, ამ კატეგორიის პაციენტები ადეკვატურ სამედიცინო დახმარებას ვერ იღებენ.

თბილისის №10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულებაში, 2009 წლის საანგარიშო პერიოდში, ფსიქიატრი საერთოდ არ მისულა. თვითმკვლელობის ფაქტი წლის განმავლობაში არ მომხდარა. დაფიქსირდა 1 შემთხვევა, როდესაც მსჯავრდებულმა სიცოცხლისათვის საშიში დაზიანება მიიყენა, თუმცა, საბედნიეროდ, სიკვდილი არ დამდგარა. დაწესებულებაში მუშაობს ფსიქოლოგი, რომელიც სოციალური სამსახურის დაქვემდებარებაშია და ექიმს მისი საქმიანობის შესახებ ინფორმაცია არ გააჩნია.

თბილისის №1 საპყრობილეში ფსიქიატრმა წლის განმავლობაში სულ 6 ვიზიტი განახორციელა, რა დროსაც კონსულტაცია ჩაუტარდა სულ 25 პაციენტს. დაფიქსირებულია თვითმკვლელობის (ჩამოხრჩობის სახით) 5 მცდელობა. მთავარი ექიმის განმარტებით, საპყრობილეში დაახლოებით 25 პირი იმყოფება, რომლებსაც ფსიქიატრიული პროფილის სტაციონარში გადაყვანა ესაჭიროებათ, თუმცა ამ საკითხის გადაჭრა ვერ ხერხდება მხოლოდ ადგილობრივი ძალისხმევით. დაწესებულებაში რამდენჯერმე იმყოფებოდა ფსიქიატრისა და ნევროლოგის შემადგენლობით კომისია, რომელმაც გადასინჯა და განიხილა ფსიქოტროპული წამლების დანიშვნის საკითხები. საანგარიშო პერიოდში ამგვარი დანიშნულება 12 პაციენტს ჰქონდა მიღებული, რომლებიც სისტემატურად იღებდნენ ფსიქოტროპულ პრეპარატებს. მიუხედავად ამისა, ფსიქიატრის ვიზიტების პერიოდულობიდან გამომდინარე, დოზირების კორექცია ან დანიშნულების ადეკვატური გადასინჯვა ვერ ხერხდებოდა.

ბათუმის №3 საპყრობილეში, სპეციალურ სიაში, რომელიც საყურადღებო ფსიქიკური პრობლემების მქონე ავადმყოფებს აერთიანებს, სულ 21 პაციენტია აღრიცხული. გარდა ამისა, ფსიქიატრის მიერ გაკეთებული ჩანაწერების მიხედვით ირკვევა, რომ ადგილზე სასჯელს იხდის ფსიქოპათიის მქონე 16 პაციმარი, ორგანული პიროვნული აშლილობის მქონე 2 პაციმარი, ასევე, 20 პაციმარი, რომლებსაც ნევროზული მდგომარეობები აღენიშნებათ. მთავარი ექიმის ინფორმაციით, მათ ჰყავთ წამალდამოკიდებულების მქონე პირებიც, მათ შორის, ისეთები, რომლებიც მეტადონის პროგრამაში იყვნენ ჩართულები. ფსიქიატრი პერიოდულად დადის დაწესებულებაში. თვითმკვლელობის ფაქტი ან თვითმკვლელობის მცდელობა არ ყოფილა დაფიქსირებული.

თბილისის №7 საპყრობილეში წლის განმავლობაში ფსიქიატრი არცერთხელ არ მისულა. შესაბამისად, პაციენტებს ამ ტიპის მომსახურება არ მიეწოდებათ. მთავარი ექიმის განმარტებით, 1 პაციენტს ჩაუტარდა სასამართლო-ფსიქიატრიული

ექსპერტიზა, რომლის მიხედვითაც მას შეზღუდული შერაცხადობა დაუდგინდა. მიუხედავად ამისა, ამ უკანასკნელს არანაირი მკურნალობა არ ჩასტარებია. დაწესებულებაში ჩვენს მიერ ნანახი იქნა პირი, რომელიც მკურნალობდა ინტერფერონით. მკურნალობის კურსის მიმდინარეობისას, გვერდითი მოვლენების სახით, მას განუვითარდა ფსიქიკური პრობლემები. ასეთ შემთხვევაშიც კი პაციმრისთვის ფსიქიატრიული დახმარება ხელმიუწვდომელია.

თბილისის №8 საპყრობილეში მუშაობს ფსიქოლოგი, რომელიც ასევე სოციალური სამსახურის დაქვემდებარებაშია და სამედიცინო პერსონალს მისი საქმიანობის დეტალების შესახებ არანაირი ინფორმაცია არ მოეპოვება. ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირები, მთავარი ექიმის თქმით, არ აღირიცხება. მთავარი ექიმის მიერ განგვემარტა, რომ ფსიქიატრი დადის დაწესებულებაში და რომ ის დაახლოებით 15–ჯერ იყო, თუმცა აღნიშნული ფაქტი ჩანაწერებით არ დასტურდება. მთავარი ექიმის განმარტებით, დაფიქსირებულია თვითმკვლელობის 1 შემთხვევა. დაწესებულებაში მიმდინარეობს მეთადონის პროგრამა, რომლის საქმიანობის შესახებ ადგილობრივ მთავარ ექიმს არანაირი ინფორმაცია არ გააჩნია.

ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, საანგარიშო პერიოდში, ფსიქიატრმა სულ 3 ვიზიტი განახორციელა, რის შედეგადაც კონსულტაცია ჩაუტარდა სულ 24 პაციენტს. სუიციდის ან თვითმკვლელობის მცდელობის ფაქტები არ არის დაფიქსირებული.

როგორც ჩატარებული მონიტორინგიდან იკვეთება, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციმართა შორის გაცილებით მაღალია თვითდაზიანების ან თვითმკვლელობის მცდელობის ფაქტები. რაც შეეხება კონფლიქტებს როგორც პერსონალთან, ასევე ერთმანეთთან, ამ მხრივ მდგომარეობა არ არის მძიმე. დაწესებულების უფროსი ექიმების მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, არცერთ დაწესებულებაში არ არსებობს ცალკე გამოყოფილი საკანი ამგვარი კონტინგენტისათვის. ფსიქიკური პრობლემების გამოვლენის სტატისტიკა არ არსებობს; ასევე არ არსებობს თვითმკვლელობის რისკის მქონე პირების აღრიცხვა; ცალკე არ იწარმოება თვითდაზიანებათა სტატისტიკა.

მონიტორინგის ჩატარების დროს გამოიკვეთა, რომ ციხის პერსონალი, მათ შორის, სამედიცინო მუშაკები, გათვითცნობიერებულნი არ არიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებში. შესაბამისად, არ არსებობს პრობლემის ეფექტური გადაჭრის გზები. 2009 წლის განმავლობაში პრაქტიკულად შეუძლებელი იყო პაციენტის გადაყვანა სამოქალაქო ტიპის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში. ასევე, არ არსებობდა მექანიზმი იმ მსჯავრდებულთა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებისა, რომლებიც ფსიქიკურად დაავადდნენ სასჯელის მოხდის პერიოდში. ამ მხრივ პროგრესულ ნაბიჯად უნდა ჩაითვალოს საქართველოს კანონში „პაციმრობის შესახებ“ 2009 წლის დეკემბერში განხორციელებული ცვლილება. მიუხედავად ამისა, კანონის საფუძველზე, კანონქვემდებარე აქტის გამოცემა გონივრულ ვადაში არ მომხდარა³⁸. საქართველოს სახალხო დამცველმა, 2010 წლის

³⁸ საბოლოოდ, 2010 წლის 13 სექტემბერს სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის N135 ბრძანებით დამტკიცდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის

სექტემბერში რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, რათა შესრულებულიყო კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნა და გამოეცა შესაბამისი კანონქვემდებარე აქტი.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2010 წლის 13 სექტემბრის N 135 ბრძანებით დამტკიცდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის კომისიის დებულება. აღნიშნული კომისიის მიზნად განისაზღვრა ფსიქიკური აშლილობის ნიშნების მქონე მსჯავრდებულთა მდგომარეობის განხილვა მათი ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში შემდგომი გადაყვანის საკითხის მოწესრიგების მიზნით. ბრძანების გამოცემიდან მოკლე დროში, 2010 წლის 11 ნოემბერს, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრმა გამოსცა ბრძანება N 157 „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ფსიქიატრიული კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ“. აღნიშნულმა აქტმა ძალადაკარგულად გამოაცხადა მინისტრის N135 ბრძანება. ამჟამად მოქმედი ნორმის მიხედვით, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ფსიქიატრიული კომისიის შემადგენლობა განისაზღვრა 5 წევრისაგან და დებულების მიხედვით კომისია იღებს გადაწყვეტილებას მსჯავრდებულის (რომლის მიმართაც დასრულებულია სამართალწარმოება), არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის მიზანშეწონილობის თაობაზე. აღნიშნულის მიუხედავად, 2010 წლის 1 დეკემბრის მონაცემებით, კომისიის დასკვნით ჯერ არც ერთი პატიმარი არ ყოფილა გადაყვანილი შესაბამის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში.

პირებს, რომელთაც გამოუვლინდათ სულიერი დაავადების ნიშნები, აგზავნიდნენ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. აღნიშნული განყოფილება სულ 3 ექიმიტაა დაკომპლექტებული და გაშლილია 39 საწოლზე. აღსანიშნავია, რომ განყოფილებაში გადმოჰყავდათ მხოლოდ მამაკაცი პატიმრები და მსჯავრდებულები. ქალ პაციენტთათვის ასეთი სერვისი პენიტენციური სისტემის შიგნით ხელმიუწვდომელია. მესდ-ის ფსიქიატრიული განყოფილების ანგარიშის მიხედვით, ფსიქიატრიულ განყოფილებაში 2009 წლის განმავლობაში შემოვიდა 132 პაციენტი (72+60). გაეწერა 141 (76+65). ფსიქიკური სფეროს მხრივ გამოვლენილი ნოზოლოგიებით სტატისტიკა შემდეგნაირად გამოიყურება:

- ორგანული აშლილობები - 29;
- ფსიქოპათიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები - 1;
- შიზოფრენია, შიზოტოპური აშლილობა - 10;
- აფექტური აშლილობები - 26;

კომისიის დებულება (ძალაში შევიდა 2010 წლის 17 სექტემბერს); იმავე წლის 1 ოქტომბერს ამოქმედდა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის N143 ბრძანება „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის კომისიის შექმნის შესახებ“.

- ნევროზული, სტრესთან დაკავშირ. და სომატოტროპული აშლილობანი - 7;
- პიროვნული და ქცევითი დარღვევები - 44;
- გონებრივი ჩამორჩენა - 6;
- ეპილეფსია - 2;
- რეაქტიული ფსიქოზი - 7.

ფსიქიატრიულ განყოფილებაში 2009 წლის განმავლობაში გარდაიცვალა 1 ავადმყოფი (სუიციდი).

რაც შეეხება 2010 წლის პირველ ნახევარს, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან მოსული წერილის (07.09.2010 N2424) მიხედვით, ფსიქიატრიულ განყოფილებაში სულ შესულია 68 პაციენტი და გაწერილია 67. მათ შორის:

- ორგანული აშლილობანი - 9
- ფსიქოპათიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი - 5
- შიზოფრენია, შიზოტიპური აშლილობა - 0
- აფექტური აშლილობები - 12;
- ნევროზული, სტრესთან დაკავშირ. და სომატოტროპული აშლილობანი - 5;
- პიროვნული და ქცევითი დარღვევები - 23;
- გონებრივი ჩამორჩენა - 3;
- ეპილეფსია - 0;
- რეაქტიული ფსიქოზი - 11.

შექმნილი ვითარების შედეგად, რომელიც მონიტორინგის დროს იქნა გამოვლენილი საქართველოს ციხეთა სისტემაში, საყურადღებოა შემდეგი საკითხები: მთელს საქართველოს ციხეთა სისტემას ემსახურება მხოლოდ 5 ფსიქიატრი. მათ შორის, 3 მკდ-ში, ხოლო თითო-თითო აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს რეგიონებში. 2010 წლის გაზაფხულის შემდეგ კი ზუგდიდის და ბათუმის საპრობილექტებში ფსიქიატრის ვიზიტები აღარ განხორციელებულა, შესაბამისად იქ განთავსებული პატიმრები საერთოდ ვეღარ იღებენ ფსიქიატრიულ დახმარებას.

რეგიონების ფსიქიატრები არ იმყოფებიან მუდმივ შტატში (ხელშეკრულებით აყვანილი კონსულტანტები). დაწესებულებებში ერთგვარად წარმოებს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა აღრიცხვიანობა ადგილზევე დამკვიდრებული წესით, კონსულტანტ ფსიქიატრის ჟურნალის მიხედვით, თუმცა რაიმე გარე კონტროლის დაწესება ან ამ საკითხის საფუძვლიანი მონიტორინგი შეუძლებელია, ვინაიდან არ არსებობს სათანადო წესით წარმოებული სამედიცინო ბარათები, ასევე, ცალკე რაიმე აღრიცხვის სტანდარტები. ცალკეულ შემთხვევაში, დაწესებულებებში გამოვლენილ იქნენ პაციენტები ფსიქოზური აშლილობებით ან/და ქცევის უკიდურესი დარღვევებით ან/და სუიციდის მცდელობით, რომელნიც საჭიროებენ სტაციონარულ დახმარებას, ან/და რომელთა ადგილიც საპატიმრო დაწესებულებაში არ არის, თუმცა ისინი კვლავ რჩებიან სასჯელის მოხდის ადგილას. პრობლემები, რომლებიც ექიმებთან საუბრისას იქნა გამოვლენილი, შეეხება, ასევე, პატიმართა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებას, ვინაიდან, ადგილობრივი ექიმების

გადმოცემით, არის შემთხვევები, როდესაც მათ გადაჰყავთ ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტები ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, თუმცა იქიდან მალევე აბრუნებენ პრაქტიკულად იმავე მდგომარეობაში. რაც შეეხება მოსაზღვრე მდგომარეობებისა და სხვა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებს, რაიმე სახის რეაბილიტაციური პროგრამები ან ადეკვატური მკურნალობის შესაძლებლობა ამ დაწესებულებებში არ არის.

ამავდროულად უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული კანონმდებლობისა და კანონქვემდებარე აქტების გაუმართაობა, რაც ცალკე ანალიზისა და მონიტორინგის საგანი უნდა გახდეს, ქმნის მნიშვნელოვან პრობლემებს ციხეთა სისტემაში პირველადი დიაგნოსტიკებისა და შემდგომი სწრაფი და ადეკვატური რეაგირების თვალსაზრისით. აღნიშნული საკითხის მოგვარება ციხის ექიმის კომპეტენციის ფარგლებს სცდება.

მაგალითისათვის მოგვყავს ის სტატისტიკური ინფორმაცია, რომელიც ცალკეულ ციხეებში იქნა მოპოვებული: ქუთაისის №2 დაწესებულებაში სტაციონარულ ნაწილში განთავსებული იყო 2 ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირი, დანარჩენ პაციენტებზე სტატისტიკური ინფორმაცია ვერ მოვიპოვეთ; ამგვარი ინფორმაციის მოსაპოვებლად გადავხედეთ ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშნულებების ჟურნალს, რომელიც ინახება უფროს ექთანთან. ფსიქოტროპული მედიკამენტების დაფასოება ცალკეული პაციენტებისათვის ხდება ავთიაქიდან, რაც უნდა შედარდეს ფსიქიატრის კონსულტაციის ჟურნალს, საიდანაც უნდა გამხოლოვდეს პაციენტთა სახელი და გვარი, კონსულტაციის რიგითობის გამოკლებით. ამგვარი „მანიპულაციის“ ჩატარება მონიტორინგის დროს პრაქტიკულად შეუძლებელია და მოითხოვს დიდი დროის ხარჯვას. ამგვარად, ამ დაწესებულებაში რაიმე სახის ზუსტი სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებზე შეუძლებელია. გეგუთის №8 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის მიხედვით, 22 პაციმარი არის ეპილეფსიით დაავადებული, ხოლო 73 ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირია. ხონის №9 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის მიხედვით, ძირითადად აღრიცხვაზე იმყოფება 8 ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირი, რომელთაც აქვთ ძირითადად ც.ნ.ს. ორგანული დაზიანებით გამოწვეული აშლილობანი. ზუგდიდის №4 დაწესებულებაში არსებობს ჟურნალი – „ფსიქოპათიური და სხვა ფსიქიკური გადახრებით დაავადებულ პაციმართა აღრიცხვის ჟურნალი“, რომელშიც 2009 წელს 5 პაციენტია გატარებული. ამავდროულად უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ჟურნალის დასახელებაში მოხსენებული ტერმინები მოძველებულია და საერთაშორისო სტანდარტებით არ იხმარება. ასე მაგალითად, ტერმინი „ფსიქოპათიის“ ნაცვლად იხმარება ტერმინი პიროვნული (პერსონოლოგიური აშლილობანი), ხოლო „გადახრების“ ნაცვლად ტერმინი ფსიქიკური აშლილობა. ბათუმის №3 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის მონაცემებით, 7 პაციმარი არის ფსიქიკური პრობლემების მქონე. სავარაუდოდ, აღნიშნული სტატისტიკური მონაცემები არ არის რეალური, თუკი გავითვალისწინებთ ეპილეფსიით დაავადებულთა ფსიქიკურ პრობლემებს და ასევე, წამალდამოკიდებულების მქონე პირთა ფსიქიკურ პრობლემებს, თუმცა არც მხოლოდ ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა რიცხვი უნდა იყოს ასეთი. საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, ფსიქიკური პრობლემებისა და მათ შორის,

დამოკიდებულების პრობლემების მქონე პირთა, საშუალო სტატისტიკური მაჩვენებელი ევროპულ ციხეებში უტოლდება დაახლოებით 63%, შესაბამისად, ჩვენს ციხეთა სისტემაში ეს რაოდენობა არ უნდა იყოს ნაკლები თუ არა მეტი, კანონმდებლობისა და სოციალური თავისებურებების გათვალისწინებით.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის საწინააღმდეგო კომიტეტის (CPT) მე-3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, „პენიტენციური დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს ყოველთვის ეყოლება თავის პაციენტთა შორის არამდგრადი ფსიქიკის მქონე პირები, აუტსაიდერები, რომელნიც იზრდებოდნენ არაკეთილსაიმედო ოჯახებში, ჰქონდათ ხანგრძლივი შეხება ნარკოტიკებთან, კონფლიქტში იყვნენ სახელისუფლებო სტრუქტურებთან, ერთი სიტყვით, იყვნენ ხელმოცარულნი სოციალური თვალსაზრისით. ამგვარი პაციენტები არიან მღელვარენი, მიდრეკილნი თვითმკვლელობისაკენ, არაიშვიათად გამოირჩევიან მიუღებელი სექსუალური ქცევით, დროის უმეტესი ნაწილი ვერ აკონტროლებენ თავს და ვერ უვლიან საკუთარ თავს. ამგვარი პატიმრების მოთხოვნილებანი სცილდება საკუთრივ სამედიცინო მომსახურების ფარგლებს, თუმცა ციხის ექიმს შეუძლია ხელი შეუწყოს მათთვის სოციალური თერაპიის პროგრამების შემუშავებას. ამგვარი პროგრამები ჩვეულებრივ ხორციელდება ციხის სპეციალურ განყოფილებებში, რომელნიც ორგანიზებულია ზოგადსამოქალაქოს მსგავსად, კვალიფიცირებული სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. ამგვარი პროგრამები ეხმარება პატიმრებს, გადალახონ დამცირების განცდა, ზიზღი და სიძულვილი საკუთარი თავის მიმართ, ავითარებენ პასუხისმგებლობის განცდას და ამზადებენ საზოგადოებაში რეინტეგრაციისათვის. ამგვარ პროგრამებს კიდევ ის უპირატესობა აქვთ, რომ მათი განხორციელება მოითხოვს ციხის პერსონალის აქტიურ მონაწილეობასა და დაინტერესებას.“

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატიდან შესულ შეკითხვაზე – „თუ როგორ არის ორგანიზებული ფსიქიატრიული დახმარება, კერძოდ, რა ადამიანური თუ მატერიალური რესურსებია მოზილიზებული აღნიშნულ სფეროში“, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტრომ გვიპასუხა (N01-3057, 01.04.2010), რომ „სასჯელაღსრულების სისტემის დაწესებულებებში, ფსიქიკური გადახრების მქონე მსჯავრდებულთა და პატიმართა კონსულტაციურ მომსახურებას აწარმოებს 2 ექიმი ფსიქიატრი. საჭიროების შემთხვევაში ამ კატეგორიის ავადმყოფებს მკურნალობა უტარდებათ სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, სადაც 3 ექიმ-ფსიქიატრის, 1 ექიმ-ნარკოლოგის და 1 ფსიქოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მათ უტარდებათ სათანადო გამოკვლევები და მკურნალობა. გარდა ზემოაღნიშნულისა სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო სამსახურის თანამშრომლებს არასამთავრობო ორგანიზაციის (გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში) მიერ ჩატარდათ სპეციალური ტრენინგები პატიმართა ფსიქიატრიული დახმარების უზრუნველყოფის საკითხებთან დაკავშირებით“.

მონიტორინგის ჯგუფი დაინტერესდა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სუიციდის ან სუიციდის მცდელობის სტატისტიკით საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში; ასევე, იმ ღონისძიებებით, რაც ამგვარი შემთხვევების

პროფილაქტიკის მიზნით ტარდება. სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროდან მოსული ინფორმაციის მიხედვით (N01-3057, 01.04.2010), „2009 წელს დაფიქსირდა თვითმკვლელობის (სუიციდის) 1 შემთხვევა (N2 საპრობილე). ფსიქიკურად არამდგრადი, გაუწონასწორებელი პატიმრები დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს აყვანილი ჰყავთ აღრიცხვაზე, ზოგადი მდგომარეობის გაუარესების ან დაავადების გამწვავების შემთხვევაში მათ უტარდებათ სათანადო მკურნალობა სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში“.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მექანიკური ასფიქსიით თვითმკვლელობის შედეგად პენიტენციური სისტემაში გარდაცვლილია 2 (და არა ერთი, როგორც სამინისტრო მიუთითებს) მსჯავრდებული: ხ.კ. მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში 2009 წლის 18 თებერვალს და ქ.ა. ქუთაისის N2 დაწესებულებაში 2009 წლის 12 დეკემბერს. ასევე საექვო ვითარებაშია გარდაცვლილი პენიტენციური სისტემიდან სამოქალაქო ტიპის სტაციონარში გაყვანილი 56 წლის ონკოლოგიური პაციენტი კ.თ., რომელსაც ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით, მუცლის წინა კედელზე აღნიშნებოდა ნაკვეთი ჭრილობა. რაც შეეხება თვითმკვლელობის მცდელობის ფაქტებს, ასეთი მონიტორინგის ჯგუფის მიერ არაერთი დაფიქსირდა, რომლებიც გატარებულია დაზიანებათა აღრიცხვის ჟურნალებში. მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოპოვებული მონაცემებით, სუიციდის მცდელობის ფაქტები განხორციელდა:

- რუსთავის N1 დაწესებულებაში – 1 შემთხვევა;
- ქუთაისის N2 დაწესებულებაში – 3 შემთხვევა;
- რუსთავის N6 დაწესებულებაში – 3 შემთხვევა;
- ქსნის N7 დაწესებულებაში – 4 შემთხვევა;
- გეგუთის N8 დაწესებულებაში – 2 შემთხვევა;
- თბილისის N10 დაწესებულებაში – 1 შემთხვევა;
- თბილისის N1 დაწესებულებაში – 5 შემთხვევა (ჩამოხრჩობის);
- თბილისის N8 საპრობილეში – 1 შემთხვევა.

რატომღაც აღნიშნული შემთხვევები სამინისტროს ყურადღების მიღმა დარჩა. თვითმკვლელობის მინიმუმ 2 შემთხვევაა დაფიქსირებული 2010 წლის პერიოდში. მონიტორინგის ჯგუფისათვის ასევე ცნობილი გახდა არასრულწლოვანი პატიმრის თვითმკვლელობის მცდელობის ფაქტის შესახებ (N8 საპრობილე), რომელიც უმძიმეს მდგომარეობაში გადაყვანილ იქნა ჯერ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ხოლო შემდეგ ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში. აღნიშნული სტატისტიკა შეეხება რეგისტრირებულ და მთავარი ექიმისათვის ცნობილ ფაქტებს. თუ ტრავმების ჟურნალს დეტალურად შევისწავლით და პრობლემას სიღრმისეულად გავაანალიზებთ, სუიციდის მცდელობის კიდევ მრავალი ფაქტი იკვეთება, რასაც, სამწუხაროდ, ჯეროვანი ყურადღება არ ეთმობა. რაც შეეხება თვითმკვლელობის რისკის შეფასებას და მიდრეკილი პაციენტების ფსიქიატრიულ დახმარებას, აღნიშნული საკითხი პრაქტიკულად იგნორირებულია და ვერ დავეთანხმებით სამინისტროს იმაში, რომ მათ ადეკვატური მკურნალობა უტარდებათ.

თვითმკვლელობის ერთი შემთხვევა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ განხორციელდა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაშივე. არასწორი მკურნალობა, დიაგნოსტიკური შეცდომები და მთელი რიგი სისტემური პრობლემები მიჩნეულ იქნა პატიმრის მიერ სუიციდის ჩადენის მიზეზად. აღნიშნული დადასტურებულ იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ. შესწავლა საკმაოდ ხანგრძლივად მიმდინარეობდა. სააგენტოს მიერ გამოგზავნილი წერილით³⁹ ირკვევა, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭოს სხდომაზე განხილულ იქნა საკითხი მსჯავრდებულ კ.ხ.-სათვის გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხის თაობაზე. საბჭოს გადაწყვეტილებით, სად-ის, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ექიმებს 3 და ერთი თვის ვადით შეუჩერდათ სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედება სპეციალობაში „ფსიქიატრია“. მესამე ექიმს მიეცა „წერილობითი გაფრთხილება“. ფოთის მკაცრი მეთვალყურეობის რესპუბლიკურ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ექიმს, შპს აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 5 ექიმს მიეცა „წერილობითი გაფრთხილება“. სამწუხარო ფაქტია, რომ საქმის შესწავლის გაჭიანურების გამო, მისი დასრულებისას ზოგიერთი ექიმი უკვე აღარ მუშაობდა ამ სისტემაში, ასევე, აღარ არსებობდა მოხსენიებული ზოგიერთი დაწესებულება. ამგვარად, დამდგარი შედეგი მინიმალურია და არაეფექტური იმ პრობლემებთან საბრძოლველად, რომლებიც რეალურად არსებობს სისტემაში. აღსანიშნავია, რომ შემთხვევათა უმრავლესობა ვერც ხვდება სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს შესწავლის საგანი.

ჩვენს ინტერესს წარმოადგენდა გაგვერკვია, თვითმკვლელობის მცდელობის ან თვითმკვლელობისკენ მიდრეკილების შემთხვევებში როგორია სამედიცინო პერსონალის ტაქტიკა და რა ზომები ტარდება ამგვარ ქმედებათა პროფილაქტიკისათვის. როგორც გაირკვა, ზოგადად ციხის პერსონალისათვის არ არსებობს რაიმე საინფორმაციო საუბრები ან სწავლება ამგვარი ქმედებების პრევენციასთან დაკავშირებით. თუ თვითმკვლელობის მცდელობის დროს პატიმარმა მიიყენა სერიოზული დაზიანება, მაშინ ეს უკანასკნელი გადაჰყავთ სამკურნალო დაწესებულებაში, ხოლო თუ შემდგომი დაკვირვებით ირკვევა, რომ პატიმრის სიცოცხლეს საფრთხე არ ემუქრება, ამ შემთხვევაში პატიმარი შეიძლება მაქსიმუმ სამედიცინო ნაწილში იყოს გადაყვანილი. 2009 წლის განმავლობაში დაფიქსირდა პატიმართა სუიციდის 2 ფაქტი. ერთ-ერთი მათგანი განხორციელდა წლის 1 ნახევარში, ხოლო მეორე – წლის მეორე ნახევარში. აღნიშნულ ფაქტებზე დაწყებულია გამოძიება და შედეგები ჯერ ცნობილი არ გამხდარა.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის საწინააღმდეგო კომიტეტის (CPT) მე-3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, პენიტენციური დაწესებულების კომპეტენციის სფეროში შედის, ასევე, თვითმკვლელობათა აღკვეთა. სამედიცინო პერსონალი პასუხისმგებელია ამ საკითხზე ინფორმაციის გავრცელებაზე პენიტენციური დაწესებულების თანამშრომელთა შორის, ასევე,

³⁹ წერილი Nრს017/18-2945

შესაბამისი ზომების მიღებაზე. ამ საქმეში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება შემოსვლისას პატიმართა გამოკვლევას და მიღების პროცედურას მთლიანად; სათანადოდ ჩატარებული ეს პროცედურები ხელს უწყობენ თუ მთლიანად არა, იმ პატიმართა გარკვეული ნაწილის გამოვლენას, რომლებიც შეადგენენ თვითმკვლელობის რისკის ჯგუფს, ასევე, რამდენადმე ხელს უწყობენ შფოთვის მოხსნას, რომელიც დამახასიათებელი განცდაა ყოველი ახალშემოსული პატიმრისათვის. იმისდა მიუხედავად, თუ რა ფუნქციას ასრულებს ციხის პერსონალი, მას უნდა შეეძლოს (რაც გულისხმობს სპეციალურ მომზადებას), გამოიცნოს მოსალოდნელი თვითმკვლელობის ნიშნები. ამასთან დაკავშირებით, აუცილებელია აღინიშნოს, რომ თვითმკვლელობის რისკი მომატებულია უშუალოდ სასამართლოს წინ ან მის შემდეგ, ხოლო ცალკეულ შემთხვევაში გათავისუფლების წინა პერიოდშიც. თვითმკვლელობის რისკის მქონე პირის გამოვლენისას, ის უნდა იქნას განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ იმ ხანგრძლივობით, რაც საჭიროა მისი მდგომარეობიდან გამომდინარე. ამგვარი პირებისათვის არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი თვითმკვლელობის განხორციელების საშუალებები (ფანჯრის გისოსები, გატეხილი მინა, ჰალსტუხი და სხვა).

წამალდამოკიდებულების მქონე პირები

რაც შეეხება წამალდამოკიდებულების მქონე პირებს, მათი რაოდენობა სასჯელის მოხდის ადგილებში ასევე საკმაოდ მაღალია. ამ კატეგორიას მიეკუთვნებიან ალკოჰოლიზმით, ნარკომანიითა და ტოქსიკომანიით დაავადებული პატიმრები.

წამალდამოკიდებულების პრობლემების შემთხვევაში, პაციენტებს არ უტარდებათ სათანადო მკურნალობა და კონსულტაცია. გარედან კონსულტანტის მოწვევის შემთხვევები 2009 წლის მეორე ნახევარში პრაქტიკულად არ დაფიქსირებულა (ერთი გამონაკლის შემთხვევის გარდა).

რაც შეეხება წამალდამოკიდებულების მქონე პირთა დახმარებისა და რეაბილიტაციის პროგრამებს, ამგვარი პატიმრებისათვის პროგრამა მიმდინარეობს თბილისის №8 საპყრობილეში. დაწესებულებაში მოქმედებს მეტადონის პროგრამა, რომელიც დაკომპლექტებულია შესაბამისი პერსონალით და მათ საერთო არაფერი აქვთ დაწესებულების სამედიცინო ნაწილთან ან პერსონალთან. მათი საქმიანობის, საშტატო განრიგის და მკურნალობის მეთოდების შესახებ მთავარ ექიმს ინფორმაცია არ გააჩნია. პატიმრების პროგრამაში ჩართვის საკითხებს მხოლოდ პროგრამის პერსონალი განსაზღვრავს.

თანამედროვე მედიცინა ოპოიდებზე დამოკიდებულებას, ანუ ოპოიდურ ნარკომანიას განიხილავს, როგორც ქრონიკულ დაავადებას, რომელიც რეციდივებით, ანუ გამწვავებებით მიმდინარეობს. არსებობს ამ დაავადების მკურნალობისადმი რამდენიმე მიდგომა, თუმცა საერთაშორისო გამოცდილებით ასეთი მკურნალობის ეფექტურობა არც თუ ისე მაღალია. ამასთან დაკავშირებით, შემუშავებულ იქნა მკურნალობის განსხვავებული მეთოდი, ე.წ. ჩანაცვლებითი თერაპია, რომელიც გულისხმობს შედარებით ხანგრძლივი ვადით პაციენტისათვის ჩამნაცვლებელი

ნარკოტიკული საშუალების მიცემას. დღესდღეობით, ჩანაცვლებითი თერაპიისათვის, თავისი სპეციფიკური სამკურნალო თვისებების გამო გამოიყენება მეთადონის ჰიდროქლორიდი, თუმცა არსებობს სხვა ალტერნატიული საშუალებებიც. მეთადონის გამოყენება მნიშვნელოვნად ამცირებს ნარკოტიკების მოთხოვნილებას და აღმოფხვრის ალკვეთის სინდრომს.

საქართველოში ოპოიდური დამოკიდებულების ჩანაცვლებითი მკურნალობა ხორციელდება საქართველოს კანონის „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ მე-8 თავის მე-3 და მე-4 მუხლების შესაბამისად.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თბილისის №8 საპყრობილეში, 2008 წლის დეკემბრიდან მიმდინარეობს მეთადონის პროგრამა, რომელიც წარმოადგენს სააქციო საზოგადოება ნარკოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტისა და Global Foundation-ის ერთობლივ პროექტს, რომელიც საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პატრონაჟით მიმდინარეობს. აღიშნული წარმოადგენს პილოტურ პროგრამას, რომელიც ჯერ-ჯერობით არ არის დასრულებული. იგი Global Foundation-ის მიერ საქართველოში განხორციელებული აქტივობების ერთ-ერთი დამოუკიდებელი კომპონენტია. პროგრამის წარმატებულად განხორციელების შემდეგ, შესაძლებელია მსგავსი აქტივობა სასჯელაღსრულების სისტემის სხვა დაწესებულებებშიც დაინერგოს. თანამშრომელთა განმარტებით, ანგარიში პროექტის მიმდინარეობის შესახებ ჯერ არ მომზადებულა, თუმცა ისინი პერიოდულად აწარმოებენ ანგარიშგებას სამეთვალყურეო საბჭოს წინაშე.

პროგრამის ფარგლებში ადგილზე დასაქმებულია სამი ექიმი (1 თერაპევტი და 2 ნარკოლოგი), 1 უფროსი ექთანი და 2 ექთანი. პროგრამას ლოკალურად ხელმძღვანელობს პროგრამის ხელმძღვანელი. დასაქმებული 3 ექიმიდან ერთი უფროსი ექიმია. პროგრამის ხელმძღვანელს ნიშნავს სამეთვალყურეო საბჭო. პროგრამის ინფრასტრუქტურა გაშლილია სასჯელაღსრულების დაწესებულების პირველი საპატიმრო კორპუსის პირველ სართულზე, ცალკე იზოლირებული სექციის სახით. გარდა პერსონალის სამუშაო ოთახებისა, სექცია მოიცავს 5 საკანს, რომელშიც პროგრამის ბენეფიციარები არიან განთავსებულები. თითოეულ საკანში 6 ადგილია. პროგრამის ხელმძღვანელის განმარტებით, ერთდროულად, მასში შესაძლებელია მაქსიმუმ 50 ბენეფიციარი მიმდინარეობდეს. მონიტორინგის მომენტში, პროგრამაში მონაწილეობდა 24 თავისუფლება აღკვეთილი პირი. პროგრამის მიმდინარეობა საშუალოდ 67 დღეს შეადგენს, თუმცა საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია 45-100 დღის ფარგლებში მიმდინარეობდეს.

უფროსი ექიმის განმარტებით, მეთადონის საწყისი დოზის განსაზღვრა ხდება პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით. შემდგომში, ეტაპობრივად ხდება ჩანაცვლებითი პრეპარატის დოზის კლებით დეტოქსიკაციის კურსის წარმართვა.

რაც შეეხება პროგრამის ბენეფიციართა შერჩევის კრიტერიუმებს, უფროსი ექიმის განმარტებით, უპირველეს ყოვლისა ითვალისწინებენ აღკვეთის მდგომარეობას (ანამნეზით) და გამოხატულ სიმპტომატიკას. პრიორიტეტი ენიჭებათ ამავედროულად ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (HIV), ტუბერკულოზით (TB), ვირუსული „HBV“ და „HCV“ ჰეპატიტებით და სხვა ქრონიკული ინფექციებით დაავადებულ პირებს.

ყოველ დილით, პროგრამის ექიმი გადადის საპრობილის კარანტინში, სადაც ნახულობს ახლად შემოყვანილ (წინა დღით) თავისუფლებას აღკვეთილ პირებს. როგორც ცნობილი გახდა, თავდაპირველად პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმს წარმოადგენდა ის, რომ პოტენციური ბენეფიციარი დაკავებული უნდა ყოფილიყო ნარკოტიკული დანაშაულის ჩადენისათვის, თუმცა ამჟამად აღნიშნულ კრიტერიუმს მნიშვნელობა აღარ ენიჭება. პროგრამაში მოხვედრის მაღალი შანსი აქვთ ისეთ პირებს, რომლებიც თავისუფლების აღკვეთამდე მონაწილეობდნენ მსგავს (მეთადონის) პროგრამაში და მათ არ აქვთ დასრულებული სრული კურსი. ექიმი ახლად შემოსულ პაციენტებს ესაუბრება, სინჯავს და სამედიცინო კრიტერიუმების მხედველობაში მიღებით ახდენს ბენეფიციართა სიაში მათ ჩასმას. აღნიშნულ სიას, პროგრამის ხელმძღვანელი წარუდგენს საპრობილის ადმინისტრაციას, რის შედეგადაც ხდება ასეთ პირთა გადაყვანა პროგრამისათვის განკუთვნილ საკნებში პირდაპირ კარანტინიდან. გადმოყვანილი პაციენტები განმეორებით მოწმდება კომისიური წესით (სამივე ექიმის მიერ), ხდება შარდის ანალიზის ჩატარება, აივ ტესტირება. თუ არსებობს რაიმე დამადასტურებელი საბუთი, რომელიც ექიმებს დახმარებას გაუწევს ანამნეზის შეკრებაში პროფილური კუთხით, ექიმები ცდილობენ პაციენტის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს მოატანინონ აღნიშნული.

№8 საპრობილეში ჩატარებული მონიტორინგით ირკვევა, რომ ყოველთვიურად დაწესებულებაში დაახლოებით 600 ახალი პაციმარი შედის. აღნიშნულის ფონზე რა თქმა უნდა იზადება კითხვა, რამდენად საკმარისია პროგრამის მოცულობა პაციმართა კონტინგენტის სრული მოცვისათვის. აღნიშნულთან დაკავშირებით უფროსი ექიმი და პროგრამის ხელმძღვანელი განმარტავენ, რომ პროგრამის მიმდინარეობისას ყოფილა შემთხვევები, როდესაც ადგილები საკმარისი არ იყო, თუმცა ასეთი პერიოდები იშვიათობას წარმოადგენს; ამ დროს ხდება პროგრამაში ადგილების დამატება. ძირითადად პროგრამის ინფრასტრუქტურა და მოცულობა მათ საკმარისად მიჩნიათ.

მონიტორინგის ჯგუფი დაინტერესდა ასევე შესაძლებელია თუ არა პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარის სხვა დაწესებულებაში გადაყვანა, მანამ სამან ამ უკანასკნელს არ აქვს დასრულებული მკურნალობა, რაზეც განგვემარტა, რომ აღნიშნულის შანსი პრაქტიკულად არ არსებობს. გადაყვანის საკითხის დასმის შემთხვევაში, დაწესებულების ადმინისტრაცია, საკითხს პროგრამის პერსონალთან ათანხმებს.

პროგრამის დასრულების შემდეგ, ბენეფიციარი ბრუნდება საპრობილის ჩვეულებრივ საკანში. როდესაც ბენეფიციარის მკურნალობის კურსი დასასრულს უახლოვდება (მაგალითად დაგეგმილ დასრულებამდე დაახლოებით 1 კვირით ადრე), ადგილობრივი ექიმები ინტენსიურ დაკვირვებას იწყებენ პაციენტზე.

აღნიშნული გულისხმობს ერთი დღით დოზის ჩაგდებას და დაკვირვებას თუ რა ნიშნები გამოუვლინდება პაციენტს. დადებითი დინამიკის შემთხვევაში დოზის ჩაგდება 2 დღით ხდება და კვლავ მიმდინარეობს პაციენტზე დაკვირვება. დოზის სრული შეწყვეტის შემდეგ კვლავ ხდება რამდენიმე დღით პაციენტზე დაკვირვება, გამოუვლინდება თუ არა მას აღკვეთის სინდრომის რაიმე კლინიკური ნიშანი. მხოლოდ აღნიშნულის შემდეგ ხდება პროგრამიდან ბენეფიციარის გამოსვლა. დასრულების შემდეგ, როგორც უკვე აღინიშნა, პატიმარს აბრუნებენ ჩვეულებრივ საკნებში. პროგრამის უფროსი ატყობინებს დაწესებულების ადმინისტრაციას მკურნალობის კურსის დასრულების შესახებ.

პროგრამაში ჩართული პაციენტების მიმართ ვრცელდება იგივე სარეჟიმო მოთხოვნები რაც სხვა პატიმრების მიმართ. მათი საკვების რაციონი არაფრით განსხვავდება ზოგადად დაწესებულებაში არსებული კვების წესებისაგან. რაც შეეხება ურთიერთობას საპრობილის სამედიცინო ნაწილთან, პროგრამის ექიმები განმარტავენ, რომ მათ აქვთ კოლეგიალური და კონსტრუქციული ურთიერთობა, რომელიც ძირითადად ინფორმაციის გაცვლის ხასიათს ატარებს.

პროგრამის გახსნიდან დღემდე, მასში 430 ბენეფიციარი მონაწილეობდა. რაც შეეხება მეორედ დაკავების შემთხვევაში, ბენეფიციარის განმეორებით ჩართვას პროგრამაში, ამჟამად აღნიშნული შესაძლებელია.

უფროსი ექიმის განმარტებით, ყოველ პარასკევს პროგრამაში მოდის ფსიქოლოგი, რომელიც ბენეფიციარებთან მუშაობს მათი ფსიქორეაბილიტაციის კუთხით. მოცემულ მომენტში ფსიქოლოგს შედგენილი ჰყავს 3 ჯგუფი, თითოეულში გაერთიანებულია 5 პაციენტი. ფსიქოლოგთან ურთიერთობას ყოველკვირეულად (პარასკევობით) 2 საათი ეთმობა.

ნარკოლოგიური დახმარების კუთხით, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში შექმნილი მძიმე მდგომარეობის გათვალისწინებით, მონიტორინგის ჯგუფი დაინტერესდა ხდება თუ არა სხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ადგილობრივი ნარკოლოგების მიერ რაიმე სახის საკონსულტაციო დახმარების ჩატარება, რაზედაც განგვემარტა, რომ აღნიშნული შესაძლებელი არ არის. სხვა დაწესებულებებიდან ნარკოლოგის კონსულტაციის თხოვნით არც არასოდეს მოუმართავთ მათთვის. ერთადერთ გამონაკლისს ამ შემთხვევაში წარმოადგენს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო პაციენტის გადაყვანის შემთხვევაში, ტერიტორიული სიახლოვის გათვალისწინებით, ადგილობრივ პერსონალს მოუხდენია მეთადონის დოზის გადატანა და ადგილზე პაციენტს მიეცა შესაძლებლობა გაეგრძელებინა კურსი. აღნიშნულის გამო უზრუნველყოფილია იმის შესაძლებლობა რომ არ მოხდეს კურსის შეწყვეტა.

პროგრამის ხელმძღვანელის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, პროგრამის ბენეფიციართა მხრიდან ექსცესების მოწყობის შემთხვევები პრაქტიკულად არ დაფიქსირებულა, თუმცა პატიმართა მხრიდან რეჟიმის დარღვევის ერთეული შემთხვევები მაინც არსებობდა წარსულ პერიოდში. აღნიშნულთან დაკავშირებით,

პროგრამის ბენეფიციარის დასჯის მიზნით კარცერში გადაყვანა, ადგილობრივი ექიმის განმარტებით არასდროს არ მომხდარა.

უფროსი ექიმის განმარტებით, ადგილზე მათ შეუძლიათ ჩაატარონ პაციენტის შარდში იმუნოქიმიური სტრიპტესტირება. აღნიშნულ გამოკვლევას ატარებს პირადად ექიმი. პროგრამის ფარგლებში შესაძლებელია ასევე პაციენტის არაინსტრუმენტული კლინიკური გამოკვლევის ჩატარება რუტინული მეთოდებით (ნევროლოგიური სტატუსის შეფასება, აუსკულტაცია, ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების განსაზღვრა და ა.შ.). ექიმის აზრით მათ აქვთ სრული შესაძლებლობა რომ პაციენტი გამოიკვლიონ იგივე მოცულობით, როგორც ეს სასამართლო ნარკოლოგიური ექსპერტიზის დროს ხდება. ექიმის გადმოცემით, პაციენტები მათთან ადვილად შედიან კონტაქტში, პროგრამის შესახებ ყველა ბენეფიციარს ჩართვამდე აქვს ზოგადი წარმოდგენა. პაციენტები არიან გახსნილები, რაიმეს დაფარვის ან აგრესიის გამოვლენის სურვილი არასდროს ჰქონიათ.

თითოეული ბენეფიციარისათვის დაწესებულია მონიტორინგი, რომელიც ხორციელდება დოკუმენტაციის სახით. პროგრამაში ჩართულ თითოეულ პირზე იწარმოება პირადი ფაილი, რომელიც მოიცავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 20 იანვრის ბრძანება №337/ნ - ით დამტკიცებული ფორმები. კერძოდ იწარმოება: ნარკოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი, სამედიცინო საკონტროლო კომისიის დასკვნა პაციენტის პროგრამაში ჩართვასთან დაკავშირებით (ფორმა№3), გადაწყვეტილება პირის პროგრამიდან გასვლის შესახებ (ფორმა№5). ფაილში ასევე დევს ხელშეკრულება პროგრამასა და მის ბენეფიციარს შორის. პაციენტის სამედიცინო ბარათში სისტემატურად აღინიშნება ყოველდღიური დანიშნულებისა და მისი შესრულების შესახებ ინფორმაცია. ბარათს უკანა მხარეს აკრული აქვს შარდის ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგები დინამიკაში. შარდის ანალიზი ბენეფიციარებს თვეში 2-ჯერ უტარდებათ. აღნიშნული დოკუმენტაცია კონფიდენციალურია და დაცულია სამედიცინო დანიშნულების ოთახებში.

პროგრამის ინფრასტრუქტურა, როგორც უკვე აღინიშნა იზოლირებულადაა განთავსებული კორპუსის ერთ-ერთ ფლიგელში. სამედიცინო პერსონალი მუშაობს ერთ დიდ ოთახში. პროგრამის ხელმძღვანელისათვის გამოყოფილია ცალკე ოთახი. აქვეა ლაბორატორიული კვლევისათვის მასალის ასაღები სათავსო, დაცული ოთახი სადაც ინახება პრეპარატები და ექთნის მიერ გასაცემი მეთადონის ოთახი, რომელიც მცირე სარკმლით გადის დერეფანში. დერეფნიდან პაციენტები მოდიან სარკმელთან, იღებენ შესაბამის დოზას და ნახმარ ჭიქას აგდებენ უკან, სპეციალურ პაკეტებში.

პროგრამის პერსონალის განმარტებით, ისინი დადებითად აფასებენ პროგრამის მიმდინარეობას. კმაყოფილებას გამოთქვამენ ადეკვატური ანაზღაურების გამო. გამოხატავენ სურვილს, რომ მსგავსი სახის პროგრამები დაინერგოს ყველა იმ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, სადაც პირველად ხვდება პატიმარი, ვინაიდან პროგრამის ეფექტი საკმაოდ მაღალია. ყველა ის პირი, რომელსაც ესაჭიროება აღნიშნული პროგრამა, თუმცა გეოგრაფიული პრინციპიდან გამომდინარე ვერ მონაწილეობს მასში, მათ შორის ქალი პატიმრები, მოკლებულნი არიან ადეკვატურ ნარკოლოგიურ დახმარებას. აღკვეთის სინდრომის

მიმდინარეობისას, შესაბამისი ექიმ-სპეციალისტის მეთვალყურეობის და დახმარების გარეშე შესაძლებელია განვითარდეს სხვადასხვა სახისა და ხარისხის ფსიქო-ნევროლოგიური დარღვევები. აღნიშნულს საკმაოდ დიდი და ნეგატიური გავლენა აქვს ადამიანის ფსიქიკაზე. შესაძლებელია განვითარდეს სხვადასხვა სახის სომატური დარღვევებიც, მაგალითად გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის სახით.

ქუთაისის №2 და რუსთავის №6 დაწესებულებებში არის „ატლანტისის“ პროგრამა, რომელიც არ მოიცავს სამედიცინო კომპონენტს. მსგავსი პროგრამა მოქმედებს ასევე ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაშიც. ამ უკანასკნელში, გახსნის დღიდან დღემდე რეაბილიტაციის კურსი გაიარა 70 ქალმა.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის რუსთავის N6 დაწესებულებაში, ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში და ქუთაისის N2 დაწესებულებაში მოქმედებს ფსიქო-სოციალური ანტინარკოტიკული ცენტრი „ატლანტისი“. ცენტრი „ატლანტისის“ პროგრამის მეთოდის დაფუძნებულია „12 ნაბიჯის“ პრინციპზე და აპრობირებულია საზღვარგარეთის სხვა ქვეყნებშიც.

ორგანიზაცია „პეონის“ პროექტის ფარგლებში, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მხარდაჭერითა და საერთაშორისო ორგანიზაციების ფინანსური დახმარებით, 2005 წელს, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში გაიხსნა ნარკოტიკული დამოკიდებულების მქონე პატიმართა სარეაბილიტაციო ცენტრი „ატლანტისი“. 2006 წლიდან კი ცენტრი მოქმედებს ქუთაისის N2 დაწესებულებაში. რიგით მესამე „ატლანტისის“ ცენტრმა მუშაობა დაიწყო ასევე რუსთავის N6 დაწესებულებაში 2007 წლის დეკემბრიდან. 2006 წლიდან, ორგანიზაცია „პეონისა“ და „ძალადობისაგან დაცვის ეროვნული ქსელის“ ინიციატივით, საქართველოს საპატრიარქოს მხარდაჭერით, ფერისცვალების მამათა მონასტერში გაიხსნა ნარკომანიით დაავადებულ პირთა სარეაბილიტაციო ცენტრი „თაბორი“, სადაც ბენეფიციარებს თავისუფლების აღკვეთის ზემოთ ხსენებულ სამ დაწესებულებაში დაწყებული რეაბილიტაციის პროგრამის გაგრძელების საშუალება ეძლევათ პატიმრობიდან გათავისუფლების შემდეგ. ამრიგად, დღეისათვის საქართველოში „12 ნაბიჯის“ მეთოდის დაფუძნებული ოთხი სარეაბილიტაციო ცენტრი მუშაობს, სამი – პენიტენციურ სისტემაში, ხოლო ერთი სასჯელაღსრულების სისტემის გარეთ.

სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის რუსთავის N6 დაწესებულებაში, რეაბილიტაციის პროგრამაში, მონიტორინგის მომენტისათვის (2010 წლის მეორე ნახევარი) ჩართული იყო 7 მსჯავრდებული. ჯგუფმა მუშაობა 2010 წლის მარტიდან დაიწყო მუშაობა. ადგილობრივი პერსონალის ინფორმაციით, მაქსიმალური დატვირთვის შემთხვევაში, ერთდროულად შესაძლებლობა აქვთ მიიღონ არაუმეტეს 12 ბენეფიციარისა. პროგრამის კურსის ხანგრძლიობა დაახლოებით 6 თვეს მოიცავს. გახსნის დღიდან დღემდე, რეაბილიტაციის პროგრამის კურსში ჩართული იყო სულ 6 ჯგუფი.

- პირველმა ჯგუფმა მუშაობა დაიწყო 2008 წლის 9 მაისს და დაასრულა 16 ოქტომბერს. მასში ჩართული იყო სულ 11 ბენეფიციარი;
- მეორე ჯგუფში ჩართული იყო ასევე 11 ბენეფიციარი;
- მესამე ჯგუფში ჩართული იყო 12 ბენეფიციარი;
- მეოთხე ჯგუფში ჩართული იყო 10 ბენეფიციარი;
- მეხუთე ჯგუფში ჩართული იყო 10 ბენეფიციარი;
- მეექვსე, ამჟამად მოქმედი ჯგუფი კი აერთიანებს 7 პირს.

როგორც ჩანს, სულ, პროგრამის მიმდინარეობის დროს, რეაბილიტირებულ იქნა დაახლოებით 60–მდე ბენეფიციარი.

პროგრამის განხორციელებას ახდენენ ადგილობრივი სოციალური მუშაკები, რომლებიც ამისათვის სპეციალურად გადამზადდნენ. პროგრამის ახელმძღვანელის განმარტებით, მათ გავლილი აქვთ რამდენიმე ასეთი ტრენინგი. 2005 წელს გაიარეს 5 დღიანი ტრენინგი, 2007 წელს ტრენინგა ჩატარდა პოლონეთის რესპუბლიკაში და 2 კვირას გაგრძელდა. 2009 წელს, ქუთაისის პროგრამის გახსნამდე ტრენინგი მესამედ ჩატარდა და 1 კვირიანი ხანგრძლიობისა იყო, ხოლო ბოლოს, მეოთხე ტრენინგი ჩაუტარდათ ასევე 2009 წელს, უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტში და 1 კვირას გაგრძელდა. ატლანტისის სამივე ცენტრის პერსონალისათვის ტრენინგები ერთიანად მიმდინარეობდა. რუსთავის N6 დაწესებულებაში ამჟამად სულ 2 სოციალური მუშაკია გადამზადებული. მათივე თქმით, პროგრამაში მონაწილეობდა ასევე ფსიქოლოგიც, რომელიც უკვე თითქმის 2 წელია სამსახურიდან წავიდა.

რაც შეეხება პროგრამის ინფრასტრუქტურას: პროგრამა ატლანტისი, რუსთავის N6 დაწესებულებაში განთავსებულია ე.წ. ძველი საცხოვრებელი კორპუსის მე-2 სართულზე იზოლირებულ დერეფანში, რომელიც დანარჩენი საპატიმრო კორპუსისაგან კარითაა გამიჯნული. მონიტორინგის მიერ დათვალიერდა არსებული ტერიტორია. ბენეფიციარებს, ცხოვრება უწევთ 4 ადგილიან საკნებში, რომელთა რაოდენობა ექვსია. აქედან გამომდინარე, გადატვირთულობის პრობლემა არასდროს დამდგარა დღის წესრიგში. დერეფანში ასევე არის „თერაპევტის“ ორი კაბინეტი, ბიბლიოთეკა, სალექციო დარბაზი და სპორტული ინვენტარით აღჭურვილი ფართი. აქვეა განთავსებული აბანოც, თუმცა იგი მწყობრიდანაა გამოსული, და პერსონალის განმარტებით, პროგრამის ბენეფიციარებს საპყრობილის საშხაპეებით უწევთ სარგებლობა.

პროგრამის ლოკალური ხელმძღვანელის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, სამუშაო დღეებში საკნების კარები დილით ადრე იღება. გაღების შემდეგ, ბენეფიციარებს საშუალება აქვთ ისარგებლონ ტელეფონით. ამის შემდეგ იწყება 1 საათიანი ლექცია. ლექციის შემდგომ ცხადდება შესვენება, ხოლო სამუშაო პროცესი განახლდება შესვენების შემდეგ და ამას ლექციის შემდგომი საათი ეწოდება, რაც მსჯავრდებულებს შორის დისკუსიას მოიცავს. აღნიშნულის შემდეგ, პროგრამის ყველა ბენეფიციარს აქვს თავისუფალი დრო. მსჯავრდებულები იკვებებიან წესისამებრ, დღეში სამჯერ, როგორც დაწესებულების სხვა მსჯავრდებულები. ლოკალური პროგრამის ხელმძღვანელის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით,

პროგრამის მონაწილეთა მიერ დისციპლინური ან სხვა სახის რაიმე დარღვევის ჩადენა დაფიქსირებული არ ყოფილა.

ლოკალური ხელმძღვანელის ინფორმაციით, სულ ერთი კურსის განმავლობაში მათ აქვთ 54 სალექციო თემა და 27 პრაქტიკული სამუშაო. ერთი და იგივე მსჯავრდებულის მეორედ ჩართვა პროგრამაში შეუძლებელია; ამ მხრივ გამონაკლისად მიიჩნევა შემთხვევა, როდესაც ერთი და იგივე პიროვნება მონაწილეობდა ყველა ციკლში. იგი განსაკუთრებული მონაცემების გამო დატოვეს პროგრამაში და მას პროგრამის კონსულტანტის სტატუსით ტოვებენ ყოველ ჯერზე.

რაც შეეხება პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმებს, ლოკალური კოორდინატორის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, აღნიშნულ საკითხს წყვეტს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სოციალური სამსახური და კერძოდ, დეპარტამენტის თავმჯდომარის თანაშემწე, ბატონი ანტონ ქელბაქიანი. ლოკალური ხელმძღვანელის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, როგორც მისთვის ცნობილია, პროგრამის ბენეფიციართა უმრავლესობა, გლდანის N8 დაწესებულებაში მოქმედი მეტადონის პროგრამის ყოფილი ბენეფიციარია. ანუ პირი უნდა იყოს ყოფილი ნარკომანი, მინიმუმ 6 თვის შემდეგ აბსტინენციიდან. პროგრამაში მონაწილეობა ნებაყოფილობითია. კოორდინატორის ინფორმაციით, პროგრამაში ჩართულები გასამართლებულნი უნდა იყვნენ ნარკოტიკული დანაშაულის ერთ–ერთი მუხლით (სსკ 260 ან 273), მიუხედავად ამისა, პროგრამის პერსონალი აღნიშნავს, რომ ისინი ემსახურებიან ყველას, ვისაც დეპარტამენტი შეარჩევს. ყოფილა შემთხვევა, როდესაც შემოდის ადვოკატის შუამდგომლობა ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის შესახებ. აღნიშნულს საბოლოოდ იხილავს და წყვეტს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტი. პროგრამაში მონაწილეობის შემდეგ, მსჯავრდებულებს ეძლევათ დახასიათება, რომელიც მსჯავრდებულის პირად საქმეში იდება. მაგალითად, 2008 წელს ერთ–ერთი შეწყალების დროს, შეწყალებულთა სიაში მოხვდა პროგრამის 4 ყოფილი ბენეფიციარი, რომლებსაც დადებითი დახასიათება გააჩნდათ. გარდა ამისა, პროგრამის კიდევ 5 ბენეფიციარი გაშვებულია სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან სხვადასხვა დროს. რაც შეეხება პროგრამის დასრულების შემდგომ ევალუაციას, კოორდინატორებს უჭირთ იმაზე საუბარი, თუ რამდენად ეფექტური იყო ბენეფიციარის მიერ პროგრამაში მონაწილეობა. ასეთ პირებს კვლავ სასჯელის მოხდის ადგილას აბრუნებენ. მიუხედავად ამისა, ადგილობრივი პერსონალის მიერ მონაწილეობით, მათთვის ცნობილია რომ პროგრამის ყოფილმა ხუთმა ბენეფიციარმა, რომლებიც უკვე გათავისუფლდნენ, საბოლოოდ დაანებეს თავი ნარკოტიკების მოხმარებას და ისინი დღემდე ინარჩუნებენ სიფხიზლეს.

პროგრამის ბენეფიციარებისათვის იწარმოება სპეციალური დოკუმენტაცია პირადი საქმეების სახით. პირადი საქმე მოიცავს ხელშეკრულებას და თანხმობას პროგრამაში ჩართვის შესახებ, ისტორიას, ჩარიცხვის ანკეტას, რომელშიც შედის ასევე ტესტი და მისი შედეგები; პირის ფსიქოლოგიურ დახასიათებას, სამუშაოს აღწერას (რას ველით პროგრამიდან, რამ მაიძულა აქ მოსვლა, ჩემი არგუმენტაცია და ა.შ.), სადიაგნოზო კითხვარი, რომელსაც თავად ბენეფიციარები ავსებენ თემების მიხედვით. პირად საქმეში ასევე მოიპოვება ნაბიჯების აღწერა და ევალუაცია.

მონიტორინგის დროს მოხდა პროგრამის ბენეფიციარებთან გასაუბრება. ჩვენს მიერ შერჩეულ პირებთან ინტერვიუს დროს ყველა მათგანმა განაცხადა, რომ წარსულში ასევე ჩართულნი იყვნენ მეტადონის პროგრამაში. მათ გადმოცემით, ისინი კმაყოფილები არიან „ატლანტისის“ პროგრამის მიმდინარეობით. ერთ-ერთი ბენეფიციარის გადმოცემით – „ჩვენ აქ გვასწავლიან ბრძოლის მეთოდებს. ჩვენს შორის 10-დან სამმაც რომ მიაღწიოს წარმატებას ეს უდიდესი შედეგია. ნარკომანია ეს განსაკუთრებული სენია და ის განუკურნებელია, და როცა ფიქრობ, რომ ეს მომენტი უნდა გადალახო, პროგრამა ამაში გვეხმარება. ძნელია გადაგდება, ამას ვერ მოიშლი, ვერ ამოირეცხავ თავიდან, თუმცა დაფიქრება მაინც შეიძლება. ჩვენ ჩვენი ნებით მოვედით აქ და ადგილობრივი პერსონალი ჩვენ გვეხმარება. მათ წაკითხული აქვთ სხვადასხვა ლიტერატურა, აქვთ გამოცდილება და გვიზიარებენ ამ გამოცდილებას. გარეთ რომ ვიყოთ, ეს საქმე ძალიან ძნელი იქნება, ჩვენ პირობებში კი ეს გაცილებით იოლია“. ერთ-ერთი ბენეფიციარის განცხადებით – „მე სტაჟიანი ვარ, აქ არიან დამწყებებიც, იმათთვის ეს პროგრამა განსაკუთრებით მისწრებაა. ამას კიდევ უნდა მოყვეს რეაბილიტაციის სხვა საფეხურები. ჩვენ ავადმყოფები ვართ, თუმცა კრიმინალურად გვთვლიან. ეს მდგომარეობა უნდა შეიცვალოს. ხალხიც უნდა დაფიქრდეს და ჩვენც. ამ პროგრამამდე ამაზე არ ვფიქრობდი, ახლა ვფიქრობ. ამ პროგრამაში მონაწილეობის დროს ვერაფერს მოიტყუები. რამდენიმე თვე დამჭირდა იმისათვის რომ მეღიარებინა რაც მჭირს. რომ მოიტყუო, მომავალში მაინც ამოვარდება რომ იტყუები. ზოგს უფრო მეტი დრო დასჭირდა რომ აღიაროს ნარკომანობა. ერთმანეთს რომ გავუშინაურდებით, მერე ყველა ვალიარებთ, თმცა თავიდან ყველა უარყოფს და ამბობს, რომ მე ნარკომანი არ ვარ, უბრალოდ ისე ვიკეთებდი“.

მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ წამალდამოკიდებულ პირთა აღრიცხვის ჟურნალი არ იწარმოება არც ერთ სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა სამედიცინო ნაწილებში. ციხეთა სისტემაში, გარდა ზემოთ აღწერილი გამონაკლისებისა, არ არის რაიმე ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა. ჩანაწერებში არ დაფიქსირებულია გარედან სამოქალაქო ექიმების კონსულტაციები, მედიკამენტების მიღებაზე არ წარმოებს სრული კონტროლი.

რაც შეეხება წამალდამოკიდებული პირების მიერ მოწყობილ ექსცესებს, ექიმები ამას თითქმის ყველა დაწესებულებაში უმნიშვნელოდ მიიჩნევენ და ყურადღებას არ ამახვილებენ. ექსცესების პრევენციის მიზნით რაიმე ღონისძიება დაწესებულებებში არ ტარდება. ექიმი ყოველთვის ცდილობს, სიტუაციის გამწვავების შემთხვევაში სარეჟიმო სამსახური კონფლიქტში არ ჩაერთოს და სიტუაცია შეძლებისდაგვარად გადაწყვიტოს საკუთარი ძალებით.

პატიმრების კვება

დიეტური კვება

მონიტორინგის ჩატარების მომენტისათვის დიეტური მაგიდები არ იყო იმპლიმენტირებული სასჯელაღსრულების სისტემაში, თუმცა ქუთაისის N2

დაწესებულებაში შპს “მეგაფუდი”-ს მენეჯერის მიერ წარმოდგენილი იქნა N5 სამკურნალო დიეტის სამუშაო ვარიანტი. აღნიშნული დიეტის შემადგენლობაში პათო-ფიზიოლოგია იმ დაავადებებისა, რომლებზედაც გათვლილია აღნიშნული დიეტა, საერთოდ იგნორირებულია. ყველაზე ცუდ შემთხვევაში ეს დიეტა გააძლიერებს პათოფიზიოლოგიურ პროცესებს. მაგ: ძირითადი ნუტრიენტი, რომელიც ამ დიეტაში დომინირებდა, მანანის ბურღული, უკვე დიდი ხანია, არ გამოიყენება ისეთი პროცესების დროს, სადაც დაქვეითებულია იმუნური პასუხი. აღნიშნული პროდუქტი სისხლში ამცირებს კალციუმის შემცველობას, რომელიც, თავის მხრივ, იმუნოგლობულინების აუცილებელი შემადგენელი კომპონენტია. იმუნოგლობულინების გარეშე კი ორგანიზმის იმუნური დაცვის სისტემა არ არსებობს.

საქართველოს იუსტიციის მინისტრისა და საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 1999 წლის 22 დეკემბრის N5/500 ბრძანების (მსჯავრდებულთა კვების ნორმების, ტანსაცმლისა და სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების შესახებ) შესაბამისად დამტკიცებული დანართები, რომლებიც კვების ნორმატივებს ეხება, არ არის გათვალისწინებული. დიეტური საკვები ხელმიუწვდომელია დაავადებების მქონე მსჯავრდებულებისა და პატიმრებისათვის, მათ შორის, ისეთი პირებისათვის, რომლებსაც აღენიშნებათ შაქრიანი დიაბეტი. აბსოლუტურადაა იგნორირებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 სექტემბრის N258/ნ ბრძანება, რომლითაც დამტკიცებულია სამკურნალო დიეტები. კერძოდ, თავი 13 (სამკურნალო კვება შაქრიანი დიაბეტის დროს, მუხლი 29, დიეტა N9).

ინფორმაცია დიეტური კვების საკითხების შესახებ მოცემულია ცხრილში:

		დიეტური კვება
1	რუსთავი №1	არ არის, ეძლევათ შავი პური
2	ქუთაისი №2	ვერ ხერხდება
3	რუსთავი №2	შავი პური, ხაჭო
4	თბილისი №3	არ არის, ადრე რიგდებოდა შავი პური
5	ქალთა №5	არ არის, ადრე რიგდებოდა შავი პური
6	რუსთავი №6	არ მზადდება, რიგდება შავი პური
7	ქსანი №7	11 პატიმრისთვის მზადდება სპეციალური საკვები, თუმცა ექიმი ამ მენიუს არ იცნობს. ექიმის გადმოცემით რიგდება შავი პური
8	გეგუთი №8	დიეტის საკითხი არ არის მოგვარებული
9	ხონი №9	არ არის
10	თბილისი №10	არ არის, ვერ ხერხდება მიწოდება. თვითონ ცდილობენ პატიმრები რომ დაიცვან დიეტა. რიგდება შავი პური
11	არასრულწლოვ	არ საჭიროებენ
12	თბილისი №1	არ არიან უზრუნველყოფილები
13	ბათუმი №3	შედარებით დიეტურ საკვებს უცხიმოდ ამზადებენ
14	ზუგდიდი №4	არ არის
15	თბილისი №7	არ არის

16	თბილისი №8	დიეტა არ არსებობს
17	ტუბზონა	დაინერგა მაგიდა №11. დიაბეტიანები ვერ იღებენ დიეტურ საკვებს
18	მკსდ	დიეტის დაცვა შესაძლებელია

საკვების ენერგეტიკული ღირებულება

საკვების ენერგეტიკული ღირებულება შემოწმებული იქნა ორშაბათის დღის მენიუს მონაცემებით და შეესაბამებოდა 2774.383 კ/კალორიას. ძირითადი ენერგეტიკული მაჩვენებელი გაზრდილია ნახშირწყლოვანი საკვების მოცულობის გაზრდის ხარჯზე (იგულისხმება ბურღულის და მაკარონის ნაწარმი). შენიშვნა ამ შემთხვევაში შეიძლება გაკეთდეს საკვებ რაციონში ორგანული ნივთიერებების ბალანსის დარღვევის გამო. თანაფარდობა 1:1:4-ზე ან 1:1:3 (შემცირებული ფიზიკური დატვირთვის შემთხვევაში) დაცული უნდა იყოს. გარდა ამისა, იმის გამო, რომ პათიმართა ფიზიკური დატვირთვა არ ხდება პენიტენციურ სისტემაში, საკვები რაციონისათვის 2774.383კ/კალორია მაღალი მაჩვენებელია. მაქსიმუმი ამ შემთხვევაში 2400კ/კალორიაა, მინიმუმი – 2200კ/კალორია. სასურველია და აუცილებელიც, ყოველ კონკრეტულ პროდუქტს მიეწეროს თავისი ენერგეტიკული მაჩვენებელი, მაგალითად, გაკეთდეს დამატებითი გრაფა – “სულ პროდუქტი დღეში”.

სანიტარიულ-ტექნიკური მოწყობილობა, აღჭურვილობა და დაგეგმარება

ზოგადად ახალდშენებული დაწესებულებების კვების ბლოკის სანიტარიულ-ტექნიკური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ტექნიკური თვალსაზრისით კარგად არის აღჭურვილი კვების ბლოკები ქუთაისის, ზუგდიდის და გეგუთის დაწესებულებებში.

გეგუთის N8 დაწესებულებაში დარღვეულია ბოსტნეულის შენახვის პირობები სათანადო ფართის არარსებობის გამო. ასევე, საწყობში არ არის სტელაჟები და პროდუქტების გარკვეული ნაწილი მოთავსებულია იატაკზე.

ხონის N7 დაწესებულებაზე რაიმე კონკრეტული რეკომენდაციების გაცემა შეუძლებელია, იმდენად, რამდენადაც ზოგადი სურათი სავალალოა. დაწესებულების შენობა-ნაგებობანი ექსპლუატაციისათვის გამოუსადეგარია, მათ შორის, კვების ბლოკიც.

ბათუმის N3 საპყრობილის კვების ბლოკში სანიტარიული ნორმები შეძლებისდაგვარად დაცულია; ტექნიკური აღჭურვილობა სხვა დაწესებულებებთან შედარებით მწირია. ასევე პრობლემატურია დაგეგმარების საკითხი. ფართობის სიმცირის გამო ფაქტობრივად საკვების დამზადების მთელი ტექნოლოგიური ციკლი ერთ დარბაზში ხორციელდება, რაც დაუშვებელია. ასევე დაუშვებელია მომსახურე პერსონალის საძინებლის განთავსება ზოგადად სამზარეულოს ტერიტორიაზე, თანაც ისეთ სივრცეში, სადაც არც ფანჯარაა და არც სარკმელი – როგორც იქ მომუშავე

პირებმა აგვიხსნეს, იმის გამო, რომ საზოგადოებრივი ტრანსპორტით ვერ სარგებლობენ, იძულებული არიან, ღამე საპყრობილეში დარჩნენ.

ზუგდიდის N4 საპყრობილის კვების ბლოკი, განსხვავებით თავად საპყრობილისაგან, გაცილებით უკეთ გამოიყურება. ჰიგიენური პირობები დამაკმაყოფილებელია და ტექნიკური აღჭურვილობის თვალსაზრისითაც უზრუნველყოფილია.

რუსთავის N6 დაწესებულებაში არ ხდება ჰაერგამწოვი სისტემის გამოყენება. მომსახურე პერსონალი იმყოფება მაღალი ტენიანობის პირობებში. ასევე საყურადღებო იყო ჰიგიენური ნორმებისა და ტექნოლოგიური პროცესის დარღვევის ფაქტი, რომელიც ვიხილეთ ე.წ. ქათმის ბარკლების დამუშავების დროს. ცნობისათვის, აღნიშნული პროცედურა უნდა განხორციელდეს ხორცის დასამუშავებელ ოთახში, ფრინველის ხორცისთვის განკუთვნილ სპეციალურ მაგიდაზე.

ჩატარებული მონიტორინგის შედეგების გათვალისწინებით, ვფიქრობთ, სისტემური პრობლემის გადაჭრა, მხედველობაში გვაქვს კვების პროცესის უზრუნველყოფის ცენტრალიზება, ერთმნიშვნელოვნად სწორი და წინგადადგმული ნაბიჯი იყო. მიუხედავად ზემოთ აღნიშნული დადებითი ფაქტორისა, არსებობს მუდმივი მოცემულობის პრობლემები, რომლებიც ასევე მუდმივად განახლებადი კონტროლის მექანიზმების ქვეშ უნდა მოექცეს. სასჯელაღსრულების სისტემის მიერ უზრუნველყოფილი უნდა იქნას კონტროლის მექანიზმები, ზემოთ აღნიშნულ პრობლემათა აღმოსაფხვრელად – დადგენილი წესის თანახმად უნდა მოხდეს საკვები რაციონის შედგენა, უზრუნველყოფილი უნდა იქნას სამკურნალო დიეტების გამოყენება პატიმართა კვებაში, დაცული უნდა იქნას ენერგეტიკული ბალანსი და უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ბალანსირებული კვება. ასევე უნდა გადაიჭრას საკვები ცხიმის ვარგისიანობის საკითხი. სასურველია, ახალი ციხეების მშენებლობისას გათვალისწინებული იქნას კვების ბლოკის დაგეგმარების სტანდარტული ნორმები.

შიმშილობა

შიმშილობა წარმოადგენს თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში პროტესტის ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ ფორმას, რომელსაც მიმართავენ თავისუფლებააღკვეთილი პირები.

პატიმრებმა შესაძლებელია შეწყვიტონ საკვების მიღება სხვადასხვა მიზეზების გამო:

- **რელიგიური მოტივი:** პატიმრებმა შესაძლებელია შეწყვიტონ საკვების მიღება, თუ მათთვის შეთავაზებული საკვები არ არის შესაბამისი მათ რელიგიურ შეხედულებებთან. სასჯელაღსრულების დაწესებულების ადმინისტრაციამ უნდა გადაწყვიტოს ასეთი პრობლემები და უზრუნველყოს რელიგიური თავისებურებების გათვალისწინება ამ კატეგორიის პატიმართათვის საკვების მომზადების დროს;

- **სომატური პრობლემები:** პაციმრებმა შესაძლებელია შეწყვიტონ საკვების მიღება სომატური პრობლემების გამო (მაგალითად, სტომატოლოგიური დაავადებები, წყლულოვანი დაავადება, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის გაუვალობა, ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობა და მაღალი ტემპერატურა). ამგვარი პრობლემები უნდა გადაწყდეს მკურნალობისათვის აუცილებელი მეთოდების ორგანიზებით;
- **ფსიქიკური აშლილობები:** პაციმრებმა შესაძლებელია შეწყვიტონ საკვების მიღება ისეთი ფსიქიკური აშლილობების გამო, როგორებიცაა ფსიქოზი, მოწამვლის შიში, ზოგადი დეპრესიული აშლილობები და ნევროზული ანორექსია. ასეთი კატეგორიის პაციმრებს უნდა მიეწოდოთ ისეთივე სახის სამედიცინო მომსახურება, როგორსაც ისინი მიიღებდნენ თავისუფლების პირობებში;
- **საპროტესტო შიმშილობა:** პაციმრებმა შესაძლებელია შეწყვიტონ საკვების მიღება პროტესტის ნიშნად, რათა მიაღწიონ რაიმე ცვლილებას რეჟიმის ან პრივილეგიის თვალსაზრისით ან რათა ისარგებლონ მათი კანონიერი უფლებებით და ამ თვალსაზრისით აღადგინონ სამართლიანობა. ამგვარი შემთხვევების დროს, ადგილი აქვს ექიმისათვის ორი კატეგორიის ფასეულობათა კოლიზიას: ერთი მხრივ, სახელმწიფოს ვალდებულებაა, შეინარჩუნოს იმ პირთა ფიზიკური მდგომარეობა და სიცოცხლე, რომლებიც სახელმწიფოს განსაკუთრებული მზრუნველობის ქვეშ იმყოფებიან; ეს შეეხება იმ პირებს, რომლებიც იმყოფებიან თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში, ხოლო მეორე მხრივ, ნებისმიერი ადამიანის უფლებაა, თავისუფლად განკარგოს საკუთარი სხეული.

ასეთი სიტუაციები სპეციფიკურ სირთულეებს უქმნის სამედიცინო პერსონალს სასჯელადსრულების დაწესებულებებში. ხშირად ექიმი ვარდება მეტად მძიმე სიტუაციაში, რადგან მას უხდება იმის თავიდან აცილება, რომ მოშიშმთილემ, სასჯელადსრულების დაწესებულების ადმინისტრაციამ ან მართლმსაჯულების განმახორციელებელმა ორგანოებმა მის მიერ მიღებულ სამედიცინო გადაწყვეტილებები საკუთარი მიზნებისათვის არ გამოიყენონ.

შიმშილობასთან მიმართებაში, ციხის ექიმთათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვან სახელმძღვანელო რეკომენდაციას წარმოადგენს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის 43-ე გენერალური ასამბლეის მიერ 1991 წელს მიღებული „მალტის დეკლარაცია“ შიმშილობის შესახებ (დეკლარაცია არსებითად გადაიხედა 2006 წელს). ამ დეკლარაციის ფუნდამენტური მიზანი მდგომარეობს იმაში, რომ ექიმებმა, ვიდრე ისინი გამოიყენებენ საკუთარ სამედიცინო ცოდნას და გამოცდილებას დახმარების აღმოსაჩენად, პაციენტისაგან უნდა მოიპოვონ ინფორმირებული თანხმობა.

საქართველოს სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს გამოვლინდა, რომ 2009 წლის განმავლობაში სამედიცინო პერსონალის მიერ დაფიქსირებულია პაციმართა მხრიდან შიმშილობის გამოცხადების 164 ფაქტი. რეალურად, მოშიშმთილეთა რიცხვი გაცილებით მეტია, თუმცა დაწესებულებებში ფიქსირდება მხოლოდ ის შემთხვევები, რომელთა დროსაც მოშიშმთილემ დაწერა ოფიციალური განცხადება შიმშილობის დაწყებასთან დაკავშირებით. შიმშილობებს ხშირად ჰქონდათ ჯგუფური ხასიათი. ასეთი შემთხვევები დაფიქსირებულია, მაგალითად, რუსთავის N1 დაწესებულებაში, როდესაც 19 აპრილს, ქალების მასიური გადაყვანის შემდეგ, შიმშილობა 15-მა მსჯავრდებულმა ერთობლივად დაიწყო.

რუსთავის N2 დაწესებულებაში ასევე მოხდა თურქეთის მოქალაქე 18 პირის მიერ შიმშილობის ერთდროულად დაწყება. ჩვენს მიერ ასევე დაფიქსირებული იქნა რამდენიმე „ჯგუფური“ შიმშილობის შემთხვევა, რომელიც არ იქნა დაფიქსირებული სამედიცინო პერსონალის მიერ. ჩვენს მიერ ჩატარებული მონიტორინგის შედეგად გამოვლენილი სტატისტიკა წარმოდგენილია ცხრილში:

№	დაწესებულება	შემთხვევათა რაოდენობა	შენიშვნა
1	რუსთავი №1	20	19 აპრილს, ქალთა კონტინგენტის გადმოყვანისას, შიმშილობა ერთდროულად 15-მა ქალმა დაიწყო
2	ქუთაისი №2	49	
3	რუსთავი №2	18	18-მა თურქეთის მოქალაქემ ერთდროულად დაიწყო შიმშილობა
4	თბილისი №3	3	
5	ქალთა №5	15	
6	რუსთავი №6	10	მოშიმშილეთა რეგისტრაციის ჟურნალში 112 ჩანაწერია გაკეთებული
7	ქსანი №7	4	გარდა ოფიციალურად გაცხადებული შემთხვევებისა, იყო სხვა შემთხვევებიც, რომლებიც არ აღრიცხულა
8	გეგუთი №8	10	
9	ხონი №9	0	
10	თბილისი №10	0	
11	არასრულწლოვ	0	
12	თბილისი №1	10	
13	ბათუმი №3	4	
14	ზუგდიდი №4	11	ჩანაწერის მიხედვით, მოშიმშილეზე ხდება ფსიქოლოგიური ზემოქმედება
15	თბილისი №7	0	
16	თბილისი №8	5	
17	ტუბზონა	0	
18	მჰსდ	5	
	სულ	164	

სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მოშიმშილე მსჯავრდებულთა და პატიმართა მიმართ მოპყრობის წესის და მათი შენახვის პირობები განისაზღვრება საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2000 წლის 24 მარტის N35 ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქციის შესაბამისად. აღნიშნული ინსტრუქცია აწესრიგებს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მსჯავრდებულთა და პატიმართა მიერ შიმშილობის გამოცხადების შემთხვევაში მათ მიმართ მოპყრობის წესსა და მათი შენახვის პირობებს. ინსტრუქციის მიხედვით, შიმშილობის დაწყების შემთხვევაში, მოშიმშილე მსჯავრდებულის ან პატიმრის სასჯელაღსრულების დაწესებულების მოსამსახურის ან სხვა პირის წერილობითი ან ზეპირი ინფორმაციის საფუძველზე, სასჯელაღსრულების დაწესებულების დირექტორი, მოშიმშილისა და ექიმის თანდასწრებით ადგენს ოქმს, სადაც მიეთითება შიმშილობის დაწყების თარიღი, ასევე, მოშიმშილის მოთხოვნები და აცნობებს ამის თაობაზე სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს და შესაბამის ზედამხედველ პროკურორს. დაუშვებელია მოშიმშილე

მსჯავრდებულის ან პატიმრის "პატიმრობის შესახებ" კანონით, დაწესებულების შინაგანაწესითა და კანონმდებლობით დადგენილი უფლებების შეზღუდვა. შიმშილობის დაწყება არ ათავისუფლებს მოშიმშილეს "პატიმრობის შესახებ" კანონით, დაწესებულების შინაგანაწესითა და კანონმდებლობით განსაზღვრული მოვალეობებისაგან და დისციპლინური პასუხისმგებლობისაგან. მოშიმშილეს დისციპლინური დარღვევების ჩადენისას ეკისრება პასუხისმგებლობა საერთო წესით.

შიმშილობის შემთხვევაში, სასჯელაღსრულების დაწესებულების ადმინისტრაცია მოშიმშილეს დაუყოვნებლივ, ექიმის თანდასწრებით, განუმარტავს შიმშილობის დროს მის მიმართ მოპყრობის წესის, შენახვის პირობებისა და შიმშილობის გაგრძელების შემთხვევაში სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის შესაძლო მძიმე შედეგების თაობაზე. დირექტორი ვალდებულია, გამოარკვიოს მოშიმშილის მიერ შიმშილობის დაწყების მიზეზები, მისივე მოთხოვნების საფუძვლიანობა და ამის თაობაზე მოახსენოს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს და შესაბამის ზედამხედველ პროკურორს. თუ მოშიმშილის კანონიერი მოთხოვნების დაკმაყოფილება შედის ადმინისტრაციის კომპეტენციაში, ადმინისტრაცია დაუყოვნებლივ იღებს ზომებს მათი დაკმაყოფილების უზრუნველსაყოფად და ამის თაობაზე აცნობებს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს, ასევე, შესაბამის ზედამხედველ პროკურორს. თუ მოშიმშილის მოთხოვნების დაკმაყოფილება სცილდება ადმინისტრაციის კომპეტენციას, ადმინისტრაცია ამის თაობაზე აცნობებს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს, შესაბამის ზედამხედველ პროკურორს, ასევე, იმ ორგანოს, რომლის უფლებამოსილებების სფეროსაც განეკუთვნება მოშიმშილის მოთხოვნების დაკმაყოფილება.

სამედიცინო პერსონალის მხრიდან მოშიმშილის მიმართ მოპყრობის წესები დეტალურადაა აღწერილი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 55-ე მუხლში:

1. დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს ეკრძალება მოშიმშილე პატიმრის ან დაკავებულის ხელოვნური კვება, თუ იგი უარს ამბობს საკვების ბუნებრივი გზით მიღებაზე და მას, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის აზრით, შესწევს საკვების მიღების ნაბაყოფლობით შეწყვეტის შედეგების დამოუკიდებლად და გონივრულად შეფასების უნარი. ეს აზრი უნდა დაადასტუროს ერთმა სხვა დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა მაინც. ამავე დროს, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს უფლება აქვს, გაუწიოს სამედიცინო მომსახურება პაციენტს, თუ ეს უკანასკნელი ამის წინააღმდეგი არ არის.

2. პატიმრის ან დაკავებულის მიერ საკვების მიღებაზე უარის განცხადების შემთხვევაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია, აცნობოს პატიმარს ან დაკავებულს საკვების მიღებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ, აგრეთვე აცნობოს მას, გაუწევს თუ არა იგი სამედიცინო მომსახურებას შიმშილობის შედეგად უგონო მდგომარეობის დადგომის შემთხვევაში.

3. თუ პატიმარი ან დაკავებული ნებაყოფლობითი შიმშილობის შედეგად უგონო მდგომარეობაში აღმოჩნდა, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს

უფლება აქვს, იმოქმედოს პაციენტის ჯანმრთელობის ან/და სიცოცხლის ინტერესების შესაბამისად, მიუხედავად პაციენტის მიერ მანამდე გაცხადებული ნებისა. გადაწყვეტილებას ამის თაობაზე იღებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი. გადაწყვეტილების მიღებაზე არ უნდა იქონიოს გავლენა მესამე პირის მოსაზრებებმა, რომლისთვისაც პაციენტის კეთილდღეობა არ არის მთავარი.

4. თუ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე მოშიმშილე პაციმარი ან დაკავებული უარს აცხადებს სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე, შიმშილობის მოსალოდნელ შედეგებზე დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი პასუხს არ აგებს.

გარდა კანონით დადგენილი ნორმისა, მოშიმშილის მიმართ მოპყრობის საკითხები ასევე რეგულირდება ზემოთ აღნიშნული, საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2000 წლის 24 მარტის N35 ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქციის შესაბამისად. ინსტრუქციაში ნათქვამია, რომ მოშიმშილის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, საექიმო დასკვნის საფუძველზე, დირექტორის ბრძანებით, იგი შეიძლება მოთავსდეს სასჯელაღსრულების დაწესებულების სტაციონარულ სამკურნალო ან საექიმო-სამედიცინო პუნქტში. თუ მოშიმშილის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, შეუძლებელია მისი გაჩერება სასჯელაღსრულების დაწესებულების სტაციონარულ სამკურნალო ან საექიმო-სამედიცინო პუნქტში, იგი, დირექტორის ბრძანებით, საექიმო დასკვნის საფუძველზე, დაუყოვნებლივ გადაიყვანება სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებაში და ამის თაობაზე ეცნობება სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს, ასევე, შესაბამის ზედამხედველ პროკურორსა და მოშიმშილის ოჯახის წევრს. მოშიმშილეს მიეწოდება საუზმე, სადილი და ვახშამი დადგენილი ნორმების მიხედვით, ექიმის რეკომენდაციების გათვალისწინებით. საკვების მიწოდებისას მოშიმშილეს განემარტება მისი მიღების აუცილებლობის შესახებ. საკვების მიღებაზე უარის თქმის შემთხვევაში, მისი მიწოდებიდან 2 საათის გასვლის შემდეგ, კეთდება შესაბამისი აღრიცხვა მოშიმშილე მსჯავრდებულისათვის (პაციმრისათვის) მიწოდებული საკვების აღრიცხვის ბარათში. მოშიმშილე იმყოფება ექიმის მკაცრი მეთვალყურეობის ქვეშ და გადის ყოველდღიურ სამედიცინო შემოწმებას, რის შესახებაც აღინიშნება მოშიმშილის სამედიცინო ბარათში. სამი დღე-ღამის განმავლობაში საკვების მიუღებლობის შემთხვევაში, მოშიმშილე ექვემდებარება საექიმო გასინჯვას მისი ფსიქიკური მდგომარეობის დადგენის მიზნით, რის შესახებაც აღინიშნება მოშიმშილის სამედიცინო ბარათში. თუ შიმშილობის გაგრძელების შემთხვევაში მოშიმშილის ჯანმრთელობას ან სიცოცხლეს აშკარა საფრთხე ემუქრება, ადმინისტრაცია მოვალეა, აღმოუჩინოს მას გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება და ამის შესახებ აცნობოს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს, ასევე, შესაბამის ზედამხედველ პროკურორს. მკურნალობის პროცესი წყდება მოშიმშილის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების შემთხვევაში, რის თაობაზეც ექიმის მიერ მოშიმშილის სამედიცინო ბარათში კეთდება მოტივირებული დასკვნა.

როგორც ჩანს, ინსტრუქცია, ზოგიერთ ასპექტში, აშკარად ეწინააღმდეგება საქართველოს კანონმდებლობას და საექიმო ეთიკის საერთაშორისო სტანდარტებს,

რის გამოც მიზანშეწონილია მასში სათანადო ცვლილებების და შესწორებების შეტანა.

ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზის მაღალი პრევალენტობა ციხეებში არახალია და იგი საერთაშორისო დონეზე რჩება პენიტენციური სისტემის ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემად. მიუხედავად საქართველოს ციხეებში ამ მხრივ განხორციელებული არაერთი პროექტისა, რომელსაც წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი უწევდა კოორდინაციას, პრობლემა არათუ გვარდება, არამედ უფრო ღრმავდება. ამის ერთ-ერთი ნათელი მაგალითია 2009 წელს ტუბერკულოზით გარდაცვლილ პატიმართა განსაკუთრებით მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი. აღნიშნულის მიზეზად მიგვაჩნია სტანდარტული ტუბსაწინააღმდეგო ღონისძიებების არაეფექტური იმპლემენტაცია საქართველოს რეალობაში, ადგილობრივი სპეციფიკისა და თავისებურებების გაუთვალისწინებლად. არ არის შეფასებული და გაანალიზებული ტუბერკულოზის გავრცელების რისკი; სამედიცინო პერსონალი საჭიროებს სერიოზულ მომზადებას. ცალკეული მოკლევადიანი ტრენინგები ამ პრობლემას ვერ გადაჭრის, იმ ფონზე, როდესაც სახეზეა მედპერსონალის მიერ ტუბერკულოზური ინფექციის მართვის ძირითადი უნარ-ჩვევების ან არცოდნა ან გამოყენების შეუძლებლობა მათი უკიდურესად დაბალი კლინიკური ავტონომიურობისა და დამოუკიდებლობის პირობებში.

დღესდღეობით, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ტუბერკულოზი წარმოადგენს ყველაზე უფრო ხშირ და უპირატესად გავრცელებულ დაავადებას. გარდა ამისა, ტუბერკულოზი 2009 წლის პერიოდში, ისევე, როგორც წინა წლებში, კვლავ რჩება პატიმართა სიკვდილობის №1 მიზეზად. მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ გახშირებულია ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმები. ასევე, იშვიათობას არ წარმოადგენს ექსტრაპულმონური ფორმებიც, რომელთა სპექტრი საკმაოდ გაფართოვდა და ტუბერკულოზური პლევრიტიდან დაწყებული, ნეიროტუბერკულოზის შემთხვევებით დამთავრებული, თითქმის ყველა ორგანოს დაზიანებას მოიცავს. აღნიშნული ტენდენცია პენიტენციურ სისტემაში ტუბერკულოზური ინფექციის არაადეკვატური მართვის პირდაპირ შედეგად უნდა ჩაითვალოს. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებათა დიდი ნაწილი აწარმოებს ტუბსკრინინგს, ხდება ინფიცირებულ პატიმართა გამოვლენა და შესაბამის პროგრამებში ჩართვა, აღნიშნული ღონისძიებები დაბალეფექტურია, მით უმეტეს, იმ ფონზე, როდესაც დაავადების პრევენციის სისტემური და კონკრეტული მიზეზები პრაქტიკულად არ არის გადაწყვეტილი წლების განმავლობაში.

ახლადაშენებულ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ნაკლებადაა გათვალისწინებული განათებისა და აერაციის სისტემების მნიშვნელობა, რაც ტუბერკულოზის გავრცელების ერთ-ერთ მძლავრ რისკის ფაქტორს წარმოადგენს.

ინფექციის გადაცემის გზას წარმოადგენს იმ ჰაერის ჩასუნთქვა, რომელიც შეიცავს ტუბერკულოზური მიკობაქტერიის გამომყოფი პაციენტის მიერ ამოხველებულ

ჰაერში შეწონილ წვეთს. აღნიშნული, ჰაერში რამდენიმე საათი ძლებს და დამოკიდებულია გარემოზე. ინფიცირება, როგორც წესი ხდება დახურულ სივრცეში (ოთახში), სადაც არ არის ადეკვატური ვენტილაცია. გარდა ამისა, გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ მზის პირდაპირი სხივები სწრაფად კლავს ტუბერკულოზის გამომწვევ მიკობაქტერიას, რაც შეუძლებელია დახურულ სივრცეში.. პირის დაინფიცირების რისკი დამოკიდებულია რიგ ფაქტორებზე, მათ შორის ერთ–ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია დახურული სათავსოს (ოთახში) ჰაერში ტუბერკულოზური მიკობაქტერიის კონცენტრაცია და ამგვარ გარემოში მიკრობის ექსპოზიციის დრო. ეს იმას ნიშნავს, რომ გადატვირთულ და ცუდად ვენტილირებულ ოთახებში, ტუბერკულოზური ბაცილის გავრცელების მეტად მაღალი რისკი არსებობს.

ტუბერკულოზის გადაცემის რისკ ფაქტორებს მიეკუთვნება:

- **დაყოვნება** (ინფექციური აგენტის არეში ადამიანის ხანგრძლივი დაყოვნება, როდესაც ეს უკანასკნელი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში სუნთქავს ჰაერს, რომელშიც შეწონილია ბაცილა);
- **ჰაერის მოცულობა** (მცირე ზომის საზიარო სივრცეში ყოფნა, რომელშიც ასევე იმყოფება ინფიცირებული პირი);
- **ვენტილაცია** (ცუდი ვენტილაცია ან ამ უკანასკნელის არარსებობა, იმ სათავსოში სადაც ხდება დაყოვნება);
- **ინფიცირებული პაციენტისაგან ბაცილარული დინება** (შემდეგი ფაქტორები ზრდიან ტუბერკულოზით დაავადებული პირისაგან გენერირებულ მიკობაქტერიათა რიცხვს: ფილტვების და ზედა სასუნთქი გზების ან ხახის დაავადებები; ხველის ან სხვა სახის რესპირაციული მოძრაობების გაძლიერება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში როდესაც პაციენტს ამ დროს არ შეუძლია პირის და ცხვირის დახურვა ხველის ან დაცემინების დროს; კავერნის არსებობა; ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის არარსებობა ან არაადეკვატურობა).

იმ დროს, როდესაც შექმნილია ტუბერკულოზის გავრცელებისათვის არაკეთილსაიმედო პირობები, არსებობს იმის შესაძლებლობაც, რომ მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი (MDR) პირველად იქნას შეძენილი. პირველადი რეზისტენტულობა ვითარდება მაშინ, როდესაც პაციენტის ინფიცირება ხდება ანტიტუბერკულოზური საშუალებების მიმართ რეზისტენტული მიკობაქტერიის შტამით. შეძენილი რეზისტენტობა ვითარდება იმ შემთხვევაში, როდესაც ხდება მკურნალობის კურსის შეწყვეტა ან შეუსაბამო ანტიტუბერკულოზური რეჟიმით მკურნალობა.

XDR-TB – წარმოადგენს საფრთხეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემისათვის და ზოგადად ტუბერკულოზური ინფექციის მართვისათვის, ვინაიდან ეს უკანასკნელი დღის წესრიგში აყენებს ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელებას, რომელიც პრაქტიკულად განუკურნებელია.

ამრიგად, ტუბერკულოზის მკურნალობა წარმოადგენს არა მხოლოდ ინდივიდუალური ჯანმრთელობის საკითხს, არამედ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ–ერთ მწვავეს პრობლემას.

ტუბერკულოზის მკურნალობის მიზნებს წარმოადგენს:

- პაციენტის განკურნება და ცხოვრების ხარისხის და პროდუქტიულობის აღდგენას;
- აქტიური ტუბერკულოზისა ან მისი მოგვიანებითი ეფექტებისაგან სიკვდილის პრევენცია;
- ტუბერკულოზის რეციდივის პრევენცია;
- ტუბერკულოზური ინფექციის სხვა პირებზე გადადების შემცირება;
- წამლების მიმართ რეზისტენტულობის განვითარების და გადაცემის პრევენცია.

საერთაშორისო კვლევების შედეგად დადგენილია, რომ პაციენტთა 15%-ს, რომლებიც წარსულში იტარებდნენ ანტიტუბერკულოზურ მკურნალობას, უვითარდებათ MDR (*tuberculosis drug resistance in the world: fourth global report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HTM/TB/2008.394).). უმნიშვნელოვანესი მომენტი ამ საფრთხის თავიდან ასაცილებლად მდგომარეობს იმაში, რომ მოხდეს **ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის ხელოვნური შეწყვეტის პრევენცია** და ამისათვის ყველა სახის ძალისხმევა იქნას გამოყენებული. ვინაიდან ტუბერკულოზი წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემას, იგი რისკს უქმნის საზოგადოებას, სხვა მოქალაქეებს, პაციენტთან მყოფ პერსონალს და მასთან კონტაქტში მყოფ სხვა პირებს. აღნიშნულის გამო, ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ერთ-ერთ ინტეგრალურ ნაწილად უნდა იქცეს პაციენტის მკურნალობისადმი ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება და ამ მხრივ ხელოვნური ბარიერების მოხსნა.

საქართველოს კანონის „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ 35-ე მუხლის მე-4 პუნქტის შესაბამისად, „პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს კომპეტენციაა:

- ა) პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში სანიტარიული და ჰიგიენური ნორმების დაცვის ზედამხედველობა;
- ბ) პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრევენციული ღონისძიებების განხორციელება.

აქედან გამომდინარე, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს, კანონის შესაბამისად ეკისრება პირდაპირი ვალდებულება უზრუნველყოს პრევენციული ღონისძიებების გატარება. ამ მიზნით, უპირველეს ყოვლისა დაუყოვნებლივ უნდა შეწყდეს არსებული პრაქტიკა, რომლის შესაბამისად, ქსანში განთავსებულ ტუბერკულოზით დაავადებულთა დაწესებულებიდან, პაციენტები ხშირად გადაჰყავთ სასჯელაღსრულების სხვა დაწესებულებებში, მაშინ როდესაც მკურნალობის კურსი დასრულებული არ არის. მკურნალობის შეწყვეტის ამგვარი ხელოვნური გზა პირდაპირ განაპირობებს ტუბერკულოზის მძიმე ფორმების ჩამოყალიბებას, რაც პირდაპირ აისახება პატიმართა ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლებზე. გარდა ამისა, სხვა დაწესებულებებში, განსაკუთრებით დახურულ და გადატვირთულ დაწესებულებებში, პაციენტთა წარმატებული მკურნალობა და მართვა პრაქტიკულად შეუძლებელია.

საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2004 წლის 14 სექტემბრის N1111 – „სასჯელაღსრულების სისტემაში ანტიტუბერკულოზური პროგრამის განხორციელების სრულყოფის შესახებ“ – ბრძანების შესაბამისად, იუსტიციის სამინისტროს, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტს შორის 2004 წლის 7 მაისს დადებული სამმხრივი ხელშეკრულების ტექნიკური ოქმის 3.3 პუნქტის მოთხოვნათა შესაბამისად, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ყველა დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის უფროსებს დაევალით ახლად შემოსულ სპეც. კონტიგენტზე ტუბერკულოზზე საექმო ავადმყოფთა გამოსავლენი დოკუმენტაციის წარმოების ორგანიზება და კონტროლი. გარდა ამისა, სასჯელაღსრულების დაწესებულების პასუხისმგებელ მორიგე ოფიცერს დაევალით ყოველი ახალშემოსული პატიმრის სამედიცინო პერსონალთან ოპერატიულად წარდგენა. აღნიშნული ბრძანება არ იქნა იმპლემენტირებული სასჯელაღსრულების ყველა დაწესებულების მიერ.

ტუბერკულოზური ინფექცია ხშირად თან ხვდება ვირუსულ ჰეპატიტსა და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფიცირებას, რაც ამძიმებს პაციენტთა მდგომარეობას და პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაში პატიმრის გარდაცვალებით მთავრდება.

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს გამოვლინდა ტენდენცია, რომლის მიხედვითაც უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტები გადაჰყავთ ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში, სადაც ასეთი პატიმრები მალევე იღუპებიან. როდესაც სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს მივმართავთ სისტემაში გარდაცვლილი პატიმრებისა და მსჯავრდებულების სიის მისაღებად, ამ დაწესებულებაში გარდაცვლილი პირები რატომღაც სიაში ვერ ხვდებიან. დაფიქსირდა შემთხვევა, როდესაც ნეიროტუბერკულოზით დაავადებული და ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტი ნ.ც., რომელიც თითქოსდა „მკურნალობის მიზნით“ გადაყვანილ იქნა ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში, გარდაცვალებამდე რამდენიმე დღით ადრე გაათავისუფლეს პატიმრობიდან (გადაუვადეს სასჯელი ავადმყოფობის გამო), რის შემდეგაც, რა თქმა უნდა, აღნიშნული პაციენტიც ვერ მოხვდა გარდაცვლილთა სიაში. მიუხედავად სიკვდილობის შემთხვევების ამგვარი ხელოვნური შემცირების მცდელობისა, ტუბავადობა იმდენად დიდია, რომ ნებისმიერი სახით წარმოებული სტატისტიკის პირობებშიც პირველ ადგილს იკავებს.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა მიმართა ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრს 2009 წლის განმავლობაში აღნიშნულ დაწესებულებაში გარდაცვლილ პატიმართა შესახებ ინფორმაციის მოწოდების მოთხოვნით. ცენტრის მიერ 2010 წლის 16 აპრილს გამოგზავნილი საპასუხო წერილის (N882/01-17) მიხედვით ირკვევა, რომ 2009 წელს ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში სტაციონარული მკურნალობა ჩაუტარდა 16 პაციენტს, რომლებიც სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან იქნენ გადაყვანილი. მათგან სასიკვდილო გამოსავალი დაფიქსირებულია 5 შემთხვევაში, 2 შემთხვევაში მდგომარეობა არსებითად არ გაუმჯობესდა და პატიმარი დაბრუნებულ იქნა პენიტენციური სისტემის სამკურნალო დაწესებულებებში. პირველი მათგანი გარდაიცვალა 4 დღის

შემდეგ, ხოლო მეორე – მოგვიანებით. რაც შეეხება დანარჩენ პაციენტებს, მათი მდგომარეობის დინამიკა შემდეგნაირად განვითარდა:

1. გ.ჩ., დაბადებული 1984 წელს, ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში (ფდეც) შემოვიდა 30.06.2009 მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების მომართვით. კლინიკური დიაგნოზი: ფილტვების დისემინირებული ტუბერკულოზი ინფლიტრაციისა და რღვევის ფაზაში, გართულებული მარჯვენამხრივი სპონტანური პნევმოთორაქსით, კახექსია, ანემია. 20.07.2009 გადაყვანილ იქნა უკან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. კლინიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდა, მოხდა მარჯვენა პლევრის ღრუს დრენირების შედეგად პნევმოთორაქსის ლიკვიდაცია. ფილტვი გაიშალა;
2. მ.ჯ., დაბადებული 1954 წელს, შემოსულია ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 საერთო და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულებიდან 24.07.2009 ფილტვებიდან სისხლდენის გამო. დაუდგინდა კლინიკური დიაგნოზი: მარჯვენა ფილტვის ფიბროზულ-კავერნული ტუბერკულოზი ინფლიტრაციის ფაზაში, მგბ (-). სისხლდენა კუპირებულ იქნა და პატიმარი 3 დღეში დაბრუნდა სასჯელის მოხდის ადგილას მკურნალობის კურსის გასაგრძელებლად;
3. კ.ნ., დაბადებული 1975 წელს, შემოვიდა 12.08.2009 მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან. დაუდგინდა დიაგნოზი: მარჯვენა ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი რღვევის და მოთესვის ფაზაში, მგბ(+), გართულებული ფილტვებიდან სისხლდენით, ქრონიკული „C“ ჰეპატიტი. ფილტვებიდან სისხლდენა კუპირებულ იქნა და პაციენტი 17 დეკემბერს მკურნალობის გასაგრძელებლად დააბრუნეს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში;
4. ი.მ., დაბადებული 1960 წელს, შემოვიდა 2009 წლის აგვისტოში მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან. დაესვა დიაგნოზი: მარცხენა ფილტვის ფიბროზულ-კავერნული ტუბერკულოზი ინფლიტრაციისა და მოთესვის ფაზაში, მგბ (+), ჰემოროიდული დაავადება მე-2 სტადია, ქრონიკული ვირუსული „B+C“ ჰეპატიტი. ავადმყოფი გადმოყვანილ იქნა ფილტვ-გულის მწვავე უკმარისობის გამო, რომელიც კუპირებულ იქნა, მდგომარეობა გაუმჯობესდა და შემდგომი მკურნალობის მიზნით გადაყვანილ იქნა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში;
5. გ.გ., დაბადებული 1984 წელს, ფდეც-ში შემოვიდა 14.09.2009 მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან. დაესვა დიაგნოზი: ფილტვების დისემინირებული ტუბერკულოზი ინფლიტრაციისა და რღვევის ფაზაში, მგბ (+), გულის უკმარისობა 3-4 ფუნქციური კლასი, სუნთქვის უკმარისობა 2-3 ხარისხის, წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი, ფილტვის არტერიის სტენოზი, ეროზიული გასტრიტი. ავადმყოფის მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ, 4 ნოემბერს, გადაყვანილ იქნა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში შემდგომი მკურნალობის მიზნით;
6. დ.ს., დაბადებული 1985 წელს, შემოვიდა 01.10.2009 წელს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან მარცხენამხრივი პიოპნევმოთორაქსის გამო. დრენირებულ იქნა მარცხენა პლევრის ღრუ, ფილტვი გაიშალა და ავადმყოფი მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ 04.11.2009 გადაყვანილ იქნა

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში შემდგომი მკურნალობის მიზნით;

7. ზ.თ., დაბადებული 1977 წელს, 09.10.2009 გადმოყვანილ იქნა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან. დაესვა დიაგნოზი: მარჯვენამხრივი ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის პიოპნევმოთორაქსი. ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდგომ, 2009 წლის 30 ოქტომბერს, შემდგომი მკურნალობის გასაგრძელებლად პატიმარი დააბრუნეს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში;

8. გ.გ., დაბადებული 1981 წელს, შემოვიდა 27.11.2009 ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებიდან. დაესვა კლინიკური დიაგნოზი: მარჯვენა ფილტვის პოლიკავერნული ტუბერკულოზი, მგბ (+), ზემდგრადი ფორმა. ფილტვ-გულის უკმარისობა 2-3 ხარისხის. ქრონიკული „C“ ჰეპატიტი. გაეწერა 30.12.2009. დაბრუნებულ იქნა ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. ზოგადი მდგომარეობა შედარებით გაუმჯობესდა;

9. მ.ს., დაბადებული 1977 წელს, გადმოყვანილ იქნა ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებიდან 2009 წლის 2 დეკემბერს. დაესვა დიაგნოზი: ფილტვების მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი. გადმოყვანის მიზანს წარმოადგენდა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის რეჟიმში ჩართვა. ავადმყოფს შეერჩა მკურნალობის რეჟიმი და 30 დეკემბერს, მკურნალობის გასაგრძელებლად დაბრუნებულ იქნა სასჯელის მოხდის ადგილას. კლინიკური დიაგნოზი: ფილტვების ფიბროზულ-კავერნული ტუბერკულოზი ინფილტრაციისა და მოთესვის ფაზაში, მგბ (+). მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი.

გარდა აღნიშნულისა, სს აკადემიკოს ო. ღუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრის მიერ 2010 წლის 12 აპრილს მოწოდებული ინფორმაციის შესაბამისად (N895/3) ირკვევა, რომ აღნიშნულ დაწესებულებაში ტუბერკულოზით გარდაცვლილია კიდევ 2 პაციენტი:

1. ს.თ., 40 წლის, სტაციონარში შეყვანილია 2009 წლის 21 დეკემბერს, სადაც გადაიყვანეს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან. დაესვა დიაგნოზი: ფილტვის დისემინირებული ტუბერკულოზი ინფილტრაციის და რღვევის ფაზაში, გართულებული მარცხენამხრივი სპონტანური ტუბერკულოზით და ციროზული მოვლენებით მარცხენა ფილტვში. მულტირეზისტენტული ფორმა, გულ-ფილტვის უკმარისობა. პაციენტი მოკვდა ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში შეყვანიდან დაახლოებით 1 საათში;

2. თ.ჩ., 45 წლის, სტაციონარში შეყვანილია 2009 წლის 23 ნოემბერს, სადაც გადაიყვანეს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან. დაესვა დიაგნოზი: ტუბერკულოზური მენინგო-ენცეფალიტი, ცერებრული კომა, გულ-სისხლძარღვთა და სუნთქვის მწვავე უკმარისობა. ქრონიკული ვირუსული „C“ ჰეპატიტი. პაციენტი მოკვდა სტაციონარში შესვლიდან რამდენიმე დღეში.

საქართველოს სახალხო დამცველმა წერილობით მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, რათა გარკვეულიყო, როგორია ტუბერკულოზით დაავადებულთა

სტატისტიკა სასჯელაღსრულების სისტემაში და რამდენი პატიმარი იქნა ჩართული „DOTS“ და „DOTS+“ პროგრამებში, შედეგების მითითებით. სამინისტროდან 2010 წლის 1 აპრილს მოსული საპასუხო წერილის მიხედვით, „2009 წლის განმავლობაში, „ტუბერკულოზის კონტროლის ეროვნული პროგრამის“ ფარგლებში სასჯელაღსრულების სისტემის ყველა დაწესებულებაში ჩატარებულ იქნა პატიმართა გამოკვლევა–სკრინინგი. 5331 პატიმარი მიჩნეულ იქნა ტუბერკულოზზე საეჭვოდ, რის გამოც მათ დამატებით ჩაუტარდათ ნახველის ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევა. გამოვლენილ იქნა 499 ბკ+ შემთხვევა. 2009 წელს ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის „DOTS“ პროგრამაში ჩართული იყო 896 პატიმარი, ხოლო „DOTS+“ პროგრამაში – ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმით დაავადებული 63 პატიმარი. საერთო ჯამში, 2009 წელს სასჯელაღსრულების სისტემაში ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის კურსი უტარდებოდა 959 პატიმარს“.

მიუხედავად ამისა, სამინისტრომ თავი აარიდა და არ გვიპასუხა კითხვის იმ ნაწილზე, სადაც ვითხოვდით ინფორმაციას, რა შედეგები დადგა ამ პროგრამებში პაციენტთა ჩართვის შედეგად. ფაქტია, რომ არავინ ახდენს მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებას და პაციენტთა შემდგომ ევალუაციას, რასაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს შემდგომი ტაქტიკის განსაზღვრისათვის. გარდა ამისა, აღსანიშნავია, რომ სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია არ შეესაბამება ჩვენს მიერ მონიტორინგის დროს ადგილზე შეგროვებულ მონაცემებს.

ციხეებში, სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად, ტუბერკულოზით დაავადებული ან ტუბერკულოზზე საეჭვო მსჯავრდებულები და პატიმრები უნდა განთავსდნენ სამედიცინო ნაწილში იზოლირებულად მდებარე პალატებში. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული სტანდარტი საქართველოს ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში დაცული არ არის. შესწავლამ გამოავლინა, რომ სამედიცინო ნაწილებში ამგვარი იზოლირებული ტუბპალატები აქვთ იმ დაწესებულებებს, რომლებიც წარმოდგენილია ცხრილში. აქვეა მითითებული ტუბსაწოლთა რაოდენობაც:

№	დაწესებულების დასახელება	არის თუ არა იზოლირებული ტუბ-სექცია	რამდენი საწოლია განკუთვნილი ტუბ პაციენტებისათვის
1	ქუთაისის N2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	კი	9 საწოლზე
2	რუსთავის N2 საერთო მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	კი	20 საწოლზე
3	ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 საერთო და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულება	კი	8 საწოლზე
4	რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	კი	8 საწოლზე
5	გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	კი	8 საწოლზე
6	თბილისის N1 საპყრობილე	კი	25 საწოლზე
7	ბათუმის N3 საპყრობილე	კი	8 საწოლზე

8	ზუგდიდის N4 საპრობილე	კი	8 საწოლზე
---	-----------------------	----	-----------

როგორც ჩანს, მთელს ქვეყანაში, სულ 100-მდე საწოლია 8 დაწესებულებაში. აღნიშნულს ემატება ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში არსებული 540 საწოლი და მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში განთავსებული პაციენტების საწოლებიც (ცალკე ფტიზიატრიული განყოფილება არ არსებობს).

მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, სკრინინგისა და შემდგომი კვლევების შედეგად, სულ გამოვლენილია ტუბერკულოზით ავადობის 1579 შემთხვევა. მათგან 1172 პირი ჩართულ იქნა DOTS პროგრამაში. 60 პაციენტს დაუდგინდა ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმა, რომელთაგანაც 59 ჩართულ იქნა „DOTS+“ პროგრამაში. აღსანიშნავია, რომ „DOTS+“ პროგრამა ხორციელდება ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში (სულ ჩაერთო 52 პაციენტი), მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში (სულ ჩაერთო 6 პაციენტი) და ქალთა და არასრულწლოვანთა სამკურნალო დაწესებულებაში, სადაც 1 პაციენტი იქნა ჩართული ამ პროგრამაში. აღნიშნული მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილში:

№	დაწესებულება	DOTS	DOTS +	მულტი რეზისტენტ	გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობა
1	რუსთავი №1	0	0		0
2	ქუთაისი №2	30	0	1	30
3	რუსთავი №2	1	0		21
4	თბილისი №3	0	0	0	8
5	ქალთა №5	18	1	1	24
6	რუსთავი №6	82	0		106
7	ქსანო №7	0	0		128
8	გეგუთი №8	1	0		100
9	ხონი №9	0	0		49
10	თბილისი №10	0	0	0	0
11	არასრულწლოვ	0	0	0	1
12	თბილისი №1	62	0		66
13	ბათუმი №3	6	0		6
14	ზუგდიდი №4	8	0		16
15	თბილისი №7	0	0		0
16	თბილისი №8	10	0		12
17	ტუბუზონა	803	52	52	855
18	მპსდ	151	6	6	157
	სულ	1172	59	60	1579

როგორც ცხრილიდან ჩანს, „DOTS“ პროგრამა სულ 11 დაწესებულებაში მიმდინარეობს, მათ შორის, ძირითადი დატვირთვა მოდის პენიტენციური სისტემის სამკურნალო დაწესებულებებზე. ზოგიერთი დაწესებულებაში აცხადებენ, რომ მათთან პროგრამა არ მიმდინარეობს იმის გამო, რომ საექვო ან დადგენილი

ტუბერკულოზის მქონე პირები პირდაპირ იგზავნებიან ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში.

რაც შეეხება ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებას, მისი მომსახურება ვრცელდება მხოლოდ მსჯავრდებულებზე. წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირები მოკლებულნი არიან ამ სერვისს. აღსანიშნავია, რომ დაწესებულებაში, რეჟიმის დარღვევის მოტივით, საკმაოდ დიდი რაოდენობის პატიმართათვის ხდება რეჟიმის შეცვლა და მათი მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში გადაყვანა. აღნიშნული ხშირად ხდება მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზი. ჩვენს მიერ გამოვლინდა ფაქტები, როდესაც პატიმარს რამდენჯერმე აქვს შეწყვეტილი და გაგრძელებული (ან სულაც მიტოვებული) მკურნალობა, ეს კი წარმოადგენს მულტირეზისტენტული ფორმის განვითარების ერთ-ერთ მიზეზს, რასაც სასჯელაღსრულების სისტემა არ ითვალისწინებს. მულტირეზისტენტული ფორმების დიდი ნაწილი კი ხშირად გარკვეულ დროში პაციენტის სიკვდილით მთავრდება. აღსანიშნავია, რომ მულტირეზისტენტული ფორმით გარდაცვლილთა მაჩვენებელი 2009 წლის მე-2 ნახევარში გაცილებით მაღალია პირველ ნახევართან შედარებით, რის გამოც აუცილებლად მიგვაჩნია, გაანალიზდეს „DOTS+“ პროგრამის მიმდინარეობის თავისებურებები და ტენდენციები და მის დაგეგმვაში უფრო აქტიურად ჩაერთონ ქვეყნის წამყვანი სპეციალისტები და დაწესებულებები⁴⁰.

ვირუსული ჰეპატიტები

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ვირუსული ჰეპატიტების პრობლემა ერთ-ერთ უმწვავეს საკითხად რჩება. 2009 წელს გარდაცვლილ პატიმართა დაახლოებით 40%-ს ეს დაავადება აღენიშნებოდა. გარდაცვლილთა 15%-ს განუვითარდა ღვიძლის ციროზი და მასთან დაკავშირებული გართულებები, მათ შორის, სისხლდენა საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზემო ნაწილებიდან, რაც ზოგიერთ შემთხვევაში თავისუფლებადაღკვეთილ პირთა სიკვდილის უშუალო მიზეზი გახდა.

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში 2009 წლის პირველ და მეორე ნახევრებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს აღმოჩნდა, რომ 18 დაწესებულებიდან 17-ის სამედიცინო პერსონალი ვირუსულ ჰეპატიტებს ერთ-ერთ უპირატესად გავრცელებულ დაავადებად აღიარებს. აღნიშნული დაავადება პრობლემურად არ დაუსახელებია მხოლოდ არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულების მთავარ ექიმს.

ვირუსული ჰეპატიტების ზუსტი აღრიცხვიანობა ან რაიმე სახის სტატისტიკა საქართველოს ციხეებში არ იწარმოება. ექიმები ფლობენ ინფორმაციას მხოლოდ იმ შემთხვევების შესახებ, როდესაც ჰეპატიტი ლაბორატორიულადაა დადასტურებული. ასე მაგალითად:

⁴⁰ ტუბერკულოზით გარდაცვლილთა შესახებ დაწვრილებითი ინფორმაცია იხ. შემდგომ, თავში „სიკვდილობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში“.

№	სასჯელაღსრულების დაწესებულების დასახელება	ვირუსული ჰეპატიტების ლაბორატორიულად დადასტურებული ფაქტები, რომლებიც ცნობილ გახდა ექიმისათვის
1	თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	48
2	ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 საერთო და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულება	8
3	რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	15
4	გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	63
5	ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	35
6	თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	2
7	არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება	2
8	N1 საპყრობილე	30
9	ზუგდიდის N4 საპყრობილე	4
10	თბილისის N8 საპყრობილე	3
11	მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება	88
	სულ	298

სასჯელაღსრულების #7 დაწესებულებაში ასეთი ინფორმაცია საერთოდ არ გააჩნდათ. მიუხედავად ამისა, ზემოთ წარმოდგენილი სტატისტიკა, რა თქმა უნდა, არ ასახავს რეალურ მდგომარეობას. მონიტორინგის დროს ჩვენს მიერ დადასტურებულ იქნა, რომ ძალიან ბევრ პატიმარს, რომელსაც კლინიკურად გამოხატული აქვს ღვიძლის დაზიანების ნიშნები, გამოკვლევა არ ჩატარებია. გამოკვლევა არ ტარდება ასევე ეპიდემიოლოგიურად არაკეთილსაიმედო შემთხვევების დროს. პატიმართა ნაწილს ასეთი გამოკვლევა ჩატარებული აქვს, თუმცა გამოკვლევის შედეგი (დოკუმენტი) ექიმისათვის ცნობილი არ არის. ჩვენს მიერ ასევე გამოკითხულ იქნა სამედიცინო პერსონალი იმის შესახებ, მათი აზრით, დაახლოებით ციხის მოსახლეობის რა პროცენტს ექნება ვირუსული ჰეპატიტები. აღნიშნულ კითხვაზე ქუთაისის N2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში გვიპასუხეს, რომ მათ დაწესებულებაში მყოფი პატიმრების დაახლოებით 70–80% უნდა იყოს ჰეპატიტის ვირუსის მატარებელი; ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების ექიმის აზრით, მათ დაწესებულებაში პატიმართა დაახლოებით 30% უნდა იყოს ამ ვირუსის მატარებელი. თბილისის N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში დაგვისახელეს 60%, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში – 25%, ხოლო ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში – დაახლოებით 25%. სასჯელაღსრულების სხვა დაწესებულების ექიმებს უჭირთ ვარაუდის გამოთქმა, რასაც ზოგიერთი იმით ხსნის, რომ ამ საკითხზე არ გააჩნიათ რაიმე ობიექტური ინფორმაცია. ნებისმიერ შემთხვევაში, ჰეპატიტის ვირუსის პრევალენცია, პენიტენციურ სფეროში მომუშავე ექიმების აზრით, 25–80%–ია, რაც საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია.

ქუთაისის N2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების

დაწესებულებაში განგვიცხადეს, რომ მიუხედავად ვირუსის ასეთი მაღალი გავრცელებისა, ჰეპატიტის მძიმე ან ტერმინალური ფორმები მათთან არ დაფიქსირებულა. ინფექციის გამოსავლენად სკრინინგი ან მიზანმიმართული ლაბორატორიული გამოკვლევები საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში არ ტარდებოდა.

რუსთავის N2 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, მათთან ვირუსული ჰეპატიტის შემთხვევათა აღრიცხვიანობა არ ხდება, მათ შორის, არც იმ შემთხვევების შესახებ აწარმოებენ სტატისტიკას, როდესაც პაციენტის მიერ წარმოდგენილია ლაბორატორიული გამოკვლევის დადებითი პასუხი ვირუსულ ინფექციაზე. ექიმის განმარტებით, ისინი მაქსიმალურად ცდილობენ პრევენციული ღონისძიებების გატარებას. სწორედ ამ მიზანს ემსახურება დაწესებულებაში არსებული შპრიცების მკაცრი აღრიცხვის პრაქტიკა. ექიმის განმარტებით, საანგარიშო პერიოდში დაწესებულებაში ინფექციონისტი არ შემოსულა, თუ არ ჩავთვლით რამდენიმე ისეთ შემთხვევას, როდესაც ინფექციონისტი მივიდა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან, რათა შეეფასებინა ინტერფერონით მკურნალობის კურსზე მყოფი პაციენტები. ექიმს სხვა პაციენტები არ გაუსინჯავს. დაწესებულებაში სკრინინგი ან რაიმე მიზანმიმართული შემოწმება ჰეპატიტზე არ მიმდინარეობს.

ჰეპატიტზე კვლევა არ მიმდინარეობს სხვა არცერთ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, თუმცა ორგანიზაცია „თანადგომა“-ს წარმომადგენელთა მიერ აღნიშნული მიმართულებით კვლევაზე თანხმობა მიღებულია და პროექტი შემუშავების სტადიაშია.

გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, გარდა ლაბორატორიულად დადგენილი შემთხვევებისა, აღრიცხავენ, ასევე, ანამნეზურად საექმო მონაცემების მქონე პაციენტებსაც. ჩვენს მიერ ამბულატორიული სამედიცინო ჟურნალის დეტალური ანალიზის შედეგად გამოვლენილ იქნა, რომ მომართვიანობის 4.8% სწორედ ვირუსულ ჰეპატიტებს ან მათ გართულებებს უკავშირდება.

არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში რეგისტრირებული ჰყავთ ვირუსული „C“ ჰეპატიტით დაავადებული 1 და „B“ ჰეპატიტით დაავადებული 1 არასრულწლოვანი მსჯავრდებული (სულ 2). აღსანიშნავია, რომ სხვა დაწესებულებებისაგან განსხვავებით, მთავარი ექიმი აწარმოებს ე.წ. „სტერილიზაციის ჟურნალს“, რაც პრევენციის ღონისძიებად უნდა განვიხილოთ.

ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების მთავარი ექიმის განმარტებით, ისინი ვირუსული ჰეპატიტების სტატისტიკას არ აწარმოებენ, თუმცა ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის ფონზე, როგორც გვერდითი ეფექტი, მათ მიერ დაფიქსირებულია ტოქსიკური ჰეპატიტის შემთხვევებიც. ასევე, საანგარიშო პერიოდში მათ დაფიქსირებული აქვთ ვირუსული „A“ ჰეპატიტის 3 შემთხვევა.

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში ჩატარებული

მონიტორინგის დროს გაირკვა, რომ ვირუსული „C“ ჰეპატიტით, 2009 წლის განმავლობაში, ინფექციურ განყოფილებაში მკურნალობას გადიოდა 62 პაციენტი, ხოლო თერაპიულ განყოფილებაში, იმავე დიაგნოზით – 26 პაციენტი (სულ – 88 პაციენტი). ასევე საყურადღებოა სტატისტიკური მონაცემი, რომლის მიხედვითაც, 2009 წლის განმავლობაში, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში ვირუსული ჰეპატიტების მარკერებზე ჩატარებულია სულ 332 კვლევა.

2009 წლის პირველ ნახევარში ჩატარებული მონიტორინგის მიმდინარეობისას, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამედიცინო სამსახურის უფროსმა მოგვაწოდა ინფორმაცია, რომ 2009 წლის პირველი ნახევრისათვის, საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სულ რეგისტრირებულია ვირუსული ჰეპატიტის 84 შემთხვევა. საინტერესოა, ასევე, ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ „დ“ ვირუსის მხოლოდ 4 შემთხვევა იქნა დადასტურებული ლაბორატორიულად.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის შესაბამისად (N882/01-17), სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ინფექციურ განყოფილებაში 2009 წლის განმავლობაში მკურნალობა ჩაუტარდა ჰეპატიტის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ 62 ავადმყოფს. ამათგან: მწვავე ჰეპატიტი აღნიშნებოდა 9 ავადმყოფს. B ჰეპატიტი – 4; C ჰეპატიტი – 3; მწვავე ტოქსიური ჰეპატიტი – 1; ქრონიკული ჰეპატიტი – 45 ავადმყოფს. სამინისტროს ჩვენს მიერ გაეგზავნა შეკითხვა, თუ როგორია სტატისტიკა მთელ სისტემაში, რაზედაც მან მხოლოდ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების სტატისტიკა მოგვაწოდა და თავი აარიდა სრულყოფილი ინფორმაციის გამოგზავნას; რაც გვაფიქრებინებს, რომ ასეთი ინფორმაცია სრულყოფილი სახით არ არსებობს. აღსანიშნავია ასევე ის ფაქტიც, რომ სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია სამედიცინო თვალსაზრისით არაზუსტია და არაინფორმატიული – შემთხვევათა რაოდენობის მარტივი არითმეტიკული შეკრებით, მონიტორინგის დროს ჩვენს მიერ მოპოვებული ინფორმაცია არ შეესაბამება სამინისტროს მიერ მოწოდებულ მაჩვენებელს.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს მონიტორინგის ჯგუფი ასევე დაინტერესდა, როგორ მიმდინარეობს ჰეპატიტებით დაავადებულ მსჯავრდებულთა მკურნალობა ინტერფერონით. აღნიშნული კურსი საკმაოდ ძვირადღირებულია, რის გამოც არამარტო მკურნალობა, არამედ სრულყოფილი ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა პატიმართა აბსოლუტური ნაწილისათვის გეოგრაფიულადაც და ფინანსურადაც ხელმიუწვდომელია. მონიტორინგის დროს დადგინდა, რომ საანგარიშო პერიოდში ინტერფერონით მკურნალობას ახორციელებდა მხოლოდ 4 დაწესებულება. დანარჩენ ადგილებზე ასეთი ტიპის სამედიცინო სერვისი არასდროს განხორციელებულა. ცხრილში მოცემულია იმ დაწესებულებათა ჩამონათვალი, რომელთა პირობებშიც პაციენტებს დანიშნული ჰქონდათ ინტერფერონით მკურნალობა და ასევე პროგრამაში ჩართულ პაციენტთა რაოდენობა.

№	დაწესებულების დასახელება	პროგრამაში ჩართულ პაციენტთა რაოდენობა
1	მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება	28
2	თბილისის N8 საპრობილე	3
3	თბილისის N7 საპრობილე	1
4	რუსთავის N2 საერთო მკაცრი და საპრობ. რეჟ. სასჯელაღსრ. დაწეს.	6
	სულ:	38

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს გაეგზავნა შეკითხვა, თუ რამდენი პატიმარი იმყოფებოდა 2009 წლის განმავლობაში ინტერფერონით მკურნალობაზე, ვისი დანიშნულებით, როგორ ხდება მონიტორინგი, მკურნალობის დასრულების კონტროლი და რა შედეგი იქნა მიღწეული. პასუხი ტრადიციულად არასრულყოფილი სახით მოვიდა (N882/01-17). სამინისტრომ თავი აარიდა შეკითხვის ბოლო ნაწილებში ჩამოყალიბებული დებულებების განმარტებას და უბრალოდ გვიპასუხა, რომ „სულ 2009 წლის განმავლობაში, ქრონიკული C“ ჰეპატიტით დაავადებულ 14 ავადმყოფს უტარდებოდა სამკურნალო პრეპარატ „ინტერფერონით“ მკურნალობა. ამათგან 9 ახლადგამოვლენილი ავადმყოფი ჩართულ იქნა მკურნალობის კურსში, 2 პატიმარს შეუწყდა მკურნალობა აშკარად გამოხატული გვერდითი მოვლენებისა და ზემოხსენებული პატიმრების მოთხოვნისამებრ“. მიუხედავად ამისა, აშკარაა, რომ სამინისტროს მიერ მოწოდებული და თუნდაც მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია მკვეთრად განსხვავებულია, რაც გვაფიქრებინებს, რომ ერთ-ერთი წყაროს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია არაზუსტია.

სამინისტრო თავის საპასუხო წერილში ასევე იტყობინებოდა, რომ „საჭიროების შემთხვევაში, სახელმწიფო დაფინანსების მეშვეობით, ყველა ქრონიკული C“ ჰეპატიტით დაავადებულ ავადმყოფს გაეწევა ადეკვატური სამედიცინო დახმარება“. აღნიშნულ მოსაზრებას კატეგორიულად გამორიცხავს ჩვენს მიერ ჩატარებული მონიტორინგის შედეგები. ამგვარი მკურნალობა ძირითად შემთხვევებში ენიშნებათ ისეთ პატიმრებს, რომელთა საქმეებსაც განიხილავს ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო.

ინტერფერონით მკურნალობასთან დაკავშირებით აუცილებელია ითქვას, რომ გარდა მკურნალობის კურსის სიმძვირისა, პაციენტი, მკურნალობის რამდენიმე თვის კურსის პერიოდში, საჭიროებს ადეკვატურ დინამიკურ მეთვალყურეობას, თუნდაც იმ მოსაზრებიდან გამომდინარე, რომ სამკურნალო საშუალებები ამ დროს იწვევენ მკვეთრად გამოხატულ ნეგატიურ გავლენას პაციენტის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე. ასეთ დროს შესაძლებელია პატიმარმა სუიციდიც კი ჩაიდინოს, რაც არაერთხელ იქნა აღწერილი საერთაშორისო ლიტერატურულ წყაროებში. აღარაფერს ვამბობთ ორგანიზმის სხვადასხვა სისტემებზე მკურნალობის კურსის შესაძლო ნეგატიურ გავლენაზე. ჩვენს მიერ ნანახი იქნა ისეთი პატიმრები, რომლებსაც ასეთი კურსის ჩატარება დაეწყოთ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში,

ხოლო შემდგომ პაციენტები გადაყვანილ იქნენ სასჯელის მოხდის ადგილას, სადაც არ არსებობს ელემენტარული სამედიცინო მონიტორინგის პირობები და ექიმი ინფექციონისტი. ადგილობრივი ექიმები ასეთ ქმედებას იმით ამართლებენ, რომ ექიმი ინფექციონისტი პერიოდულად დადის და ხვდება პაციენტებს, თუმცა პაციენტთან ვიზიტის პერიოდულობა საკმაოდ მცირეა. მიგვაჩნია, რომ ასეთი პრაქტიკა უნდა შეწყდეს და მკურნალობის სრული კურსი ჩატარდეს ადეკვატურ სამედიცინო გარემოსა და პირობებში, რითაც თავიდან იქნება აცილებული პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის შექმნილი უდიდესი რისკები.

პენიტენციურ სისტემაში ჰეპატიტის ასე ფართო მასშტაბებით გავრცელების ერთ-ერთ ძირითად მიზეზად ეპიდემიოლოგიურად არაკეთილსაიმედო სიტუაციის შექმნა უნდა დასახელდეს, რომელიც მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილი მძიმე კრიზისით, რომელიც უკანასკნელი წლების განმავლობაში გარკვეული ასპექტებით უფრო და უფრო ღრმავდება. მაგალითისათვის შეიძლება დასახელდეს სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა სამედიცინო ნაწილების საქმიანობის წესი და პირობები. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სტომატოლოგიური მომსახურების კომპონენტის შემოტანამ უდიდესი როლი შეასრულა არა მხოლოდ სტომატოლოგიური სამსახურის და სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიმართულებით, არამედ პარენტერული ინფექციების, მათ შორის, ჰეპატიტების გავრცელების პრევენციის თვალსაზრისით. საქმე იმაში მდგომარეობს, რომ სტომატოლოგიური კაბინეტების ნაკრებს, რომელიც დაწესებულებებში დამონტაჟდა, მოჰყვა მშრალი სიცხის სტერილიზატორები, რომელთა საშუალებითაც უკვე არსებობს შესაძლებლობა, მოხდეს სამედიცინო დანიშნულების საგნების, ქირურგიული და სტომატოლოგიური ინსტრუმენტების და სხვა საგნების სტერილიზაცია. ჩატარებული მონიტორინგის დროს გამოვლინდა, რომ მშრალი სიცხის სტერილიზატორი ამჟამად სასჯელაღსრულების სისტემის თვრამეტივე დაწესებულებაში არსებობს, თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ 2009 წლის პირველ და ზოგჯერ მეორე ნახევარში ჩატარებული მონიტორინგების, ასევე, გასულ წლებში ჩატარებული არაერთი ვიზიტის დროს დაფიქსირდა, რომ ზოგიერთ დაწესებულებაში არ არსებობდა სამედიცინო იარაღების გასტერილების საშუალება, ზოგში დუდილით სტერილიზაციაც კი (კუსტარულად მოწყობილ ელექტროდუმელზე) შეუძლებელი იყო. ასეთი დაწესებულებების რიცხვს მიეკუთვნება:

- **რუსთავის N1** საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება – 2009 წლის მეორე ნახევრამდე მშრალი სიცხის სტერილიზატორი არ ჰქონიათ. ექიმის ინფორმაციით, სტერილიზაციას ახდენდნენ დუდილით;
- **გეგუთის N8** საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება – 2009 წლის მეორე ნახევრამდე მშრალი სიცხის სტერილიზატორი არ ჰქონიათ;
- **ხონის N9** საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება – სტომატოლოგიური კაბინეტის დამონტაჟებამდე, მშრალი სიცხით სტერილიზაცია ხელმიუწვდომელი იყო;
- **თბილისის N10** საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება – სტომატოლოგიური კაბინეტის დამონტაჟებამდე, რა დროსაც

შემოტანილი იყო სასტერილიზაციო კარადაც, მშრალი სიცხით სტერილიზაცია ხელმიუწვდომელი იყო;

- **რუსთავის N2** საერთო მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება – სტომატოლოგიური კაბინეტის დამონტაჟებამდე, მშრალი სიცხით სტერილიზაცია ხელმიუწვდომელი იყო;

- **თბილისის N1** საპყრობილე – 2009 წლის პირველ ნახევრამდე მშრალი სიცხის სტერილიზატორი საპყრობილეში არ გააჩნდათ;

- **ზუგდიდის N4** საპყრობილე – სტომატოლოგიური კაბინეტის დამონტაჟებამდე, რომელიც 2009 წლის მეორე ნახევარში განხორციელდა, მშრალი სიცხით სტერილიზაცია ხელმიუწვდომელი იყო;

- **თბილისის N7** საპყრობილე – სტერილიზატორი მიიღეს 2009 წლის მიწურულს, სამედიცინო ოთახის გარემონტების და სტომატოლოგიური კაბინეტის დამონტაჟების შემდეგ.

მიუხედავად ამისა, გასულ წლებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს, აღნიშნული დაწესებულებების ექიმები აცხადებდნენ, რომ მათ დაწესებულებებში ტარდება როგორც სტომატოლოგიური, ისე მცირე ქირურგიული და სხვა სახის ინვაზიური მანიპულაციები. აღსანიშნავია, რომ სტერილიზატორები წინა პერიოდების განმავლობაში მონიტორინგის ჯგუფის მიერ არ იქნა დაფიქსირებული თბილისი N8 საპყრობილეში და არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში.

რუსთავის N2 დაწესებულებაში, წარსულში ჩატარებული მონიტორინგის დროს ჩვენს მიერ დაფიქსირებულია შემთხვევა, როდესაც ერთი ვიზიტის განმავლობაში სტომატოლოგმა აწარმოა 20-მდე პატიმრის კბილის ექსტრაქცია. ჩვენს შეკითხვაზე, თუ სად ხდებოდა იარაღების სტერილიზაცია, დირექტორმა გვიპასუხა, რომ სტომატოლოგს თან მოაქვს იარაღების კომპლექტი, თუმცა შეუძლებელია იმის დაჯერება, რომ 20 სტერილურად შეფუთული კომპლექტი ერთი დღის განმავლობაში იქნა შეტანილი ამ კონკრეტულ დაწესებულებაში.

ზემოთ აღწერილი წარმოადგენს, ჩვენი აზრით, ერთ-ერთ მიზეზს, რომელიც ხელს უწყობს ვირუსული ჰეპატიტების სწრაფ გავრცელებას და მაღალ პრევალენციას საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში.

ჰეპატიტების გავრცელების ერთ-ერთ ფაქტორად უნდა დასახელდეს, ასევე ის გარემო, რომელშიც იმყოფებოდნენ და ზოგჯერ დღესაც იმყოფებიან პატიმრები, პირადი ჰიგიენის დაუცველობა ან დაცვის შეუძლებლობა, ტატუირება, ტრავმატიზმი და სავარაუდოდ, ინფექციის გადაცემის სქესობრივი გზაც. ცალკე უნდა გამოიყოს პატიმრების და მომუშავე სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობის დონე ვირუსული ჰეპატიტის ეპიდემიოლოგიის საკითხებთან დაკავშირებით. საქართველოს სასჯელაღსრულების თვრამეტივე დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს გამოვლინდა, რომ პატიმრებისათვის საინფორმაციო ბუკლეტი-ბროშურები უპირატესად გავრცელებული დაავადებების შესახებ არსებობდა მხოლოდ ბათუმის N3 საპყრობილეში, ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში და რუსთავის N2 დაწესებულებაში. დანარჩენ დაწესებულებებში ამგვარი ბუკლეტების არსებობა არასდროს ყოფილა დაფიქსირებული ჩვენი მონიტორინგის ჯგუფის მიერ. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო პერსონალის

ინფორმირებულობის დონე ამ მიმართულებით ასამაღლებელია. მონიტორინგის დროს გამოიკვეთა, რომ მხოლოდ 6 დაწესებულების სამედიცინო პერსონალმა მიიღო მონაწილეობა 2009 წელს ჩატარებულ ტრენინგში, რომელიც მოიცავდა საკითხებს ვირუსულ ჰეპატიტებთან დაკავშირებით. ეს დაწესებულებებია: თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 საერთო და საპრობილის რეჟიმის დაწესებულება, რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, გეგუთის N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება, არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება. ტრენინგი ორგანიზებული იყო ორგანიზაცია „თანადგომა“-ს მიერ.

შემამფოთებელია ის ტენდენცია, რომელიც 2009 წელს დაფიქსირდა და წინა წლებში ჩვენს მიერ არ ყოფილა შემჩნეული. აღნიშნული შეეხება ვირუსული ჰეპატიტებით დაავადებულ გარდაცვლილ პირთა გვამების გაკვეთაზე სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის მიერ უარის თქმას⁴¹.

ვირუსული ჰეპატიტები საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ფართოდაა გავრცელებული, რაც უფრო და უფრო საგანგაშო მასშტაბებს აღწევს. ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოში საქართველოდან შესული პატიმართა სარჩელების რაოდენობამ, რომლებიც არაადეკვატურ სამედიცინო დახმარებას შეეხება, 2009 წლის განმავლობაში განსაკუთრებით იმატა. გადაწყვეტილებები პოლოსიანი საქართველოს წინააღმდეგ (no. 9870/07) და ლავთაძე საქართველოს წინააღმდეგ (no. 23204/07) სწორედ ვირუსული ჰეპატიტების საკითხს შეეხება. აღნიშნულთან დაკავშირებით, 2009 წლის 24 თებერვალს, ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ გამოაქვეყნა პრეს რელიზი⁴², რომლის მიხედვითაც ცნობილი ხდება, რომ საქართველოდან სასამართლოში შემოსულია 40-მდე განცხადება საქართველოს წინააღმდეგ ციხეებში სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებით. აღნიშნულმა ფაქტმა დღის წესრიგში დააყენა მდგომარეობის გამოსწორება. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 25 ივნისის ერთობლივი ბრძანება N267–N219/ნ-ის მიხედვით დამტკიცებულ იქნა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფ „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პატიმართათვის/მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის სტრატეგია. დოკუმენტის შესავალში ნათქვამია, რომ „პატიმართა და მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა სახელმწიფოს ვალდებულებაა, „C“ ვირუსული ჰეპატიტით მკურნალობა კი სახელმწიფო პრიორიტეტი. პატიმართა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა მნიშვნელოვანია არამარტო პატიმრებისათვის, არამედ მთელი საზოგადოებისათვის, ვინაიდან გადამდები დაავადებების შემთხვევაში განსაკუთრებით მაღალია საზოგადოების ფართო მასების დასნეულების რისკი.

⁴¹ დაწვრილებით იხ. ქვემოთ, თავი „სიკვდილობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში“.

⁴² <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=2&portal=hbkm&action=html&highlight=Georgia%2C%20%7C%20Hepatitis&sessionid=59051962&skin=hudoc-pr-en>

ზემოხსენებული მიზეზების გამო „C“ ვირუსული ჰეპატიტით დაავადებულ პაციმართა ჯანმრთელობის პრობლემის აღმოსაფხვრელად სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრომ, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობით შეიმუშავა პენიტენციურ სისტემაში მყოფ „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პაციმართათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის წინამდებარე სტრატეგია.

სტრატეგიის მიზნებია სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესება „C“ ვირუსული ჰეპატიტით პრევენციისა და მკურნალობის მიმართულებით. აგრეთვე, ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოში „C“ ვირუსული ჰეპატიტით დაავადებულ პაციმართა სარჩელების შემცირება“.

დოკუმენტის შემდგომ ნაწილში მოცემულია ზოგადი ინფორმაცია პენიტენციურ დაწესებულებებში შექმნილი მდგომარეობის შესახებ. დოკუმენტში ასევე აღნიშნულია, რომ „2009 წლის თებერვალში ევროპულმა სასამართლომ საქართველოს წინააღმდეგ გამოიტანა 2 გადაწყვეტილება და დაადგინა, რომ „C“ ვირუსული ჰეპატიტით დაავადებული პაციმრები არ არიან უზრუნველყოფილნი ადეკვატური და ეფექტური მკურნალობით. აგრეთვე, სასამართლომ აღნიშნა, რომ ზემოხსენებული პრობლემა სისტემური ნაკლოვანებაა და სახელმწიფო ორგანოები დაავადებულა, მიიღონ შესაბამისი ღონისძიებები და ზომები, რეტროაქტიულადაც კი, იმისათვის, რომ მომავალში აღმოფხვრილ იქნეს მსგავსი დარღვევები.

იმისათვის, რომ წარმატებულად განხორციელდეს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესება და „C“ ვირუსული ჰეპატიტის ეფექტური მკურნალობა, შემდეგი ღონისძიებები უნდა გატარდეს: პრევენცია, პაციმართა სპეციალურ დაწესებულებაში განთავსება, მკურნალობა და მკურნალობის შემდგომი პერიოდი“.

მინისტრების ერთობლივ ბრძანების მე-2 პუნქტში ნათქვამია: „დაევალოს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროებს სამოქმედო გეგმის შემუშავება ამ ბრძანებით დამტკიცებული სტრატეგიის შესაბამისად“. აღნიშნულთან დაკავშირებით, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა წერილობით მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს, ეცნობებინა, ბრძანების გამოცემიდან ნახევარი წლის შემდეგ შემუშავებული იყო თუ არა შესაბამისი სამოქმედო გეგმა და რა ნაბიჯები იქნა გადადგმული სტრატეგიის პრაქტიკული იმპლემენტაციის თვალსაზრისით.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროდან მიღებული პასუხის მიხედვით (N882/01-17), „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან ერთობლივად გამოცემულ იქნა ერთობლივი ბრძანება N24-N28/5 – „სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სამოქმედო გეგმის

დამტკიცების თაობაზე“, რომლის 9.3 პუნქტი ასახავს „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პაციმართა სამედიცინო მომსახურებისა და სათანადო უზრუნველყოფის საკითხებს“.

სამინისტროს მიერ მოხსენიებული დოკუმენტის 9.3. პუნქტში განსაზღვრულია „C ჰეპატიტით დაავადებულ პაციმართათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის სტრატეგიის“ მიღება და მისი განხორციელების მიზნით სამოქმედო გეგმის შემუშავება. შესრულების ინდიკატორებში კი ნათქვამია: მიღებულია „C ჰეპატიტით დაავადებულ პაციმართათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის სტრატეგია“. ამუშავდა სტრატეგიის განხორციელების გეგმა, რომლის მიხედვით მიმდინარეობს და უწყვეტად გაგრძელდება:

- 1) შემოსვლის სკრინინგი - ყოველი ახალი პაციმრის პირველადი სამედიცინო შემოწმება, საჭიროებისას ტესტირება C ჰეპატიტზე;
- 2) დაავადების შესახებ პაციმრების ინფორმირებულობისა და განათლების ამაღლების ღონისძიებების განხორციელება ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობით;
- 3) სასჯელაღსრულების სამედიცინო დაწესებულებებში საჭიროების მიხედვით შესაბამისი კვლევების ჩატარება და მიღებული დასკვნების საფუძველზე პაციენტისათვის ანტივირუსული მკურნალობის ჩატარება, C ჰეპატიტის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების შესაბამისად;
- 4) დაავადებასთან დაკავშირებული სავარაუდო ხარჯების გათვლა და მომავალი წლისთვის შესაბამისი ბიუჯეტის შემუშავება.

აქედან გამომდინარე ნათელია, რომ ჰეპატიტების გავრცელების აღკვეთის, პრევენციის და სხვა საკითხებს კვლავ არანაირი ყურადღება არ ექცევა, სამოქმედო გეგმა კვლავ არ არის შემუშავებული და პრობლემა უფრო და უფრო მწვავედება.

აივ ინფექცია/შიდსი

აივ ინფექცია/შიდსის პრობლემა საქართველოში სულ უფრო მზარდ მასშტაბებს იძენს. 2009 წლის განმავლობაში გამოვლენილია ინფიცირების 385 ახალი შემთხვევა, რაც აღემატება გასული წლების ანალოგიურ მაჩვენებლებს, ხოლო 2010 წლის პირველი ოთხი თვის განმავლობაში კიდევ 114 ახალი შემთხვევაა დაფიქსირებული. აღნიშნული ტენდენციები ასევე აისახება საქართველოს პენიტენციური სისტემის რეალობაში. პრობლემის უკეთ გარკვევისა და გააზრების მიზნით, მნიშვნელოვანია საქართველოში არსებული ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების გაცნობა.

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის მიხედვით, 2010 წლის დასაწყისისათვის, ცენტრში რეგისტრირებულია ვირუსით ინფიცირების 2350 შემთხვევა (1740 – მამაკაცი, 610 – ქალი). პაციენტთა უმრავლესობა 29–დან 35

წლამდეა. შიდსი განუვითარდა 1319 პაციენტს, 502 გარდაიცვალა. ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას იტარებს 681 პაციენტი, მათგან 28 ბავშვია.

რაც შეეხება ავადობის ეპიდემიოლოგიურ მხარეს, საყურადღებოა, რომ ინფიცირებულთა 59% ნარკოტიკების ინტრავენური მომხმარებელია, 34.7% დაინფიცირდა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტის შედეგად, 2.4% ინფიცირებულია ჰომო-ბისექსუალური კონტაქტით. ინფიცირებულთა 2.2% დაინფიცირებულია გადაცემის ვერტიკალური გზით, 0.6% სისხლის რეციპიენტია, ხოლო 1.1% შემთხვევაში, ვირუსის გადაცემის გზა დაუდგენელია.

აივ ინფიცირების ყველაზე მეტი შემთხვევა რეგისტრირებულია თბილისში (832 შემთხვევა, მათგან 57 უცხოელია), შემდეგ სამეგრელოში (363, აქედან ზუგდიდში 273), აჭარაში (სულ 313, მათგან ბათუმში 217), იმერეთში (300), აფხაზეთში (152), კახეთში (96), ქვემო ქართლში (84), შიდა ქართლში (63), გურიაში (51), ფოთში (36), სამცხე ჯავახეთში (29). სხვა რეგიონებში რეგისტრირებულია ერთეული შემთხვევები. ინფიცირებულთაგან 203 პირი არის დევნილი.

საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის დაწესებულებებში აივ ინფიცირების პირველი შემთხვევა გამოვლინდა 1997 წელს. 2010 წლის დასაწყისისათვის სულ რეგისტრირებული იყო 229 შემთხვევა, მათგან გარდაიცვალა 35 (9 – ციხეში). ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე 2010 წლის დასაწყისისათვის იმყოფებოდა 99 გამოვლენილი ინფიცირებულიდან მხოლოდ 60 პაციენტი.

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი, „Global Foundation“-ის პროექტის „აივ ინფექცია/შიდსის პრევენცია პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში“ ფარგლებში, თანაშრომლობს საინფორმაციო, სამედიცინო-ფსიქოლოგიურ ცენტრთან „თანადგომა“. პროექტი 2008 წლიდან ფუნქციონირებს. ამ დროიდან დაიწყო მოსამზადებელი სამუშაოები, რომელიც ითვალისწინებდა სარემონტო და საგანმანათლებლო აქტივობებს. პატიმართა აივ ტესტირება დაიწყო 2009 წელს. სულ გამოკვლეული იყო 3114 პატიმარი, რომელთაგანაც აივ ინფიცირებული აღმოჩნდა 15 პირი. 2008–2009 წლებში მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო ფუნქციონირება ნებაყოფილობითი ტესტირების 9 ცენტრმა და შიდსის სადიაგნოსტიკო ერთმა ლაბორატორიამ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. ნებაყოფილობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრები განთავსებულია სასჯელაღსრულების შემდეგ დაწესებულებებში:

- თბილისის №1 საპრობილე;
- საერთო და მკაცრი რეჟიმის №3 დაწესებულება;
- არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება;
- რუსთავის №2 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება;
- რუსთავის №6 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის დაწესებულება;
- ქუთაისის №2 მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის დაწესებულება;
- №8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება (გეგუთი);
- ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება (ქსანი).

2010 წლის ბოლოსათვის იგეგმებოდა კიდევ 6 დაწესებულებაში მსგავსი ცენტრების გახსნა.

უკვე განხორციელებული აქტივობების ფარგლებში მომზადდა 18 ექიმ-კონსულტანტი აივ ინფექცია/შიდსის ნებაყოფილობითი კონსულტირების და ტესტირების საკითხებზე, სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა 547 თანამშრომელი მომზადდა აივ ინფექცია/შიდსისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის საკითხებზე. 47 ექიმს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემიდან ჩაუტარდა ტრენინგი აივ/შიდსის, ვირუსული ჰეპატიტებისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ. დარიგდა თემატური საინფორმაციო მასალები (სახელმძღვანელოები, ბუკლეტები, პლაკატები) სამედიცინო პერსონალს, ციხის თანამშრომლებსა და პატიმრებს შორის.

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის მიხედვით (წერილი N01-19/216, 21 აპრილი 2010 წ.), ზემოთ აღნიშნულ სტაციონარში 2009 წლის განმავლობაში გარდაიცვალა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან გადაყვანილი 3 პაციენტი.

პაციენტი დ.ჯ., 29 წლის. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის სტაციონარში გადაყვანილ იქნა 2009 წლის 27 მაისს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან. სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათს თან ერთვის მოწმობის ასლი, რომლის მიხედვითაც ირკვევა, რომ პაციენტი იყო იძულებით გადაადგილებული პირი. პაციენტი სტაციონარში შეყვანილ იქნა მძიმე მდგომარეობაში, დაესვა დიაგნოზი: C ქრონიკული ჰეპატიტი, B ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტი, დ- აგენტთან ერთად ღვიძლისმიერი კომა, ენცეფალოპათია I-II ხარისხის. პაციენტის მდგომარეობა სტაციონარში კიდევ უფრო დამძიმდა, რის გამოც ავადმყოფი მოთავსებულ იქნა რეანიმაციულ განყოფილებაში. 4 ივნისს მდგომარეობა გახდა კრიტიკული, 15⁵⁰ დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი. სსიპ ლ. სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ 2009 წლის 3 ნოემბერს გამოგზავნილი წერილის (№13-6903) მიხედვით ირკვევა, რომ დ.ჯ.-ს „სიკვდილის ფაქტის გამოკვლევის შესახებ მასალები ბიუროში არ არის შემოსული“. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის მიერ 2009 წლის 15 ივლისს გამოგზავნილი წერილის (N10/8/4-10610) მიხედვით კი, სიკვდილის მიზეზია ღვიძლისმიერი კომა.

პაციენტი ლ.გ., 41 წლის. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის სტაციონარში გადაყვანილ იქნა 2009 წლის 5 ივნისს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან. სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათის მიხედვით, პაციენტს დაესვა დიაგნოზი: ქრონიკული B+C ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი, ასციტი, ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათია, კომა, აივ ინფექცია, ბრონქოპნევმონია. პაციენტის მძიმე მდგომარეობიდან გამომდინარე, მოთავსდა რეანიმაციულ განყოფილებაში. ავადმყოფის მდგომარეობა სტაციონარში კიდევ უფრო დამძიმდა, 12 ივნისს

დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი. ლ. სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს უფროსის მოადგილის, ვახტანგ კარგარეთელის მიერ გამოგზავნილი წერილის (12 ნოემბერი 2009 წ.) მიხედვით ირკვევა, რომ „გ.ლ. –ს მიმართ ჩატარდა გვამის გარეგანი დათვალიერება, ვაკე საბურთალოს შს სამმართველოს მე-7 განყოფილების უფროსი ინსპექტორ გამომძიებლის გ. კაჭკაჭიშვილის მომართვით და დასკვნა არ გაცემულა“. იგივე ინფორმაციაა აღნიშნული ვახტანგ კარგარეთელის მიერ მოწერილ 8 ოქტომბრის წერილშიც (№13–6344).

სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის მიერ 2009 წლის 15 ივლისს გამოგზავნილი წერილის (N10/8/4–10610) მიხედვით:

პაციენტი ს.ა. 52 წლის. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის სტაციონარში გადაყვანილ იქნა 2009 წლის 24 აგვისტოს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან. დაესვა დიაგნოზი: ქრონიკული C ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი (ჩაილდით C სტადია. ორმხრივი ექსუდაციური პლევრიტი, ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის, შაქრიანი დიაბეტი – II ტიპის, ხერხემლის წელის მალეების ოსტეოქონდროზი, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება, სისხლდენა საყლაპავის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებიდან, ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობა. პაციენტი გარდაიცვალა 2009 წლის 26 აგვისტოს. C ქრ.ვირუსული ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი, ასციტი, შაქრიანი დიაბეტი ტ.2 (ინსულინომომხმარებელი), წელის მალეების ოსტეოქონდროზი, ორმხრივი ტუბერკულოზი, ექსუდაციური პლევრიტი, ურატურია, თორმეტგოჯას წყლულოვანი დაავადება. აღსანიშნავია, რომ გვამის სასამართლო-სამედიცინო წესით გამოკვლევა არ ჩატარებულა. ექსპერტიზის დასკვნაში მითითებულია, რომ „სათანადო მეთოდებისა და უსაფრთხოების პირობების არარსებობის გამო აღნიშნული დიაგნოზით (ქრ. ჰეპატიტი) გარდაცვლილი პიროვნებების გვამების სასამართლო სამედიცინო წესით გამოკვლევა სამედიცინო ექსპერტიზის სამსახურში დღეისათვის არ წარმოებს“.

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის დირექტორის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით ირკვევა, რომ 2009 წლის განმავლობაში, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრში სტაციონარულ მკურნალობაზე იმყოფებოდნენ სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებებიდან გადმოყვანილი შემდეგი პაციენტი პატიმრები: გ.ნ. 39 წლის (ქალი). დიაგნოზი: A მწვავე ჰეპატიტი. პაციენტი გაეწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში; მ.დ. 34 წლის (კაცი). დიაგნოზი: ღეროს ენცეფალიტი.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა წერილობით მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს იმის შესახებ თუ როგორია აივ/შიდსის გავრცელების სტატისტიკა სასჯელაღსრულების სისტემაში 2009 წლის განმავლობაში და რამდენი პატიმარი მკურნალობს აღნიშნულის გამო. სამინისტროდან მოსული ინფორმაციის მიხედვით (N882/01–17), „სასჯელაღსრულების სისტემაში 2009 წელს იმყოფებოდა 92 აივ

ინფექცია / შიდსით ინფიცირებული პირი, რომელთაგან 55-ს აღნიშნებოდა „შიდსით“ დაავადება. „შიდსით“ დაავადებულ ყველა პაციმარს, „აივ ინფექცია/შიდსის კონტროლის ეროვნული პროგრამის“ ფარგლებში უფასოდ უტარდებოდათ ანტირეტროვირუსული მეურნალობა“.

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოპოვებული სტატისტიკური ინფორმაცია, დაწესებულებების მიხედვით, წარმოდგენილია ცხრილში:

№	დაწესებულება	აივ ინფიცირ.	მეურნალობს	შენიშვნა
1	რუსთავი №1	7	6	
2	ქუთაისი №2	4	2	
3	რუსთავი №2	16	5	
4	თბილისი №3	6	3	
5	ქალთა №5	4	1	
6	რუსთავი №6	7	3	
7	ქსანი №7	10	5	
8	გეგუთი №8	13	5	
9	ხონი №9	5	2	
10	თბილისი №10	2	1	
11	არასრულწლოვ	0	0	
12	თბილისი №1	4	4	
13	ბათუმი №3	10	2	
14	ზუგდიდი №4	2	2	
15	თბილისი №7	0	0	
16	თბილისი №8	8	4	
17	ტუბზონა	13	10	
18	მკსდ	27	–	
	სულ	138	55	

სიკვდილობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში

სიკვდილობას პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი უკვე რამდენიმე წელია სწავლობს. 2006-2009 წლებში აღნიშნულ სისტემაში გარდაცვლილია 371 პაციმარი. წელიწადში საშუალოდ 90 პაციმარი კვდება. სიკვდილობის საერთო სურათზე ნათელი წარმოდგენის შესაქმნელად მოგვყავს ბოლო წლების სტატისტიკა, თვეების მითითებით:

თვე	იანვარი	თებერვალი	მარტი	აპრილი	მაისი	ივნისი	ივლისი	აგვისტო	სექტემბერი	ოქტომბერი	ნოემბერი	დეკემბერი	სულ
წელი													
2006	6	3	10	6	3	5	8	12	14	6	10	6	89
2007	10	12	10	9	7	7	11	6	6	8	8	7	101
2008	5	3	8	5	12	16	9	6	6	6	7	7	90
2009	12	9	7	3	14	10	4	3	5	6	7	11	91
სულ	33	27	35	23	36	38	32	27	31	26	32	31	371

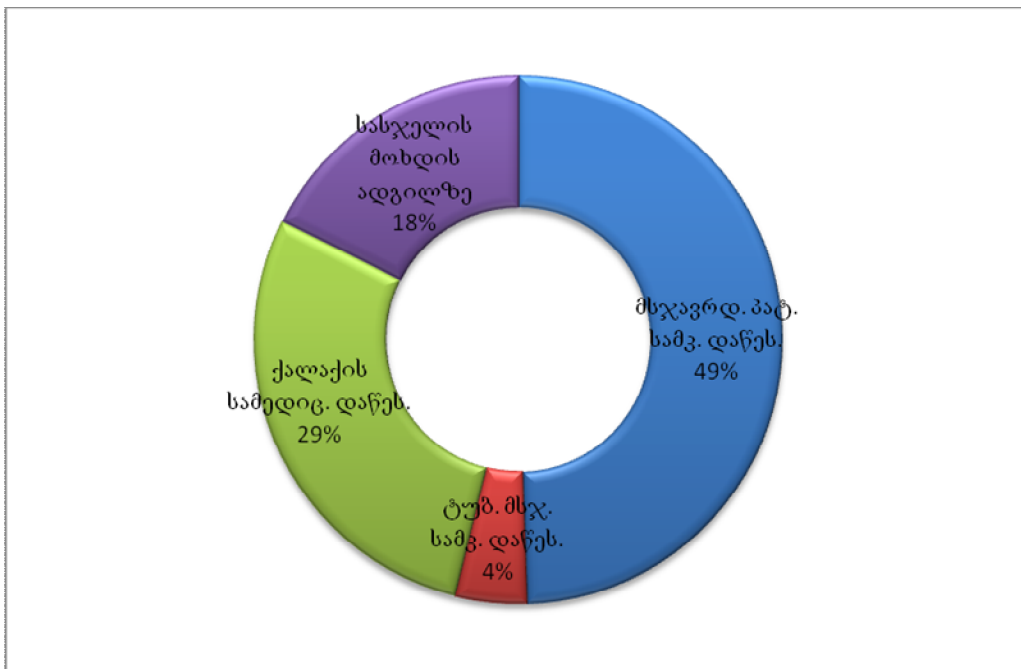
როგორც ცხრილიდან ჩანს, წლების განმავლობაში ფიქსირდება თითქმის ანალოგიური ტენდენციები, როდესაც გარდაცვლილთა რაოდენობის შედარებითი ზრდა ხდება მაისი-ივლისის პერიოდში.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ რამდენიმე წყაროზე დაყრდნობით, მათ შორის, რამდენჯერმე ჩატარებული მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ 2009 წლის განმავლობაში საქართველოში გარდაცვლილია 91 პატიმარი (1 ქალი და 90 მამაკაცი). აღსანიშნავია, რომ წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილია საერთო რაოდენობის 60.44%, ხოლო მეორე ნახევარში - 39.56%. აქედან გამომდინარე, წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილთა რაოდენობა გაცილებით მეტია მეორე ნახევართან შედარებით, რაც ასევე შეესაბამება უკანასკნელი წლების ზოგად ტენდენციას. 2009 წელს გარდაცვლილთა სტატისტიკა თვეების მიხედვით შემდეგნაირად გამოიყურება:

თვე	იან	თებ	მარ	აპრ	მაი	ივნ	ივლ	აგვ	სექ	ოქტ	ნოე	დეკ
2009	12	9	7	3	14	10	4	3	5	6	7	11

რაც შეეხება პატიმართა გარდაცვალების ადგილს, ჩვენს მიერ დამუშავებული წყაროების მიხედვით, გარდაცვლილთაგან 45 (49.46%) გარდაცვლილია მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში (მპსდ), 4 პირი (4.39%) გარდაიცვალა ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, 16 პირი (17.58%) გარდაიცვალა სასჯელაღსრულების სხვადასხვა დაწესებულებაში, ხოლო 26 პატიმარი (28.57%) გარდაცვლილია მას შემდეგ, რაც ისინი გადაიყვანეს სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებში.

წარმოდგენილი ინფორმაცია ასახულია დიაგრამაზე:



როგორც ჩანს, ბოლო წლებთან შედარებით მკვეთრად იმატა გარდაცვალებამ სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებში. ჩვენს მიერ ჩატარებული ანალიზით ირკვევა, რომ სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებში პატიმართა გადაყვანა წარმოებს გარდაცვალებამდე რამდენიმე დღით ან სულაც რამდენიმე საათით ადრე. ამ მხრივ უკვე აპრობირებული პრაქტიკაა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ მომავლად პატიმართა გადაყვანა ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტში გაგზავნილი წერილის საპასუხოდ, სადაც ვითხოვდით ინფორმაციას გარდაცვლილი პატიმრების შესახებ, სამოქალაქო ტიპის სტაციონარებში გარდაცვლილი პირები სიაში არ შეიყვანეს, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ადგილი აქვს გარდაცვლილთა რაოდენობის ხელოვნური შემცირების აშკარა მცდელობას.

როგორც უკვე აღინიშნა, 16 პატიმარი (17.58%) გარდაიცვალა სასჯელის მოხდის ადგილებში. გარდაცვალების ზუსტი მონაცემები სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სხვადასხვა დაწესებულებებში მოცემულია ცხრილში:

№	გარდაცვალების ადგილი	რაოდენ	%
1	რუსთავის N2 საერთო მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	6	37.50 %
2	თბილისის N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	3	18.75 %
3	ქუთაისის N2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	2	12.50 %
4	რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება	1	06.25 %
5	რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის	1	06.25 %

	რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება		
6	ზუგდიდის N4 საპყრობილე	1	06.25 %
7	ქსნის N7 საერთო მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	1	06.25 %
8	ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულება	1	06.25 %
სულ:		16	100%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გარდაცვლილთა მაქსიმალური რაოდენობა მოდის რუსთავის №2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულებაზე, სადაც 2009 წლის განმავლობაში 6 მსჯავრდებულია გარდაცვლილი. მათგან ერთ-ერთი გარდაცვლილი სასამართლო-სამედიცინო წესით არ გამოკვლეულა. დანარჩენ 5 შემთხვევაში სამს აღენიშნებოდა ფილტვების ტუბერკულოზი (მათ შორის – ექსტრაპულმონური ფორმებიც), ერთ-ერთი გარდაიცვალა მიოკარდიუმის ინფარქტით, ხოლო ერთი - ფილტვების ანთებით. როგორც ჩვენს ხელთ არსებული დოკუმენტაციიდან ირკვევა, შემთხვევათა უმრავლესობაში პაციენტს ზუსტი დიაგნოზი ადგილზე ვერ დაესვა, შესაბამისად, არცერთ პაციმარს არ უტარდებოდა ადეკვატური მკურნალობა.

ჩვენს მიერ შესწავლილი იყო ასევე იმ 26 პაციმარის (28.57%) გარდაცვალების ადგილები, რომლებიც უმძიმეს მდგომარეობაში იყვნენ გადაყვანილნი სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებში. პაციმართა ნახევარი გარდაიცვალა ლუდუშაურის სახელობის ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში. 6 პაციმარი გარდაიცვალა ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში, ხოლო 3 პაციენტი გარდაიცვალა შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრში გადაყვანის შემდეგ. სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებში გარდაცვლილ პაციენტთა შესახებ ინფორმაცია ასახულია ცხრილში:

№	გარდაცვალების ადგილი	რაოდენ	%
1	ლუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრი	13	50.00%
2	ტუბერკ. და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი	6	23.07%
3	შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი	3	11.53%
4	სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო	1	03.85%
5	ქუთაისის კლინიკური საავადმყოფო	1	03.85%
6	ნეიროქირურგიის ცენტრი (ქალაქის №1 კლ. საავადმყოფო)	1	03.85%
7	პალიატიური მზრუნველობის კლინიკა „ჰოსპი“	1	03.85%
სულ:		26	100%

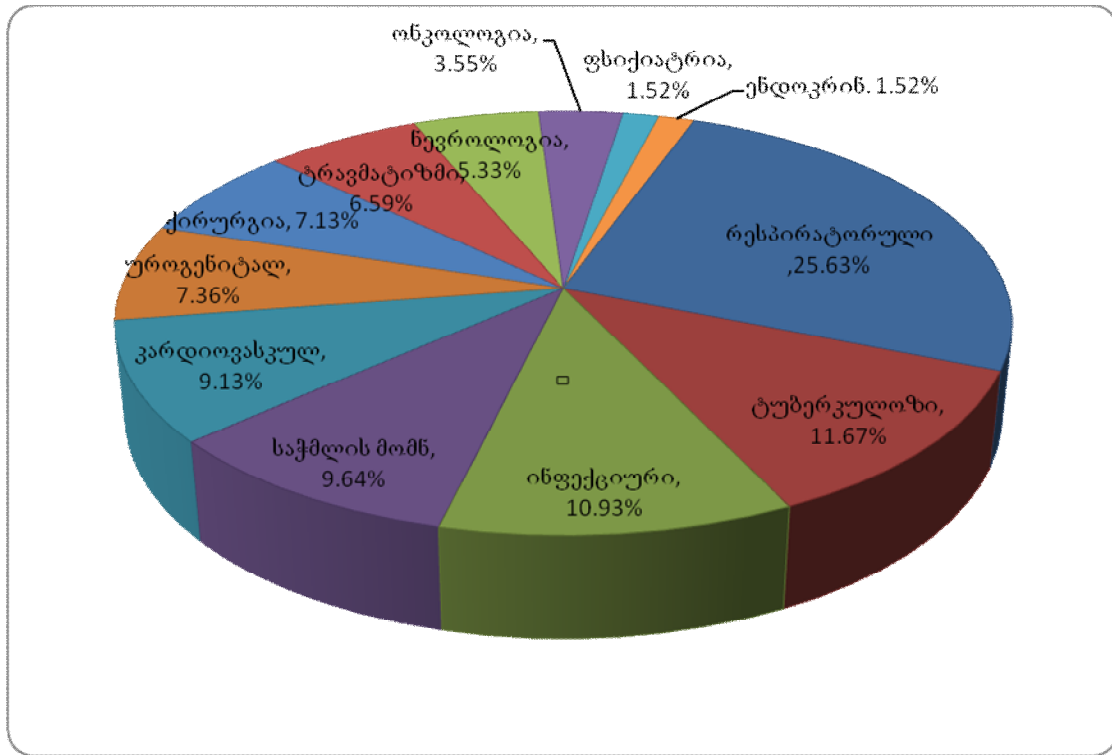
ჩვენს მიერ გამოთხოვნილ და შესწავლილ იქნა გარდაცვლილ პაციენტთა სამედიცინო ბარათები ღუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრიდან, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრიდან და შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრიდან. შესწავლის შედეგები ასახულია მოხსენების შესაბამის თავებში. აღსანიშნავია, რომ ერთი პაციენტი გარდაიცვალა ლ. სამხარაულის სახ. სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნულ ცენტრში (სასამართლო-ფსიქიატრიული განყოფილება). გარდაცვლილის სასამართლო-სამედიცინო დიაგნოზად ექსპერტს გამოაქვს: ღვიძლის ტოქსიკური დისტროფია, ბრონქოპნევმონია, ჩირქოვანი ბრონქიტი. ის, რომ ექსპერტიზაზე გადაყვანილი პაციენტი ფილტვების ანთებით არის გარდაცვლილი, სამედიცინო სამსახურის არაეფექტურობით უნდა აიხსნას. ასევე, არავის გაურკვევია, რა გახდა ღვიძლის ტოქსიკური დისტროფიის მიზეზი, რაც, სავარაუდოდ, მნიშვნელოვან ტენდენციებს ახდის ფარდას. გვამზე ექსპერტს აღწერილი აქვს დაზიანებები (ჭრილობები და ნაჭდევები), რომლებიც აღწერილობიდან გამომდინარე ახალია; მიუხედავად ამისა, დასკვნის სახით ექსპერტი აღნიშნავს, რომ დაზიანებები ძველია (?). ფაქტია, რომ აღნიშნული საკითხი როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ არასათანადოდ არის შესწავლილი.

ჩვენს მიერ შესწავლილი და გაანალიზებული იქნა პენიტენციურ სისტემაში გარდაცვლილთა ასაკობრივი თავისებურებანი. გარდაცვლილთა საშუალო ასაკმა 45 ± 4 შეადგინა. ასაკობრივ ჯგუფები წარმოდგენილია ცხრილში:

≤ 20	02	01.12 %
21 – 30	15	17.58 %
31 – 40	15	16.48 %
41 – 50	26	28.57 %
51 – 60	22	24.17 %
61 – 70	07	07.69 %
70 ≥	04	04.39 %

2009 წლის საანგარიშო პერიოდში პატიმართა გარდაცვალების მიზეზების შესასწავლად გამოყენებულ იქნა სახალხო დამცველის აპარატის მიერ საქართველოს თვრამეტივე სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის მასალები და სხვადასხვა დოკუმენტების შესწავლის შედეგები. ინფორმაცია გარდაცვლილი პატიმრების და გარდაცვალების მიზეზების შესახებ გამოთხოვილ იქნა ასევე საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან. გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნები გამოთხოვილ იქნა სსიპ ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროდან. გარდაცვლილ პატიმართა სტაციონარის სამედიცინო ბარათის ასლები მიღებულ იქნა როგორც მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან, ასევე სამოქალაქო ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებიდანაც. არსებული მასალები შეჯერდა და გაანალიზდა.

პატიმართა გარდაცვალების მიზეზების გასაანალიზებლად ვიხელმძღვანელებთ სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზებით, ასევე, ერთეულ შემთხვევებში, იქ, სადაც სასამართლო სამედიცინო წესით გვამი არ იქნა გამოკვლეული, ჩვენი შესწავლა დაეყრდნო სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათებში არსებულ დიაგნოზებს. გარდაცვლილ პაციენტთა დაავადებების ჯგუფები წარმოდგენილია დიაგრამაზე და ცხრილში:



1	სასუნთქი სისტემა	25.63 %
2	ტუბერკულოზი	11.67 %
3	ინფექციური დაავადებები	10.93 %
4	საჭმლის მომნელებელი სისტემა	9.64 %
5	გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	9.13 %
6	შარდ-სასქესო სისტემა	7.36 %
7	ქირურგიული დაავადებები	7.13 %
8	ტრავმატიზმი	6.59 %
9	ნევროლოგიური დაავადებები	5.33 %
10	ონკოლოგიური დაავადებები	3.55 %
11	ფსიქიკური დაავადებები	1.52 %
12	ენდოკრინული სისტემა	1.52 %

როგორც გრაფიკული გამოსახულებიდან და ცხრილიდან ჩანს, ყველაზე ხშირად გარდაცვლილებს აღენიშნებოდათ სასუნთქი სისტემის დაავადებები. ამ ჯგუფში გაერთიანდა პნევმონია, პლევრიტი, ბრონქიტი, პნევმო/ჰიდრო/პიო-თორაქსი, პნევმო-ციროზი/სკლეროზი, ფილტვის ემფიზემა/ასთმა და ანთრაქოზი. აღნიშნული დაავადებების პროცენტული წილი ჯგუფში წარმოდგენილია ცხრილში:

პნევმონია	27.73 %
ბრონქიტი	21.78 %
ემფიზემა	15.84 %
პნევმოციროზი/სკლეროზი	12.87 %
პლევრიტი	9.90 %
პნევმო/ჰიდრო თორაქსი	9.90 %
ანთრაკოზი	1.98 %

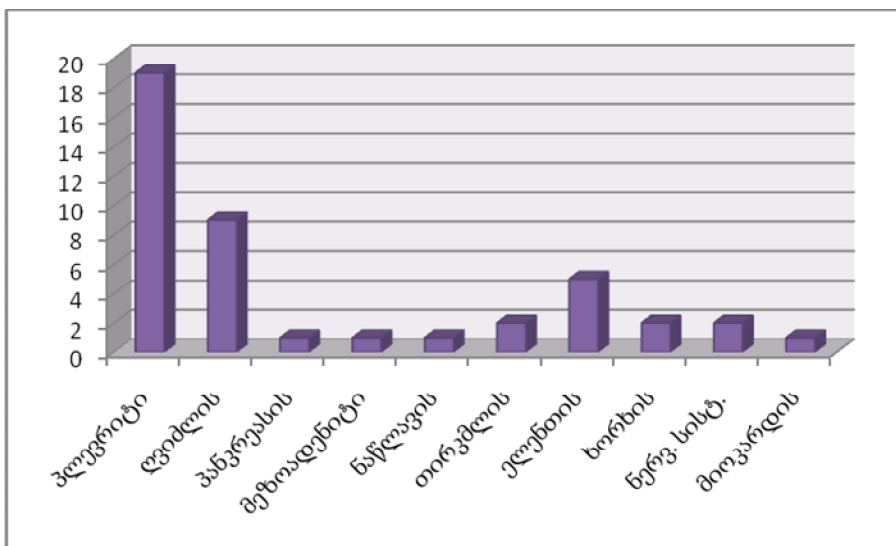
ცხრილში წარმოდგენილი ინფორმაცია არ მოიცავს ტუბერკულოზურ პლევრიტს, პნევმონიას ან ტუბერკულოზური გენეზის სხვა რესპირატორულ დაავადებას. პნევმონიის დიაგნოზი არცთუ ისე იშვიათად იქნა დასმული სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის მიერ 2009 წლამდეც. აღსანიშნავია, რომ გარდაცვლილთა საექსპერტო დასკვნების მიხედვით, რომლებიც ნაწილობრივ პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციასაც მიმოიხილავს, ფილტვების ანთება საპყრობილის ექიმთა მიერ, ხშირ შემთხვევაში არ არის ამოცნობილი და ამგვარი პაციენტები მკურნალობის გარეშე რჩებიან. პნევმონია, ხშირ შემთხვევაში, წარმოადგენს ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის რეანიმაციულ განყოფილებაში ყოფნის პერიოდში არსებულ გართულებას. ანთებას ხშირად ორმხრივი ხასიათი აქვს, რაც განსაკუთრებით ამძიმებს პაციენტის მდგომარეობას და სუნთქვის უკმარისობას იწვევს. პნევმონიების განვითარება ასევე ხშირია ხანგრძლივად მწოლიარე პაციენტებში, რომლებიც სხვა მიზეზის გამო გადიან სტაციონარული მკურნალობის კურსს. ასეთ შემთხვევაში პნევმონიით გამოწვეული ინტოქსიკაცია ხშირად ხდება სიკვდილის უშუალო განმაპირობებელი ფაქტორი.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, ნათელი ხდება, რომ პნევმონია კვლავაც რჩება სასჯელალსრულების დაწესებულებებში გავრცელებულ ერთ-ერთ ისეთ ნოზოლოგიად, რომლის მკურნალობაც ადგილობრივი შესაძლებლობებით უდიდეს სირთულეებთანაა დაკავშირებული. აღნიშნულის გამო მიზანშეწონილია, პნევმონიის ამოცნობის შემთხვევაში, პაციენტები გადაყვანილ იქნან სამკურნალო დაწესებულებებში. ადგილობრივი ძალებით პნევმონიის მკურნალობის სირთულე გარკვეულწილად დაკავშირებულია სამედიცინო ნაწილების სააფთიაქო ბაზების არაადეკვატურობასთან. კერძოდ, წამლების შესაძენად გამოყოფილი ლიმიტირებული თანხების ფონზე, ადგილობრივ ექიმებს პრაქტიკულად არ აქვთ იმის საშუალება, რომ გამოიწერონ ძვირადღირებული ანტიბაქტერიული პრეპარატები. წინააღმდეგ შემთხვევაში მხოლოდ რამდენიმე პაციენტის ადეკვატური მკურნალობა შეავსებდა არსებულ ლიმიტს. პაციენტთა ნაწილს (ოჯახებს) ზოგჯერ თავად შემოაქვს მედიკამენტები დაწესებულებებში, თუმცა ეს გზაც შეზღუდულია და გარკვეულ სირთულეებს უკავშირდება.

გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებში ასევე ხშირად ვხვდებით პლევრიტის დიაგნოზს. ხშირ შემთხვევაში, პლევრიტი თან ახლავს პნევმონიას და სავარაუდოდ, მის გართულებას წარმოადგენს, რაც ფილტვების ანთების არაადეკვატური მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის შედეგია. პლევრიტი ხშირად ექსუდაციურია (ჩირქოვან-ფიბრინული), რაც მკვეთრად ამძიმებს პაციენტის მდგომარეობას (ამ შემთხვევებში არ ვგულისხმობთ ტუბერკულოზურ პლევრიტებს).

პნევმოტორაქსით, ჰიდროტორაქსითა და პიოტორაქსით, ფილტვების მძიმედ მიმდინარე პროცესი გართულდა 10 შემთხვევაში. მიუხედავად ამისა, ადეკვატური ზომები პაციენტების მიმართ პრაქტიკულად არ იქნა გატარებული. რაც შეეხება ფილტვის ემფიზემას, 2009 წელს გარდაცვლილთა საექსპერტო დასკვნების მიხედვით, დაფიქსირებულია 16 შემთხვევაში. ემფიზემას ზოგჯერ კეროვანი ხასიათი აქვს და ხშირად თანხვდება მორფოლოგიურად დადგენილ ექსუდაციური ბრონქიტის დიაგნოზს. ორ შემთხვევაში ექსპერტიზის მიერ დადგენილია ანთრაქოზის დიაგნოზიც. რაც შეეხება ისეთ მორფოლოგიურ მდგომარეობას, როგორებიცაა პნევმოციროზი და პნევმოსკლეროზი, აღნიშნული 13 შემთხვევაშია დადგენილი და ძირითად არაადეკვატურად მართულ ფილტვების დაავადებათა გართულებას წარმოადგენს.

რაც შეეხება ტუბერკულოზის გავრცელებას და მის შედეგობრივ როლს პაციმართა სიკვდილობაში, აღსანიშნავია, რომ ფილტვების ტუბერკულოზი აღენიშნებოდა 91-დან 46 გარდაცვლილს. როგორც ირკვევა, წინა წლების მსგავსად, სიკვდილობის მთავარ მიზეზად კვლავ ტუბერკულოზი რჩება. 2009 წელს გარდაცვლილთა ნახევარს (50.54%), ფილტვების ტუბერკულოზი აღენიშნებოდა. გასულ წლებთან მიმართებაში, ტუბერკულოზის გავრცელება გარდაცვლილ პაციმართა შორის მატების ტენდენციას ავლენს. ასევე აღსანიშნავია, რომ გაიზარდა ტუბერკულოზის ფილტვგარეშე (ექსტრაპულმონური) ფორმების გავრცელებაც. ექსტრაპულმონური ტუბერკულოზი გარდაცვლილთა 47%-ს აღენიშნებოდა. ექსტრაპულმონური ტუბერკულოზის სპექტრი მოიცავდა: პანკრეასის, ნაწლავის, ღვიძლის, თირკმლის, ელენთის, პლევრის, ხორხის, მიოკარდის და ნერვული სისტემის ტუბერკულოზს. აღნიშნული ტენდენციის თავისებურებანი მოცემულია გრაფიკულად:



ტუბერკულოზური ინფექციის არაადეკვატური მართვის პირდაპირ შედეგად უნდა ჩაითვალოს ტუბერკულოზის ექსტრაპულმონური შემთხვევების რაოდენობის ზრდა ბოლო პერიოდში. ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმა აღენიშნებოდა გარდაცვლილთა 13.18%-ს (ტუბერკულოზით გარდაცვლილთა 26%). აღსანიშნავია ასევე, რომ გარდაცვლილთა დაახლოებით 19%-ს აღენიშნებოდა ტუბერკულოზური პნევმონია (ტუბერკულოზით გარდაცვლილთა 39%).

ტუბერკულოზის მქონე პაციენტთა გარდაცვალების მიზეზებს შორის უნდა აღინიშნოს, რომ რამდენიმე შემთხვევაში სიკვდილის უშუალო მიზეზი გახდა ჰემორაგიული შოკი და მწვავე ანემია, რომლის მიზეზიც, თავის მხრივ, იყო ტუბერკულოზურად დაზიანებული ფილტვიდან სისხლდენა. ფილტვიდან სხვადასხვა ინტენსივობის სისხლდენის შემთხვევები აღწერილია 9 სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნაში. აღსანიშნავია, რომ ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაშიც კი არ არსებობს ფტიზიო-ქირურგიული დახმარების შესაძლებლობა. ამგვარად, ასეთი პაციენტები პრაქტიკულად სასიკვდილოდ არიან განწირულნი.

ტუბერკულოზური ინფექცია ხშირად თანხვედბა ვირუსულ ჰეპატიტსა და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფიცირებას. 2009 წელს გარდაცვლილი პაციტებიდან 3-ს აღნიშნებოდა ტუბერკულოზი და აივ ინფექცია კომპლექსში, ხოლო 12 პაციტმარს – ვირუსული ჰეპატიტი და ტუბერკულოზური ინფექცია ერთობლივად. აღნიშნული ტენდენცია არ წარმოადგენს რაიმე განსაკუთრებულ თავისებურებას. აქედან გამომდინარე, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეთ მოწყვლად ჯგუფებს, რათა თავიდან იქნას აცილებული ამგვარი კომპლექსის ერთობლიობაში განვითარება.

აღსანიშნავია, რომ მულტირეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზით გარდაცვლილთა მაჩვენებელი 2009 წლის მე-2 ნახევარში გაცილებით მაღალია პირველ ნახევართან შედარებით, რის გამოც აუცილებლად მიგვაჩნია, გაანალიზდეს „DOTS+“ პროგრამის მიმდინარეობის თავისებურებები და ტენდენციები და მის დაგეგმვაში უფრო აქტიურად ჩაერთონ ქვეყნის წამყვანი სპეციალისტები და დაწესებულებები.

ტუბერკულოზური ინფექციის მართვაში ხშირია ორგანიზაციული შეცდომებიც. ერთ-ერთი გარდაცვლილის (ა.ჭ. №69) საექსპერტო დასკვნიდან ირკვევა, რომ ქუთაისის №2 დაწესებულებაში დაესვა ფილტვების დისიმინირებული ტუბერკულოზის დიაგნოზი რღვევის ფაზაში. პირველი რიგის პრეპარატებით მკურნალობის დაწყებისას მდგომარეობა დამძიმდა. განვითარდა ფილტვ-გულის უკმარისობა და სხვა გვერდითი მოვლენები, რის გამოც მკურნალობა შეწყდა. მოგვიანებით დადასტურდა რეზისტენტობა პირველი რიგის პრეპარატების მიმართ. დღის წესრიგში დადგა პაციენტის „DOTS+“ პროგრამაში ჩართვის საკითხიც. ადგილობრივი ექიმის ჩანაწერით ირკვევა, რომ ვინაიდან აღნიშნული პროგრამა ქუთაისის №2 დაწესებულებაში არ ხორციელდება და პაციტმარი არ არის მსჯავრდებული, ვერ ხერხდება მისი გადაყვანა ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. აღნიშნულის შემდეგ, კოორდინატორთან შეთანხმებით, გაგრძელდა კვლავ პირველი რიგის პრეპარატებით მკურნალობა. საბოლოო ჯამში პაციენტს განუვითარდა ტუბერკულოზის ექსტრაპულმონური ფორმებიც (ღვიძლის, თირკმლის და მიოკარდის), რის ფონზეც პაციტნი გარდაიცვალა. წარმოდგენილი მაგალითი ნათლად მოუთითებს პირველ რიგში ორგანიზაციული მხარის უხეშ ხარვეზს. საინტერესოა, რატომ ვერ მოხერხდა პაციენტის გადმოყვანა მსჯავრდებულთა და პაციტმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, სადაც ასევე მიმდინარეობს „DOTS+“ პროგრამა. ნაცვლად აღნიშნულისა, პაციტს კვლავ პირველი რიგის პრეპარატებით მკურნალობდნენ,

რაც იმთავითვე ცხადი იყო, რომ მას ვერ განკურნავდა, თუმცა გააღრმავებდა მდგომარეობას გვერდითი ეფექტების გაძლიერების ხარჯზე.

ტუბერკულოზური ინფექციის აქტივობა, ზოგიერთ შემთხვევაში, საერთოდ ამოუცნობიც რჩება. რუსთავის №2 დაწესებულებაში მყოფი პაციმარი მ.ტ. გარდაიცვალა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაუყვანლად. სიკვდილამდე რამდენიმე საათით ადრე ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის ჟურნალში ჩაიწერა დიაგნოზი - „სასუნთქი გზების სიმსივნე, კისრის წინა ზედაპირზე ტრაქეოსტომიული ხვრელი, ხორხის აპარატი არ აღინიშნება“. გარდა იმისა, რომ აღნიშნული ჩანაწერი არაკვალიფიციურია, გვამის გაკვეთის შედეგად დადგენილ იქნა ფილტვებში ხაჭოსმაგვარი შიგთავსის მქონე კერები (რაც ტუბერკულოზისთვისაა დამახასიათებელი) და ასევე ღვიძლში ხაჭოსებური კონსისტენციის წარმონაქმნები, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პაციენტს აღენიშნებოდა როგორც ფილტვის, ისე ფილტვგარეშე ტუბერკულოზი და მისი ადეკვატური მკურნალობა ხანგრძლივი დროის მანძილზე არ მიმდინარეობდა.

2009 წლის განმავლობაში რამდენიმე პაციენტი ნერვული სისტემის ტუბერკულოზისაგან დაიღუპა. აღნიშნული წარმოადგენს ტუბერკულოზის უმძიმეს ფორმას და ძნელია იმისი თქმა, რომ პაციენტი ადეკვატური მკურნალობის ფონზე გადარჩებოდა, თუმცა ფაქტია, რომ საქმე გვაქვს ინფექციის შორსწასულ და არაადეკვატურად მართულ შემთხვევასთან, რომლის პროფილაქტიკა ნამდვილად შეუძლებელია.

ინფექციური დაავადებები გარდაცვალების მიზეზთა შორის სიხშირით მესამე ადგილს იკავებს. ამ ჯგუფში, რა თქმა უნდა, უპირველეს ყოვლისა უნდა გამოიყოს ვირუსული ჰეპატიტები და მათი ამა თუ იმ ფორმის გართულებები. ჰეპატიტი, როგორც უკვე ითქვა, აღენიშნებოდა გარდაცვლილ პაციმართა 40%-ს. აივ ინფექცია კი აღენიშნებოდა 7 გარდაცვლილ პაციენტს (7.69%). ჰეპატიტის დიაგნოზს თანხვდებოდა (სავარაუდოდ გართულების სახით) ღვიძლის ციროზის და შესაბამისად, პორტული ჰიპერტენზიის არსებობა, რომელიც გარდაცვლილ პაციმართა 15.38%-ს დაუდგინდა.

ვირუსული ჰეპატიტებიდან, გარდაცვლილთა სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით, აბსოლუტურ უმრავლესობას აღენიშნებოდა HCV-ვირუსი, ხოლო 3 შემთხვევაში ასევე მითითებული იყო HBV. უნდა აღინიშნოს, რომ ვირუსული ჰეპატიტი ტუბერკულოზური ინფექციის შემდეგ ყველა დაწესებულებისთვის წარმოადგენს რიგით მეორე სერიოზულ პრობლემას. ჰეპატიტებით ავადობის სკრინინგი ადგილზე არ მიმდინარეობს და გამოკვლევის (სადიაგნოზო) ჩატარებისათვის პაციმრებს უდიდესი ძალისხმევის დახარჯვა უწევთ. ასევე გვიანდება გამოკვლევის შედეგები. უდიდეს სიმწელებთანაა დაკავშირებული, ასევე, მკურნალობის დაწყება. ეტიოტროპული მკურნალობა სულ რამდენიმე პაციენტის მიმართ ხორციელდება. უკეთეს შემთხვევაში, პაციენტებს ენიშნებათ ღვიძლის დამცავი საშუალებები. მდგომარეობას ამძიმებს ის ფაქტიც, რომ თითქმის არცერთ დაწესებულებაში არ არსებობს ადეკვატური დიეტური კვება, რასაც მკურნალობისა და გამოსავლისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს. ჰეპატიტი რომ სასჯელადსრულების სისტემის ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, იმითაცაა ხაზგასმული,

რომ როგორც უკვე აღვნიშნეთ⁴³, 2009 წლის 25 ივნისს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრთან ერთად გამოსცა ერთობლივი ბრძანება №267-219/ნ, რომლითაც დამტკიცებულია სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფ „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პატიმართა და მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის სტრატეგია. ბრძანების მიხედვით, ბრძანების გამომცემ სამინისტროებს დაევალოთ ამ ბრძანებით დამტკიცებული სტრატეგიის შესაბამისად სამოქმედო გეგმის შემუშავება. მიუხედავად იმისა, რომ საკითხი დაუყოვნებლივ დარეგულირებას და გადაწყვეტას მოითხოვს, ბრძანების გამოცემიდან ერთ წელზე მეტი პერიოდის შემდეგაც კი სამოქმედო გეგმა არ არის შემუშავებული, ხოლო სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში კვლავ საგანგაშო მდგომარეობა რჩება.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ასევე ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს აივ ინფექცია/შიდსი. საქართველოს ციხეებში 2009 წლის განმავლობაში 7 შიდსით დაავადებული პატიმარი გარდაიცვალა. მიუხედავად იმისა, რომ შიდსით დაავადებულთა გამოვლენა და მკურნალობა შეუფერხებლად მიმდინარეობს, არსებობს მთელი რიგი პრობლემები, რაც, უპირველეს ყოვლისა, აივ ინფექციის გავრცელების პრევენციას გულისხმობს. უკვე მესამე წელია საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო მოხსენებებში ფიგურირებს პირდაპირი მითითება იმის თაობაზე, რომ შეწყდეს გარდაცვლილ აივ ინფიცირებულ პატიმართა დისკრიმინაცია დაავადების ნიშნით⁴⁴. წინა წლების მსგავსად, საანგარიშო პერიოდშიც არ მომხდარა გარდაცვლილ აივ ინფიცირებულთა სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევა. დასკვნებში პირდაპირ არის მითითებული, რომ აღნიშნულის გამო სიკვდილის მიზეზი ვერ დადგინდა. მოგვყავს ციტატა ერთ-ერთ გარდაცვლილ პატიმარზე სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის მიერ გაცემული დოკუმენტიდან: მ.რ. – „შიდსით დაავადებულთა გვამების უსაფრთხოების გარანტიების არარსებობის გამო გვამის გამოკვლევა (გაკვეთა) არ ჩატარებულა, რის გამოც სიკვდილის მიზეზის დადგენა შეუძლებელია. გარეგნული დათვალიერებისას სახის არეში აღენიშნებოდა 2 ნაჭდები, რომელიც განვითარებულია სიკვდილის დადგომამდე არანაკლებ 4 დღით ადრე.“

პატიმარი ჩ.კ. - გარდაიცვალა ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში. გვამი ასევე არ გაკვეთილა, ლ. სამხარაულის სახ. სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნულმა ბიურომ დასკვნა არ წარმოგვიდგინა.

პატიმარი ჭ.ა. - გარდაიცვალა ქუთაისის №2 დაწესებულებაში და გაიკვეთა სასამართლო-სამედიცინო წესით. სავარაუდოდ, ექსპერტიზისათვის არ იყო ცნობილი, რომ იგი აივ ინფიცირებული იყო.

წინა წლებისაგან განსხვავებით, სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ ასევე ზოგჯერ არ წარმოებს „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ გარდაცვლილთა აუტოფსიაც.

⁴³ იხ. ზემოთ, თავი „ვირუსული ჰეპატიტები“.

⁴⁴ იხ. ზემოთ, თავი „აივ ინფექცია/შიდსი“.

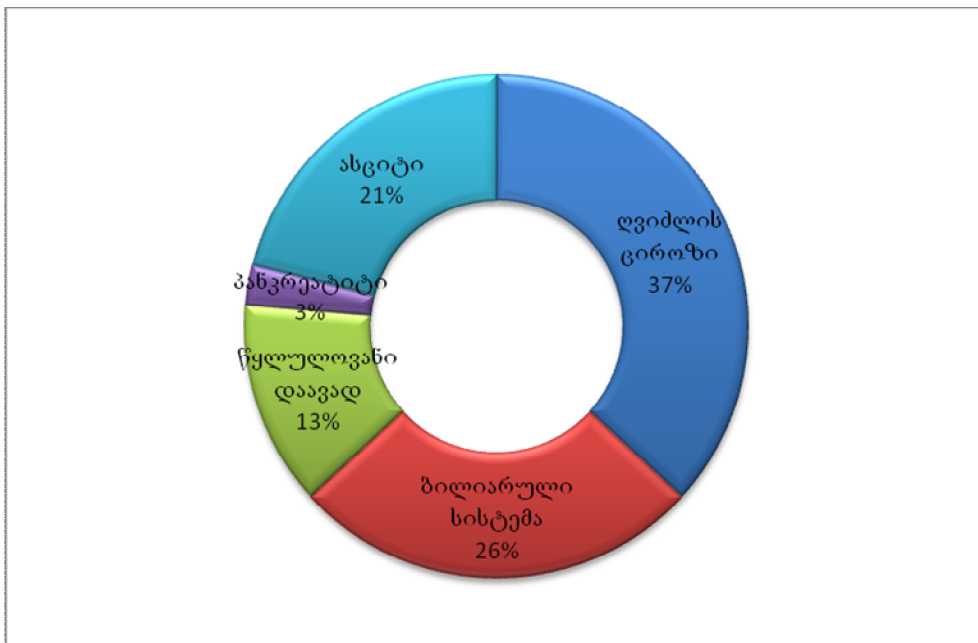
ლ. სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ გარდაცვლილი პატიმრის მ.ნ.-ს მიმართ გაცემული სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნა N111/33/34-ში ვკითხულობთ: „სათანადო მეთოდისა და უსაფრთხოების პირობების არარსებობის გამო (დიაგნოზი: ჰეპატიტი C HEXAGON HCV (+) pos.) მ.ნ.-ს გვამი სასამართლო სამედიცინო წესით არ გაკვეთილა“. დასკვნას ხელს აწერს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი ზ. გრიგოლაშვილი.

ანალოგიურ შემთხვევას ვხვდებით 2009 წელს გარდაცვლილი მსჯავრდებულის ს.ა.-ს შემთხვევაშიც. იგივე სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტი დასკვნაში მიუთითებს, რომ „სათანადო მეთოდისა და უსაფრთხოების პირობების არარსებობის გამო (დიაგნოზი: C ქრ. ჰეპატიტი) მოქ. ს.ა.-ს გვამი სასამართლო სამედიცინო წესით არ გამოკვეთილა“.

ლ. სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს უფროსის მოვალეობის შემსრულებელთან, ბატონ ვ. კარგარეთელთან პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ჯგუფის წევრების საუბრის დროს, ბიუროს ხელმძღვანელმა დაადასტურა, რომ ვირუსული „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ გარდაცვლილთა გვამები არ იკვეთება, შესაბამისად, სიკვდილის მიზეზი ვერ დგინდება, უსაფრთხოების პირობებისა და მეთოდის არარსებობის გამო. ანალოგიური ტენდენციაა აივ/შიდსით ინფიცირებულ გარდაცვლილებთან მიმართებაში; აივ/შიდსით დაავადებულ გარდაცვლილთა გვამების გაკვეთა, ბოლო რამდენიმე წელია, იმავე მიზეზით არ წარმოებს, რაც არაერთხელ იქნა აღნიშნული საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო ანგარიშებში. მიუხედავად ამისა, სახეზეა ფაქტი, რომ 2009 წელს გარდაცვლილი 91 მსჯავრდებულისა და 36-ს ჰქონდა დადასტურებული ვირუსული ჰეპატიტის დიაგნოზი. მათგან მხოლოდ 2 გვამი არ გაიკვეთა, ხოლო დანარჩენ 34 შემთხვევაში ჩატარდა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა.

ნებისმიერ შემთხვევაში, საქართველოს სახალხო დამცველის აზრით, შიდსით ან ვირუსული „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ გარდაცვლილთა დადგენილი წესით სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარებაზე უარის თქმა წარმოადგენს დისკრიმინაციის შემთხვევას დაავადების ნიშნით, რაც აუცილებლად უნდა აღმოიფხვრას.

სიხშირით მე-4 ადგილზეა საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები. ამ მხრივ, უპირველეს ყოვლისა, აღსანიშნავია ღვიძლის ციროზი (მათ შორის, ასციტით გართულებული), ბილიარული სისტემის დაავადებები და პეპტიკური წყლულოვანი დაავადება. ამ ჯგუფში გავაერთიანეთ, ასევე, პანკრეატიტი. პეპტიკური წყლულოვანი დაავადების მქონე ყველა პაციენტი გარდაიცვალა სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებაში. მათგან ზოგიერთს აღენიშნებოდა გასტრო-დუოდენური სისხლდენა. ჯგუფში ნოზოლოგიების გადანაწილება წარმოდგენილია დიაგრამაზე:



გულისხმადრღვთა სისტემის დაავადებები, რომლებიც სიხშირით მე-5 ადგილზე გვხვდება, გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზების 9.13%-ში ფიგურირებს. ამ ჯგუფში გაერთიანებულ დაავადებათაგან 2009 წლის განმავლობაში გვხვდება გულის იშემიური დაავადება, ცალკე გამოვყოფთ მიოკარდიუმის ინფარქტს; ასევე გამოყოფილადაა აღწერილი გულის რითმის მოშლა და კარდიომიოპათია/მიოკარდიტის შემთხვევები. გულის იშემიური დაავადების მორფოლოგიური სუბსტრატი, რომელიც სხვადასხვა ინტენსივობითა და ხარისხით იქნა გამოვლენილი აუტოფსიების დროს, დაფიქსირებულია შემთხვევათა 34%-ში. რაც შეეხება მიოკარდიუმის ინფარქტს, იგი მორფოლოგიურად 13% შემთხვევაში დაფიქსირდა და ხშირად პაციენტის სიკვდილის უშუალო მიზეზი გახდა. რაც შეეხება გულის რითმის მოშლას, იგი სულ 3 შემთხვევაში (3.29%) შეგვხვდა, ხოლო მიოკარდიტის და კარდიომიოპათიის დიაგნოზებმა ერთად 2.19% შეადგინეს.

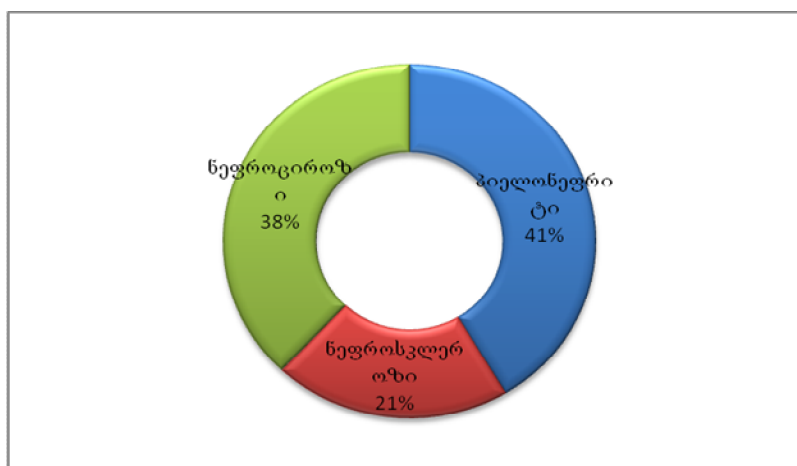
როგორც უკვე აღინიშნა, გულის იშემიური დაავადების ესა თუ ის ფორმა აღენიშნებოდა გარდაცვლილ პაციმართა დაახლოებით 1/3-ზე მეტს. აღნიშნული გამოიხატება გულის სისხლძარღვოვანი ელემენტების ათეროსკლეროზულ დაზიანებაში, კორონაროსკლეროზში და სხვ. დადგენილია ასევე იშემიური დაავადების გამო მიოკარდიუმში განვითარებული უხეში ცვლილებების მაღალი დონე. რამდენიმე შემთხვევაში, საექსპერტო დასკვნის მიხედვით, აღინიშნებოდა პოსტინფარქტული ნაწიბურები, რომლებიც პაციენტის სიცოცხლეში ვერ იქნა ამოცნობილი და შესაბამისად, უყურადღებოდ დარჩა. აღნიშნული ნაწიბურების ფონზე, რამდენიმე შემთხვევაში განვითარებულია ტრანსმურული ინფარქტებიც, რომლებიც სიკვდილის უშუალო მიზეზი გახდა. ჩვენს მიერ ჩატარებული მონიტორინგის დროს დაფიქსირდა, რომ კვალიფიციური კარდიოლოგიური დახმარება სასჯელალსრულების დაწესებულებებში ხელმიუწვდომელია. არ ხდება პაციმართა სკრინინგი, რისკ ჯგუფების გამოვლენა და დადასტურებული დიაგნოზის შემთხვევაშიც კი, პაციენტთა ადეკვატური მკურნალობა. პაციენტები ხშირად თავად ინიშნავენ წამლებს ან აგრძელებენ იმ მედიკამენტების მიღებას, რომელიც

თავისუფლებაში ყოფნის დროს დაუნიშნა კარდიოლოგმა. ამ სიტუაციაში, პრეპარატის დოზისა და საერთოდ მიღების მიზანშეწონილობის საკითხის განხილვა პრაქტიკულად არ ხდება. მეორე მხრივ, ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილები პაციენტებს ვერ სთავაზობენ კვალიფიციურ დახმარებას. თითქმის არცერთ სამედიცინო ნაწილს (ერთეულების გარდა) არ გააჩნია კარდიოგრაფიკ კი. ზედმეტია ლაპარაკი მიოკარდიუმის იშემიის თანამედროვე, ლაბორატორულად (ფერმენტებით) დადასტურების შესაძლებლობაზე. მუდმივი სტრესისა და არსებული სუბსტრატული დაზიანებების პირობებში ვითარდება ამ ტიპის დაავადებები, რომლებიც მაღალ პროცენტში ფატალურია ადამიანისათვის. პაციენტთა მართვის არაორგანიზებულობისა და არაეფექტურობის ერთ-ერთ მაგალითად მოგვყავს 54 წლის გარდაცვლილი პაციენტი ბ.კ.. როგორც საექსპერტო დასკვნიდან ირკვევა, თბილისის №8 საპრობილიდან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანილ იქნა ბ.კ., რომელიც საავადმყოფოში შესვლიდან რამდენიმე წუთში გარდაიცვალა. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის მიზეზია მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის მიოკარდიუმის ტრანსმურული ინფარქტი. პაციენტს ასევე დაუდგინდა მრავლობითი პოსტინფარქტული ნაწიბურები მარცხენა პარკუჭზე და ძგიდის არეში, ასევე, მიოკარდიუმის სხვა მძიმე დაზიანებები (კარდიოსკლეროზი). ეს უკანასკნელი უტყუარად ადასტურებს იმის ალბათობას, რომ გარდაცვლილი პატიმარი საყურადღებო (სავარაუდოდ მძიმე) კარდიოლოგიური პაციენტი იყო. საფიქრებელია, რომ მის მდგომარეობას ჯეროვნად არ მიექცა ყურადღება, რამაც სიკვდილი გამოიწვია. იმის თქმა, რომ თუნდაც ადეკვატური მკურნალობის პირობებში პაციენტი არ მოკვდებოდა, რა თქმა უნდა ძნელია, თუმცა ასეთ პირობებში პაციენტს გადარჩენის საკმაოდ მაღალი შანსი ჰქონდა. ჩვენი ყურადღება მიიპყრო ასევე იმ ჩანაწერმა, როდესაც სიკვდილი დაფიქსირდა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში და არა თბილისის №8 საპრობილში, რაც საეჭვოდ მიგვაჩნია. მით უფრო, რომ გვამს გარეგნულად აღენიშნებოდა სიცოცხლისდროინდელი დაზიანებები [მარცხნივ შუბლის არეში ნაჭდები, ქალას რბილ საფარში სისხლჩაქცევა]. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებისა და სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათების დეტალური ანალიზით ვლინდება, რომ მორფოლოგიურად დადგენილი მიოკარდიუმის ინფარქტის 12 შემთხვევიდან, 4 შემთხვევაში პაციენტისათვის დახმარების გაწევა დაგვიანებული იყო, ხოლო 6 შემთხვევაში ინფარქტი ვერ იქნა ამოცნობილი. განსაკუთრებით თვალშისაცემია ორი შემთხვევა, როდესაც მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის მქონე 2 პაციენტი გადაყვანილ იქნა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, თუმცა რჩება იმის შთაბეჭდილება, რომ პატიმრები გადაყვანამდე უკვე გარდაცვლილები იყვნენ. აღნიშნული საკითხი შემდგომ შესწავლას მოითხოვს, თუმცა ფაქტია, რომ თბილისის №8 საპრობილში კარდიოლოგიური პრობლემების მიმართ მეტი ყურადღებაა გასამახვილებელი. იგივე შეიძლება ითქვას, რუსთავის №2 დაწესებულებაზე, სადაც მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დიაგნოზი ვერ იქნა დასმული (ჩანაწერებით არ დასტურდება) ორ შემთხვევაში. საყურადღებოა ის ფაქტიც, რომ პაციენტის მძიმე მდგომარეობის ფონზე, რომელიც არაკარდიოლოგიური მიზეზებითაა განპირობებული, ხშირად მხედველობიდან რჩებათ გართულებები მიოკარდიუმის მხრივ. აღნიშნულს ადგილი აქვს ასევე

ქალაქის სამკურნალო დაწესებულებებშიც და მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში.

კარდიოლოგიური დაავადებებიდან ერთ შემთხვევაში დაფიქსირდა დილატაციური კარდიომიოპათია, ერთ შემთხვევაში – მიოკარდიტი, ხოლო 3 შემთხვევაში – გულის რითმის მოშლა. მათ შორის, ზოგიერთი პაციენტი გარდაიცვალა სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებაში.

შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები გარდაცვლილი 91 პატიმრიდან 7.35%-ს აღენიშნებოდა, რაც დადასტურებულია სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზებში. მორფოლოგიურად დადასტურებულ იქნა პიელონეფრიტის, ნეფროსკლეროზის და ნეფროციროზის არსებობა. აღნიშნულ დაავადებათა პროცენტული განაწილება წარმოდგენილია დიაგრამაზე:



აღნიშნულ პათოლოგიებს, რომლებიც დადასტურებულია ჰისტოლოგიურად, გარკვეული როლი მიუძღვით პაციენტთა სიკვდილის დადგომაში და სავარაუდოდ, პაციენტის სიცოცხლეში ისინი, სამედიცინო თვალსაზრისით, იგნორირებულნი იყვნენ.

ქირურგიული დაავადებები გარდაცვლილ პატიმართა 7.13% -ს აღენიშნებოდა. ამ ჯგუფში გავაერთიანეთ ქირურგიული სისხლდენის შემთხვევები, სეფსისისა და პერიტონიტის შემთხვევები, თიაქარი და ჩამოყალიბებული ნაწლავოვანი ფისტულა. სასამართლო სამედიცინო დასკვნების და ავადმყოფობის ისტორიების გაანალიზებით ვლინდება, რომ სისხლდენა 17-დან 8 შემთხვევაში წარმოადგენდა გასტროდუოდენურს, ხოლო 9 შემთხვევაში სახეზეა სასუნთქი სისტემიდან სისხლდენის შემთხვევები. ეს უკანასკნელი ხშირად წარმოადგენს აროზიულ სისხლდენას, რომელიც სიკვდილის უშუალო მიზეზი გახდა. რაც შეეხება საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზედა ნაწილებიდან განვითარებულ სისხლდენას, უმრავლეს შემთხვევაში, მიზეზი იყო ღვიძლის ციროზის შედეგად განვითარებული პორტული ჰიპერტენზია.

რაც შეეხება თიაქრის დიაგნოზს, 4-დან 2 შემთხვევაში სახეზეა ჭიპის თიაქარი. 1 შემთხვევაში საქმე ეხება პოსტოპერაციულ ვენტრალურ თიაქარს, ხოლო 1

შემთხვევაში – საზარდულის ირიბ თიაქარს. სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის პერიოდში მონიტორინგის ჯგუფის მიერ გამოვლენილია არაერთი პატიმარი და მსჯავრდებული, რომლებსაც ამა თუ იმ ფორმის თიაქრები აღენიშნებათ. განსაკუთრებით საყურადღებოა ის კატეგორია, რომლებსაც ხშირად ეჭედებათ თიაქარი და თვითონვე იბრუნებენ. მიუხედავად ჯანმრთელობის მდგომარეობის დამძიმებისა და მოსალოდნელი საფრთხისა, ასეთ პაციენტებს ჯეროვანი ყურადღება არ ექცევათ. მათი უმრავლესობა კვლავ ქირურგიული დახმარების იმედით აგრძელებს სასჯელის მოხდის ადგილზე ყოფნას. საანგარიშო პერიოდში ჩვენ დავაფიქსირეთ ერთი გარდაცვლილი, რომელიც სწორედ ასეთი პრობლემების შედეგად განვითარებული გართულებით დაიღუპა: პაციენტი ბ.ა., 69 წლის. დაახლოებით 1 წელია, რაც აწუხებს საზარდულის თიაქარი. პერიოდულად თიაქარი იჭედება, რის შემდეგაც იბრუნებს ხელით. 16.05.2009, დილის 5 საათზე, კვლავ ჩაეჭედა თიაქარი, რომელიც აღარ ჩაბრუნდა. ჩაბრუნების უშედეგო მცდელობის შემდეგ, 12 საათზე მეტი დროის დაგვიანებით გადაყვანილ იქნა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. სამედიცინო ბარათის მიხედვით, პაციენტს გაუკეთდა „თიაქარკვეთა, ჩაჭედვის ლიკვიდაცია, ენტერორაფია, დრენირება, თიაქაროსტომია პოსტემსკის წესით, კიმბაროვსკის ნაკერებით. თიაქრის შიგთავსის (წვრილნაწლავოვანი კონგლომერატი) გათიშვისას მოხდა ნაწლავის მთლიანობის დარღვევა, გაიკერა“. 23 მაისს გაუკეთდა განმეორებითი სასწრაფო ოპერაცია. ნაზოგასტრული ზონდიდან დიდი რაოდენობით განავლოვანი გამონადენი. გაკეთდა ლაპაროტომია, რევიზია, სინექიოლიზი, ნაწლავის რეზექცია, ენტერო-ენტეროანასტომოზი, სპლენექტომია, მუცლის ღრუს დრენირება. პაციენტი გარდაიცვალა 24 მაისს. საბოლოო კლინიკური დიაგნოზი - მარჯვენა საზარდულის ირიბი ჩაჭედილი თიაქარი, წვრილი ნაწლავის ნაკერის უკმარისობა, გავრცელებული დიფუზური განავლოვანი პერიტონიტი, შეხორცებითი გაუვალობა, ტოქსიკო-ინფექციური შოკი, მე-4. სასამართლო სამედიცინო წესით გვამის გამოკვლევის შემდეგ ექსპერტიზამ დასვა სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზი: „დიფუზური პერიტონიტი, სეფსისი, განვითარებული ოპერაცია თიაქარკვეთის შემდგომ. წვრილი ნაწლავის ნაკერის უკმარისობა და მისგან ნაწლავის შიგთავსის გამოსვლის შედეგად მუცლის ღრუში. კორონაროკარდიოსკლეროზი, ბრონქოპნევმონია, ჩირქოვანი ბრონქიტი, ნეფროციროზი“. როგორც ჩანს, გარდა პაციენტის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში დაშვებული უხეში შეცდომებისა, პაციენტის სიკვდილის მიზეზია მისი დაგვიანებული გადაყვანა ქირურგიულ განყოფილებაში.

ერთ შემთხვევაში გარდაცვლილ პაციენტს აღენიშნებოდა კუჭის კიბოს გამო წარმოებული კუჭის რეზექციის შემდგომ პერიოდში ნაწლავოვანი ფისტულის ჩამოყალიბება.

პერიტონიტითა და სეფსისით, 2009 წლის განმავლობაში, 6 პაციენტი გარდაიცვალა. უმრავლეს შემთხვევაში სეფსისი განვითარდა ჩირქოვან-ფიბრინული პერიტონიტის შედეგად. მათგან 3 შემთხვევაში პერიტონიტი განვითარდა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, ხოლო 2 შემთხვევაში სეფსისის მიზეზი იყო გულმკერდის ღრუდან მომავალი ინფექციის წყარო.

გარდაცვალების მიზეზებს შორის ტრავმატიზმი 6.59% შემთხვევაში დაფიქსირდა. აქედან გამომდინარე, სიხშირით შემდეგ ადგილზეა ტრავმატიზმითა და ნაძალადევი

სიკვდილის შემთხვევები. ამ ჯგუფში, უპირველეს ყოვლისა, გაერთიანებულია ნამალადევი სიკვდილის 6 შემთხვევა. გარდა ამისა, სხეულის ამა თუ იმ სახის დაზიანებები დაფიქსირებული იყო გარდაცვლილი 91 პაციენტიდან 26-ის გვამზე (28.5% შემთხვევაში).

ორ შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზად მარყუჟზე ჩამოხრჩობა დასახელდა. 2009 წლის 18 თებერვალს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილების №3 პალატაში ნაპოვნი იქნა ზეწრით ჩამოკიდებული გვამი. ოფიციალური ვერსიით, პალატაში თავი ჩამოიხრჩო 42 წლის მსჯავრდებულმა პაციენტმა კ.ხ.-მ. მას დასმული ჰქონდა დიაგნოზი: კისრის მიდამოს ნაკვეთი ჭრილობები, ფსიქოპათიური პიროვნება მიდრეკილი ავტოტრავმებისადმი, ემოციურად არასტაბილური პერსონოლოგიური აშლილობა, მექანიკური ასფიქსია. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის მიზეზია მექანიკური სტრანგულაციური ასფიქსია, კისრის ორგანოების შემოჭერით რაიმე რბილი სამარყუჟე მასალით. გვამზე დადასტურდა სიცოცხლისდროინდელი სტრანგულაციური ღარის არსებობა კისრის არეში. აღსანიშნავია, რომ ამ პაციენტმა წარსულშიც არაერთხელ სცადა სუიციდი და მას დიდი ხნის განმავლობაში მკურნალობდნენ ფსიქიატრიული პროფილით. სამწუხაროა, რომ სწორედ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში შეძლო მან სუიციდური მცდელობის განხორციელება. მისი მკურნალობის ხარისხი შეფასებულ იქნა სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ, რის შედეგადაც პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ მის მკურნალ ექიმებს შეუჩერდათ სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედება, ზოგიერთს მიეცა წერილობითი გაფრთხილება. აღნიშნული ფაქტი კიდევ ერთხელ ხაზს უსვამს იმ პრობლემებს, რომლებიც ფსიქიკური პრობლემების მქონე პატიმრებს ექმნებათ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში.

2009 წლის 12 დეკემბერს, ქუთაისის №2 დაწესებულების კარცერში ოფიციალური ვერსიით თავი ჩამოიხრჩო მსჯავრდებულმა ა.ქ.-მ. სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზია - მექანიკური ასფიქსია, განვითარებული ზემო სასუნთქი გზების მარყუჟით გადაკეტვის შედეგად. ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით, სტრანგულაციური ღარი სიცოცხლისდროინდელია. გარდა ამისა, გვამს მარჯვენა მხრის უკანა ზედაპირზე, მარცხენა თეძოს ფრთის და მარჯვენა მუხლის მიდამოში აღენიშნება ნაჭდევები (სიცოცხლისდროინდელი, 4-5 დღისაა). ექსპერტიზის დასკვნაში მითითებულია, ასევე, პნევმონიის დიაგნოზიც.

გარდა მექანიკური ასფიქსიის ამ შემთხვევებისა, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზების განხილვისას ყურადღებას იპყრობს შემდეგი შემთხვევები:

2009 წლის 19 სექტემბერს ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში გარდაიცვალა პატიმარი გ.უ. მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოპოვებული ინფორმაციის შესაბამისად, გ.უ. დაკავებულ იქნა ბათუმში, 2009 წლის 15 სექტემბერს, 21:30. დაკავებული, ბათუმის დმი-ში შეყვანილ იქნა 2009 წლის 16 სექტემბერს 02:20. დმი-ში შეყვანის დროს დაკავებულს აღენიშნებოდა სხეულის შემდეგი სახის დაზიანებები: „კეფაზე სილურჯე, ნიკაპზე სიწითლე, მარჯვენა ყურის უკან სიწითლე და მუხლებზე ნაკაწრები“. 2009 წლის 18 სექტემბერს (16:20) ბათუმის საქალაქო

სასამართლოს მიერ შეეფარდა აღკვეთის ღონისძიების სახით პატიმრობა. 2010 წლის 23 აპრილს, სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის თანამშრომლების მიერ სად თბილისის N7 საპყრობილეში ჩატარებული მონიტორინგის დროს, ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის უფროსი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, 1971 წელს დაბადებული გ.უ., სად №7 საპყრობილეში შემოყვანილ იქნა 2009 წლის 19 სექტემბერს, ღამის 02:20. „პატიმარს ადგილზე დათვალიერებით აღენიშნებოდა: მუცლის წინა ზედაპირზე და მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, მარცხენა ხელზე მაჯის ზევით და იდაყვის არეში მოლურჯო - იასამნისფერი ჰემატომები. ორივე მუხლის არეში დიდი ზომის მოლურჯო ფერის ჰემატომა. ორივე მუხლის და წვივის არეში მრავლობითი ექსკორიაციები. მარცხენა მუხლის არეში მოყავისფრო ფუფხით დაფარული ნაკაწრები. ორივე წვივის არეში მრავლობითი ჰემატომები. მარჯვენა და მარცხენა წინამხრის არეში ჰემატომები. მარჯვენა ილეოცეკალურ არეში ძველი პოსტოპერაციული ნაწიბური. მარცხენა წინამხარზე - ძველი პარალელური ორი ნაწიბური“. ექიმის თქმით, დაზიანებებზე თვითონ პატიმარს კომენტარი არ გაუკეთებია. დათვალიერების შემდეგ იგი შესახლებულ იქნა საკანში, სადაც გახდა ცუდად. აღნიშნულის გამო, 2009 წლის 19 სექტემბერს, დაახლოებით 15 საათზე, გადაყვანილ იქნა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. ექიმის ინფორმაციით, როგორც მისთვის ცნობილია, აღძრულია სისხლის სამართლის საქმე.

აკად. ო. ღუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრის მიერ წარმოებული სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათი N5957-ის მიხედვით, პაციენტი გ.უ. საავადმყოფოში შეყვანილია 2009 წლის 19 სექტემბერს, 21:00, ხოლო 2009 წლის 21 სექტემბერს, 21:00, პაციენტი გარდაიცვალა. სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათი N5957-ის მიხედვით, პაციენტი გადმოყვანილია კატასტროფის მედიცინის ცენტრის მიერ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან და შესვლისას დაფიქსირებულია კლინიკური დიაგნოზი: ქალასშიდა ჰემატომა, კომა, სუნთქვის უკმარისობა. პაციენტი ჩივილებს ვერ წარმოადგენს. ანამნეზის გრაფაში მითითებულია, რომ „ციხის საავადმყოფოში შეყვანილია კომაში, 3 ქულა. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის პირობებში გადმოყვანილია ჩვენს კლინიკაში „კატასტროფის ცენტრის მეშვეობით. შეყვანისას მდგომარეობა შეფასდა მძიმედ. ტომოგრაფიით დადგინდა თავის ტვინის შეშუპება, ინტრავენტრიკულური სისხლჩაქცევა. შიგნითა ჰიდროცეფალია, მარცხენა ჰემისფეროს სუბდურული ჰემატომა (130-150 მლ). ვინაიდან კვლევის დროს დადგინდა „დიდი ზომის ქალასშიდა ჰემატომა ცდომით, ავადმყოფი 2009 წლის 19 სექტემბერს, 21:40, იგზავნება საოპერაციო ბლოკში, შემდგომი მკურნალობის მიზნით“.

გარდაცვალების შემდეგ, გვამი გადასვენებულ იქნა ლ. სამხარაულის სახელობის სასამართლო-ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის განყოფილების მორგში. ქ. თბილისის დიდუბე-ჩუღურეთის სამმართველოს 1-განყოფილების უბნის ინსპექტორ-გამომძიებლის, რ. რობაქიძის დადგენილების საფუძველზე (21.09.2009 N27/11/3-18) დაინიშნა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა. ექსპერტიზის დასკვნა N904/33-ის მიხედვით, ექსპერტიზის დაწყების დროა 2009 წლის 22 სექტემბერი, 03:00. რაც შეეხება

ექსპერტიზის დამთავრების თარიღს, დასკვნის გარეკანზე მითითებულია ასევე 22.09.2009 წ. ექსპერტიზის დასკვნა მოცემულია 5 ფურცელზე.

სამედიცინო საბუთების სახით ექსპერტიზამ გამოიყენა მხოლოდ: ღუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის მიერ წარმოებული სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათი N5957 და სად მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში ნაწარმოები ავადმყოფობის ისტორია N1447. ამ უკანასკნელის მიხედვით, „უ.გ. მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში მოთავსდა 19.09.2009. იმყოფებოდა უგონო მდგომარეობაში, თვითმხილველთა გადმოცემით, დაახლოებით 30 წუთის წინ საკანში ნახეს უგონო მდგომარეობაში, პულსი 100, არტერიული წნევა 180/110 მმ. 19.09.09 ავადმყოფი გადაყვანილია ღუდუშაურის სახ. სამედიცინო ცენტრში დიაგნოზით – კომა უცნობი ეტიოლოგიის, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა?“.

სასამართლო სამედიცინო ექსპერტის მიერ გვამის დათვალიერებით აღწერილია გარდა სამედიცინო მანიპულაციების კვალისა, სხვა სახის ფიზიკური დაზიანებებიც: „მარჯვენა მუხლის სახსრის გარეთა ზედაპირზე აღენიშნება დასწვრივად მდებარე კანის ღონიდან ოდნავ წამოწეული მოწითალო–მოყავისფრო ფუფხით დაფარული ნაჭდები, ზომით 1.2×1.0 სმ. ასეთივე ხასიათის განივად მდებარე ნაჭდები მარჯვენა კოჭ–წვივის სახსრის წინა ზედაპირზე, ზომით 0.8×0.3 სმ. ასეთივე ხასიათის დასწვრივად მდებარე ნაჭდები მარცხენა წვივის შუა მესამედში წინა ზედაპირზე ზომით – 4.0×3.0 სმ. ასეთივე ხასიათის ირიბად მდებარე ნაჭდები მარცხენა მუხლის სახსრის წინა ზედაპირზე, ზომით 3.0×1.5 სმ. ასეთივე ხასიათის განივად მდებარე სამი ნაჭდები მარჯვენა სხივ–მაჯის სახსრის გარეთა ზედაპირზე, ზომებით 1.2×0.2სმ, 1.4×0.2სმ, 1.0×0.2სმ. ასეთივე ხასიათის დასწვრივად მდებარე ნაჭდები მარჯვენა წინამხრის შუა მესამედში, გამშლელ ზედაპირზე, ზომით 5×4 სმ. ასეთივე ხასიათის ირიბად მდებარე ნაჭდები მარცხენა კოჭ–წვივის სახსრის შიგნითა ზედაპირზე, ზომით 2.5×0.3სმ. მარცხენა წინამხრის ქვემო მესამედში, გამშლელ ზედაპირზე, აღინიშნება ირიბად მდებარე მოლურჯო ელფერის სისხლნაჟღენთი 7×4 სმ. ასეთივე ხასიათის დასწვრივად მდებარე სისხლნაჟღენთი მარცხენა წინამხრის ქვედა მესამედში გამშლელისა და გარეთა ზედაპირების საზღვარზე ზომით 2×1 სმ. ასეთივე ხასიათის დასწვრივად მდებარე სისხლნაჟღენთი მუცლის მარცხენა გვერდითა კედელზე, ილღის შუა ხაზზე ზომით 7×5 სმ. ასეთივე ხასიათის ირიბად მდებარე სისხლნაჟღენთი მუცლის წინა კედლის არეში მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, ზომით 5×3 სმ. ასეთივე ხასიათის დასწვრივად მდებარე სისხლნაჟღენთი მარჯვენა მტევნის მე–4 თითის ძირითადი ფალანგის გამშლელ ზედაპირზე, ზომით 1.4×0.8სმ. ასეთივე ხასიათის დასწვრივად მდებარე სისხლნაჟღენთი, მარჯვენა მხრის შუა მესამედში გარეთა ზედაპირზე, ზომით 9×5 სმ. ასეთივე ხასიათის დასწვრივად მდებარე სისხლნაჟღენთი, მარჯვენა მხრის სახსრის ზედა ზედაპირზე, ზომით 1.4×1.0 სმ. ასეთივე ხასიათის ირიბად მდებარე სისხლნაჟღენთი მარცხენა თეძოს ფრთის არეში, ზომით 10×2 სმ. ასეთივე ხასიათის განივად მდებარე სისხლნაჟღენთი მარცხენა წვივის ზედა მესამედში, წინა ზედაპირზე ზომით 8×5 სმ.“

სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით, „უ.გ.–ს სიკვდილის მიზეზია სხეულის ბლაგვი ტრავმის შედეგად განვითარებული მასიური სისხლჩაქცევა თავის

ტვინში. მისი სიკვდილის დრო არ ეწინააღმდეგება სამედიცინო დოკუმენტაციაში მითითებულ დროს (2009 წლის 21 სექტემბერი, 21:00 სთ). უ.გ.-ს გვამს აღენიშნება სიცოცხლისდროინდელი შემდეგი სახის დაზიანებები: მასიური სისხლჩაქცევა სუბდურულად, სუბარაქნოიდალურად და ინტრავენტრიკულურად. ნაჭდევები: მარჯვენა წინამხრის, მარჯვენა სხივ-მაჯის სახსრის, ორივე მუხლის სახსრის, მარცხენა წვივისა და ორივე კოჭ-წვივის სახსრის არეში; სისხლნაჟღერებები: მარჯვენა სხივ-მაჯის სახსრის, მარჯვენა მხრის, მუცლის წინა და გვერდითი კედლის, მარცხენა თეძოს ფრთის, მარცხენა წინამხრის, მარცხენა წვივისა და მარჯვენა მტევნის მე-4 თითის ძირითადი ფალანგის არეში. აღნიშნული დაზიანებები განვითარებულია რაიმე მკვრივი, ბლავგი საგნის მოქმედებით, მიეკუთვნება დაზიანებათა მძიმე ხარისხს, როგორც სიცოცხლისათვის საშიშვლო ხანდაზმულობით 3-4 დღისაა“.

წარმოდგენილი დოკუმენტაციის ანალიზის შედეგად ვლინდება, რომ უ.გ.-ის სხეულზე არსებული დაზიანებების აღწერა წარმოდგენილია შემდეგ ჩანაწერებში:

1. 2009 წლის 16 სექტემბერს დმი-ში შეყვანი დროს;
2. 2009 წლის 19 სექტემბერს თბილისის N7 საპყრობილეში შეყვანის დროს;
3. 2009 წლის 19 სექტემბერს, სასწრაფო სამედიცინო დახმარება „033“-ის ბრიგადის მიერ პაციენტის ტრანსპორტირების დროს;
4. 2009 წლის 19 სექტემბერს, სად მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში შეყვანისას აღწერის დროს;
5. 2009 წლის 19 სექტემბერს, მკვდ სამედიცინო ბარათში ქირურგის ჩანაწერი;
6. 2009 წლის 19 სექტემბერს, მკვდ სამედიცინო ბარათში ნევროპათოლოგის ჩანაწერი;
7. 2009 წლის 19 სექტემბერს, ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრის ისტორიაში არსებული ჩანაწერი;
8. 2009 წლის 22 სექტემბერს, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნა.

მიუხედავად ჩანაწერთა ასეთი სიუხვისა, სახეზეა ფაქტი, რომ დაზიანებების აღწერა ამ დოკუმენტებში არაერთგვაროვანი და ხშირად ურთიერთწინააღმდეგობრივია. ურთიერთგამომრიცხავ ინფორმაციას შეიცავს ზოგჯერ ერთი და იგივე ჩანაწერიც კი. განსაკუთრებით საყურადღებოა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტის დასკვნის ის მონაკვეთი, რომლის მიხედვითაც, არსებულ დაზიანებათა ხანდაზმულობა 3-4 დღისაა. არსებულ სიტუაციებში, თუ აღნიშნულ ჩანაწერებს სარწმუნოდ მივიჩნევთ, არსებობს იმის ალბათობა, რომ დაზიანებათა გარკვეული სახეები სხვადასხვა პერიოდში შეიძლება იყო მიყენებული, რასაც არ ადასტურებს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა. თუ სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნას ვენდობით, უნდა ვივარაუდოთ, რომ დაზიანებები უ.გ.-ს მიღებული აქვს, სავარაუდოდ, 19 სექტემბერს, როდესაც პაციენტი რამდენიმე დაწესებულებაში

იმყოფებოდა (N7 საპყრობილე, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება), ან სულაც დაზიანებები მიიღო ეტაპირების დროს დასავლეთიდან აღმოსავლეთ საქართველოს მიმართულებით. აღნიშნული საკითხი ჩაღრმავებულ შესწავლასა და ანალიზს მოითხოვს გამოძიების მხრიდან.

დაზიანებების გარდა, სახეზეა უ.გ.–სადმი გაწეული სამედიცინო მომსახურების და პაციენტის მენეჯმენტის დროს დაშვებული უხეში შეცდომები. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტს დაკავების დღიდანვე ჰქონდა ექიმებთან კონტაქტი, ვერცერთი ექიმის მიერ ვერ იქნა ამოცნობილი კლინიკური სურათი, რომელიც, სავარაუდოდ, უნდა მანიფესტირებულიყო თავის ქალას ღრუში არსებული ასეთი მნიშვნელოვანი კატასტროფის ფონზე. უფრო მეტიც, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში პაციენტი მხოლოდ ერთხელაა კონსულტირებული ექიმ ნევროპათოლოგის მიერ, რომელიც მხოლოდ ეჭვის დონეზე შემოიფარგლება. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტს თავის მიდამოში აღენიშნებოდა მრავლობითი, სხვადასხვა ხასიათის დაზიანებათა კვალი, აღნიშნული ნევროპათოლოგმა საერთოდ არ აღწერა და ყურადღება გაამახვილა სხეულის სხვადასხვა დაუკონკრეტებელ მიდამოებში არსებულ ექსკორიაციებსა და დაზიანებებზე. პაციენტი არ ყოფილა დიდი ხნის განმავლობაში კონსულტირებული ექიმ ნეიროქირურგის მიერ, რაც წარმოადგენდა ერთადერთ სწორ ნაბიჯს მდგომარეობის მართვის ადრეულ ეტაპზე და არც რომელიმე ექიმს გამოუთქვამს ეჭვი ასეთი საჭიროების არსებობაზე. საფიქრებელია, რომ ამგვარი პაციენტის ტრანსპორტირება ასეთ დიდ დისტანციაზე, სამედიცინო თვალსაზრისით შეუსაბამო იყო.

მიუხედავად იმისა, რომ უ.გ.–ს აღენიშნებოდა **მძიმე ხარისხის, როგორც სიცოცხლისათვის საშიშაო** დაზიანებები, უცნობია, მოხდა თუ არა ინფორმაციის გადაცემა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის, 2000 წლის 5 დეკემბრის N239/ნ ბრძანების შესაბამისად. აღნიშნულთან დაკავშირებით, ჩვენთვის ცნობილია, რომ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტს გამოძიება არ დაუწყია. როგორც აღნიშნული დეპარტამენტის აღმოსავლეთ საქართველოს სამმართველოს უფროსის, ა. აბუაშვილის წერილიდან (N05/01-1211 08.06.2010) ირკვევა, „2009 წლის 21 სექტემბერს აკადემიკოს ო. ღუდუშაურის სახელობის ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში გარდაიცვალა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების პაციენტი უ.გ.. იმის გამო, რომ პატიმარი (...) გარდაიცვალა სასჯელაღსრულების დაწესებულების გარეთ, გამოძიება აღნიშნულ ფაქტთან დაკავშირებით სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტში არ დაწყებულა“. სასამართლო ექსპერტიზის დასკვნაზე მითითებულია, რომ ქ.თბილისის დიდუბე-ჩუღურეთის სამმართველოს 1-განყოფილების უზნის ინსპექტორ-გამომძიებლის, რ. რობაქიძის დადგენილების საფუძველზე (21.09.2009 N27/11/3-18) დაინიშნა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა. საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მოსული წერილის (N14062010/28, ხელმომწერი მთავარი პროკურორის პირველი მოადგილე) მიხედვით ირკვევა, რომ 2009 წლის 21 სექტემბერს საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს ქ.თბილისის მთავარი სამმართველოს დიდუბე-ჩუღურეთის

სამმართველოს პირველ განყოფილებაში, ო. ღუდუშაურის სახელობის ეროვნული მიღებული შეტყობინების საფუძველზე, დაიწყო წინასწარი გამოძიება სისხლის სამართლის N002092315 საქმეზე, უ.გ.-ს სიცოცხლის გაუფრთხილებლობით მოსპობის ფაქტზე, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 116-ე მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით. საქმეზე დაიკითხა დაზარალებულის უფლებამონაცვლე, დაიკითხნენ მოწმეები, ჩატარდა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა. ამჟამად საქმეზე მიმდინარეობს გამოძიება.

იმავე საავადმყოფოში, 2009 წლის 18 ნოემბერს, გარდაიცვალა პატიმარი მ.ვ. ავადმყოფის დიაგნოზია - „გულმკერდის დახურული ტრავმა, VII; VIII; IX; X ნეკნის მოტეხილობა, ორივე ქვედა კიდურის რბილი ქსოვილების დაჟეჟილობა მრავლობითი ექსკორაციებით, მარცხ. მუხლის სახსრის ჰემართროზი, მძიმე სეფსისი, პოლიორგანული უკმარისობა“. სამხარაულის სახ. სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ გაცემული დასკვნის ნაწილში, რომელიც საქმის გარემოებას ასახავს, მითითებულია, რომ **დოკუმენტურ წყაროებზე დაყრდნობით, გარდაცვლილი პირი ნაცემია ციხეში.** რაც შეეხება სასამართლო-სამედიცინო დიაგნოზს, ექსპერტი მიუთითებს: მარცხენა კორონარის გვირგვინოვანი ტოტის თრომბოემბოლია. კორონაროსკლეროზი, კარდიოსკლეროზი, ჩირქოვანი ექსუდაციური ბრონქიტი, პერიბრონქიტი, ბრონქოპნევმონია დაჩირქებითი კერებით. ექსუდაციური პლევრიტი. მარჯვნივ VII, VIII, IX, X ნეკნების მოტეხილობა. მარცხენა მუხლის სახსრის ჰემართროზი. ნაჭდევეები ცხვირზე, ტუჩებზე, მარცხენა ბეჭზე, ორივე იდაყვზე, მარცხენა თეძოზე, მარცხენა დუნდულოზე, მარცხენა წინამხარზე, ორივე სხივ-მაჯის სახსარზე, ორივე მტევანზე, ორივე მუხლზე, ორივე წვივსა და ორივე ტერფზე. ექსპერტის დასკვნით, დაზიანებები სიცოცხლისდროინდელია და მიყენებულია სიკვდილის დადგომამდე უახლოეს პერიოდში. ამგვარად, საქმე კვლავ შეეხება ნაძალადევი სიკვდილის სავარაუდო ფაქტს. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული საკითხი კვლავაც არ არის შესწავლილი.

2009 წლის 13 ოქტომბერს ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში გარდაიცვალა 46 წლის მსჯავრდებული ა.ფ. როგორც შესწავლილი დოკუმენტაციიდან ირკვევა, პატიმარი 10 ოქტომბერს მიყვანილი იქნა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. აღენიშნებოდა კრუნჩხვითი მოძრაობები, პირიდან გადმოსდიოდა ქაფი, აღენიშნებოდა ანიზოკორია. კონსულტირებულ იქნა რენიმატოლოგის მიერ და იმავე დღეს გადაყვანილ იქნა ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში, სადაც ჩატარდა ოპერაცია - დეკომპრესიული ტრეპანაცია. მიუხედავად ამისა, 3 დღეში პაციენტი გარდაიცვალა. ექსპერტიზის მიერ დაისვა დიაგნოზი: ქალა-ტვინის ბლაგვი ტრავმა, თავის რბილი საფარის შიგნითა ზედაპირზე მარჯვნივ შუბლ-თხემ-საფეთქლის წილის შესაბამისად სისხლჩაქცევები. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი. ტვინის შეშუპება, მარჯვენა შუა არტერიის ცენტრალურად ნასკდომი. ჩირქოვანი ბრონქიტი, ბრონქიოლიტი, პნევმონია. ექსპერტიზის დასკვნით, გარდაცვალების მიზეზია სისხლჩაქცევები თავის ტვინის ნივთიერებაში, ქალა-ტვინის ბლაგვი ტრავმის შედეგად განვითარებული ტვინის მარჯვენა შუა არტერიის თხემ-საფეთქლის მიდამოს მკვებავ ტოტზე ცენტრალურად მდებარე ნასკდომიდან. გვამს აღენიშნება სიცოცხლისდროინდელი დაზიანებები: თავის რბილი საფარის შიგნითა

ზედაპირზე მარჯვნივ თხემ-საფეთქლის წილის შესაბამისად სისხლჩაქცევები. ჰემატომები მარჯვნივ თხემისა და საფეთქლის ძვალზე, სისხლნაჟღენტები და ნაჭდევები შუბლის მიდამოში. აღნიშნული დაზიანებები მიყენებულია რაიმე მკვრივი ბლაგვი საგნის მოქმედებით და ერთიანობაში მიეკუთვნება სიცოცხლისათვის სახიფათო მძიმე ხარისხს. მიუხედავად ამისა, ჩვენთვის უცნობია, ჯერ-ჯერობით რა სტადიაზეა გამოძიება, საერთოდ დაიწო თუ არა გამოძიება ან რა მოქმედებები ჩაატარა ამ ეტაპამდე.

ჩვენი ყურადღება მიიპყრო, ასევე, ონკოპრევენციის ცენტრის პალიატური მზრუნველობის კლინიკა „ჰოსპი“-ში 2009 წლის 16 დეკემბერს გარდაცვლილი 56 წლის პაციენტის თ.კ.-ს შემთხვევამ. პაციენტს დადგენილი ჰქონდა ღვიძლის ჰეპატოცელულური კიბოს დიაგნოზი, მეტასტაზებით, პორტული ჰიპერტენზია, ციროზი, ასციტი. მიუხედავად ამისა, ექსპერტიზის დასკვნაში ყურადღებას იქცევს ჩანაწერი - „ნაკვეთი ჭრილობა მუცლის წინა კედლის არეში“. მიუხედავად ამისა, ბუნდოვანია, როგორ გაჩნდა აღნიშნული ჭრილობა, ვის მიერ იყო მიყენებული, რა სახის დაზიანება იყო და რა გამოიწვია შედეგად. გამოძიების დეტალები ამ ეტაპისათვის ჩვენთვის კვლავ უცნობი რჩება.

სიხშირით მე-9 ადგილზე გამოდის ნევროლოგიური დაავადებები. ამ ჯგუფში ჩვენს მიერ შეყვანილ იქნა თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა, ნერვული სისტემის და მისი გარსების ანთებითი დაავადებები (მენინგიტი, ენცეფალიტი) და პოლირადიკულონეიროპათიები, რომლებიც რამდენიმე შემთხვევაში იქნა აღწერილი გარდაცვლილთა შორის. 2009 წლის განმავლობაში, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლის დიაგნოზით (იშემიური/ჰემორაგიული ინსულტი, სისხლძარღვოვანი ანევრიზმის რუპტურა, ასევე, ქალა ტვინის ტრავმის შედეგად განვითარებული სუბდურული და ინტრავენტრიკულური სისხლჩაქცევა) გარდაიცვალა სულ 11 პაციენტი. შემთხვევათა უმრავლესობაში სიკვდილის მიზეზი იყო თავის ტვინის შეშუპება, ტვინის ღერის დისლოკაცია და ჩაჭედვა, რაც დასტურდება სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებით. ეს შემთხვევები გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობის დაახლოებით 12%-ს შეადგენს. აღსანიშნავია, რომ 2009 წელს აღინიშნება ამ ტიპის პათოლოგიების მატების ტენდენცია. 2009 წელს დაფიქსირებული 11 შემთხვევიდან, 5 შემთხვევაში საქმე ეხება ჰემორაგიულ ინსულტს, 2 შემთხვევაში – იშემიურ ინსულტს, 2 შემთხვევაში დადასტურდა სისხლძარღვოვანი ანევრიზმის გახეთქვა, ხოლო დანარჩენ 2 შემთხვევაში საქმე ეხება რაიმე მკვრივი ბლაგვი საგნის პირდაპირი ფიზიკური ზემოქმედებით თავის არეში განვითარებულ ტრავმულ ჰემორაგიას. საინტერესოა, რომ ანევრიზმის გახეთქვის ორივე შემთხვევაში, გვამის სხეულზე და მათ შორის, თავის მიდამოში აღინიშნებოდა სხვადასხვა ხასიათისა და ხარისხის დაზიანებები. მათ შორის, ერთ-ერთი გარდაცვლილის ასაკი 30 წელი იყო. შემთხვევათა განხილვით იკვეთება, რომ პენიტენციურ სისტემაში სახეზეა ნევროლოგიური დაზიანების ღრმა კრიზისი. არ არსებობს დროული და ადეკვატური ნევროლოგიური დახმარება, ადეკვატურ გამოკვლევებისა და მკურნალობის მეთოდებისადმი ხელმისაწვდომობა. მსჯავრდებულთა და პაციენტთა სამკურნალო დაწესებულებაში სულ ერთი ნევროლოგი მუშაობს, რომლის საქმიანობა ვერ უზრუნველყოფს ნევროლოგიური პროფილის პაციენტთა ადეკვატურ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. ამ

მიმართულებით მიზანშეწონილია გადამჭრელი ზომების მიღება, ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლება და სადიაგნოსტიკო საშუალებებისადმი უფრო მეტი და ფართო ხელმისაწვდომობა.

ნერვული სისტემის ანთებითი დაავადებები 7 შემთხვევაში დაფიქსირდა. მათგან 3 შემთხვევაში დადასტურებულ იქნა არაქნოიდიტის დიაგნოზი, 2 შემთხვევაში – ტუბერკულოზური მენინგოენცეფალიტი, 2 შემთხვევაში ანთებითი პროცესი განვითარდა პოსტპერაციულად (1 შემთხვევაში – ოტოგენური). ერთ შემთხვევაში მენინგოენცეფალიტი მიეწერება ნარკოტიკულ ინტოქსიკაციას. ამ შემთხვევების შესწავლა კიდევ ერთხელ მიუთითებს ნევროლოგიური დახმარების ღრმა კრიზისზე პენიტენციურ სისტემაში. შემთხვევათა უმრავლესობა შორსწასული და დაგვიანებულია. განვითარებული გართულებები ხშირად პაციენტის არაადეკვატური მენეჯმენტის შედეგს წარმოადგენს. ყურადღებას იპყრობს 38 წლის პატიმარ გ.გ.-ს გარდაცვალება, რომელიც თბილისის №8 საპრობილედან იქნა გადაყვანილი მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში და დოკუმენტების მიხედვით, რამდენიმე წუთში გარდაიცვალა. ამკარაა, რომ საპრობილეში იგი ვერ იღებდა ადეკვატურ სამედიცინო დახმარებას, რამაც მისი მდგომარეობის კრიტიკული დამძიმება გამოიწვია. გარდაცვლილთა ნაწილს სხეულზე აღენიშნება ამა თუ იმ ხარისხის დაზიანებები, რაც ცალკე შესწავლის საგანი უნდა გამხდარიყო. ზოგიერთი შემთხვევა, გარდაცვლილთა ოჯახის წევრებისა და კანონიერი წარმომადგენლების მოთხოვნით, შესასწავლად გადაგზავნილია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში.

2009 წლის განმავლობაში, წინა წლებთან შედარებით, აღინიშნა ავთვისებიანი სიმსივნეებით გარდაცვლილ პატიმართა რაოდენობის მატების ტენდენცია, კერძოდ, ონკოპათოლოგია გარდაცვლილ პატიმართა 15%-ზე მეტს აღენიშნებოდა, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოზები საერთო ავადობის სპექტრის 3.55% შეადგენს. სასამართლო-სამედიცინო დიაგნოზების მიხედვით, ონკოლოგიური სპექტრი მოიცავდა: ფილტვის, თორმეტგოჯა ნაწლავის, მსხვილი ნაწლავის, სათესლე ჯირკვლის, ენის ქვეშა ჯირკვლის, ხორხის, თირკმელზედა ჯირკვლის, ღვიძლისა და თავის ტვინის სიმსივნეებს. მათ შორის ყველაზე ხშირად გვხვდებოდა ფილტვის სიმსივნეები.

გარდაცვლილთა სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით, სიმსივნით გარდაცვლილ ყველა პატიმარს აღენიშნებოდა სიმსივნეების შორსწასული, პრაქტიკულად ტერმინალური ფორმები. ყველა შემთხვევაში აღინიშნებოდა სიმსივნის შორეული მეტასტაზირება ორგანიზმში. პატიმრები იყვნენ უმძიმეს მდგომარეობაში, გამოხატული კახექსიით და პალიატიური ჩარევის ნიშნებით. მიუხედავად ამისა, არცერთი პატიმრის მიმართ არ აღძრულა შუამდგომლობა სასჯელის გადავადების ან ვადამდე ადრე გათავისუფლების შესახებ, რაც არაპუმანურ მოპყრობად უნდა ჩაითვალოს. ონკოლოგიური პროფილის პატიმართა უმრავლესობა გარდაიცვალა ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში ინტოქსიკაციისა და დაავადების სხვადასხვა გართულებების შედეგად.

ჩვენს მიერ ჩატარებული შესწავლით გამოიკვეთა, რომ 91-დან 6 გარდაცვლილს დიაგნოზში მითითებული ჰქონდა, ასევე, ფსიქიატრიული პროფილის ნოზოლოგია. ჩვენს მიერ ცალკე იქნა განხილული აღნიშნული ტენდენცია და გაირკვა, რომ ფსიქიატრიული დიაგნოზის მქონე ყველა პაციენტი გარდაიცვალა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. ზოგიერთ მათგანს აღენიშნებოდა სხეულზე ძალადობის ნიშნები სხვადასხვა ფორმისა და ხარისხის დაზიანებების სახით. მათი დიდი ნაწილი იყო კახექსიური და ასევე, დაავადებული იყვნენ ფილტვების ტუბერკულოზით. რაც შეეხება ფსიქიატრიულ დიაგნოზებს, ისინი დოკუმენტურად არის დადასტურებული და წარმოდგენილია ქვევით:

- მ.ზ. 26 წლის - „ემოციურად არასტაბილური პერსონოლოგიური აშლილობა, პიროვნების დაქვეითებით“;
- ნ.კ. 29 წლის - „ინტოქსიკაციით გამოწვეული ენცეფალოპათია“
- ხ.კ. 42 წლის - „ფსიქოპათიური პიროვნება, ემოციურად არასტაბილური პერსონოლოგიური აშლილობა, მიდრეკილი აუტოტრავმებისადმი“. პაციენტმა სიცოცხლე დაასრულა სუიციდით;
- ბ.მ. 48 წლის - „დეპრესიული სინდრომი, შფოთვის მონაცვლეობით“;
- გ.დ. 32 წლის - „შფოთვითი დეპრესია“;
- რ.ს. 39 წლის - „ფსიქოზური ანორექსია, დეპრესიული სინდრომი“.

ჩვენს მიერ გამახვილდა ყურადღება ენდოკრინული სისტემის სხვადასხვა დაავადებებზეც, რომლებიც ფიგურირებდა გარდაცვლილ პატიმართა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებში. ასეთი დიაგნოზი დასმულ იქნა 6 შემთხვევაში, რომელთაგანაც 4 გარდაცვლილს აღენიშნებოდა შაქრიანი დიაბეტი, ხოლო 2 გარდაცვლილს – ჩიყვი. ენდოკრინული დაავადებით ავადობა ჩვენს მიერ შესწავლილი საერთო ავადობის 1.52%-ს შეადგენს. სასამართლო ექსპერტიზის დასკვნების მიხედვით, ენდოკრინული პათოლოგია სიკვდილთან პირდაპირ მიზეზ-შედეგობრივ კავშირში არ იყო, თუმცა ამძიმებდა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობას და აჩქარებდა სხვადასხვა სახის პათოლოგიური პროცესის განვითარებას და პროგრესირებას.

ჩვენს მიერ ჩატარებული შესწავლის შედეგად გამოვლინდა მთელი რიგი შემთხვევები, რომლებიც პირდაპირ მიუთითებს ჩატარებული დიაგნოსტიკური თუ სამკურნალო პროცედურების არაეფექტურობასა და არაადეკვატურობაზე. გარდა ამისა, გამოიკვეთა მთელი რიგი ორგანიზაციული ხასიათის ხარვეზები და უხეში შეცდომები. არის ფაქტები, რომლებიც პირდაპირ მიუთითებს პერსონალის არაკეთილსინდისიერებაზე, გულგრილობასა და არაპროფესიონალიზმზე. მოგვყავს აღნიშნული მოსაზრებების გამამყარებელი არგუმენტაცია:

- გარდაცვლილი ა.ი. 54 წლის - პაციენტის სიცოცხლეში ვერ იქნა დასმული ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი, რაც დადგენილი იქნა სასამართლო-სამედიცინო გამოკვლევის შედეგად;
- გარდაცვლილი მ.ვ. 72 წლის - მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში მკურნალობდნენ დიაგნოზით: კუჭის კიბო, ფილტვების ტუბერკულოზი. მიუხედავად ამისა, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზით, კუჭის კიბო და ტუბერკულოზი არ დასტურდება. გარდაცვალების მიზეზად ექსპერტიზა

მიიჩნევს ორმხრივ ფილტვების ანთებას და პიელონეფრიტს, რისი მკურნალობაც პაციენტის სიცოცხლეში არ ტარდებოდა;

- გარდაცვლილი თ.თ. 67 წლის - მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში მას მკურნალობდნენ კუჭის ანტრალური ნაწილის კიბოს დიაგნოზით, თუმცა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზაზე, აუტოფსიით დადასტურდა თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბო. გარდა ამისა, პაციენტს post mortem დაუდგინდა ექსუდაციური ბრონქიტის დიაგნოზი;

- გარდაცვლილი გ.დ. 30 წლის - სამედიცინო ბარათით ირკვევა, რომ მას დაესვა ღვიძლის ნაკეცის საპროექციო არეს სიმსივნური წარმონაქმნის დიაგნოზი, დაუდგინდა მსხვილი ნაწლავის სიმსივნე და უტარდებოდა სიმპტომური მკურნალობა. მიუხედავად ამისა, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა ამ დიაგნოზს საერთოდ არ ადასტურებს და პაციენტის გარდაცვალების მიზეზად მიიჩნევს დისიმინირებულ ტუბერკულოზს (ფილტვები, პანკრეასი) და კაზეოზურ პნევმონიას;

- გარდაცვლილი მ.შ. 52 წლის - მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში შემოვიდა გარდაცვალების დღეს. დოკუმენტაციის განხილვით რჩება შთაბეჭდილება, რომ პატიმარი შეყვანის მომენტში აღარ იყო ცოცხალი. გარდა ამისა, ვერ იქნა ამოცნობილი დიაგნოზი, რომელიც შემდგომ დაადგინა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზამ: ორმხრივი პნევმონია, მიოკარდიუმის უკანა კედლის მწვავე ინფარქტი. პატიმარს ასევე დადგენილი ჰქონდა ავთვისებიანი სიმსივნის (მაღალდიფერენცირებული ადენოკარცინომა) დიაგნოზი;

- გარდაცვლილი ა.მ. 63 წლის, სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს ინფორმაციით, სიკვდილის ფაქტის გამოკვლევის შესახებ მასალები ბიუროში არ შემოსულა. რაც შეეხება სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან მოსულ ინფორმაციას, სიკვდილის მიზეზად მოხსენიებულია გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა;

- გარდაცვლილი მ.შ. 52 წლის - გარდაიცვალა რუსთავის №2 დაწესებულებაში. გარდაცვალების დიაგნოზად ადგილობრივად მიუთითებენ გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობას, თუმცა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზით ირკვევა, რომ გარდაცვალების მიზეზია ფილტვების ტუბერკულოზი, რაზეც პაციენტის სიცოცხლეში ყურადღება არ გამახვილებულა;

- გარდაცვლილი გ.გ. 38 წლის. პაციენტი გადაყვანილ იქნა თბილისის №8 საპყრობილედან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, სადაც რენიმატოლოგის მიერ 25 წუთში იქნა დაფიქსირებული ბიოლოგიური სიკვდილი. ეჭვს იწვევს თავად ის ფაქტი, იყო თუ არა ცოცხალი გ.გ. მკვდ-ში გადაყვანისას. გარდა ამისა, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა მიუთითებს, რომ სიკვდილის მიზეზია არაქნოიდიტი, ფილტვების ანთება, რაზეც პაციენტის სიცოცხლეში ყურადღება არ ყოფილა გამახვილებული;

- გარდაცვლილი გ.რ. 35 წლის - ლუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათის მიხედვით, ანანმეზში აღენიშნებოდა ჩირქოვანი ოტიტი და მასტოიდიტი. ციხეში განუვითარდა მასტოიდიტის გამწვავება და გართულდა მენინგიტით. ლორსტატუსი – მარცხენა შუა ყურის ქრონიკული ჩირქოვანი ანთების გამწვავება, ოტოგენური მენინგიტი (დაფის აპკის ტოტალური დეფექტი, სისხლნარევი ჩირქოვანი გამონადენი). კტ-ზე დესტრუქციული პროცესი მარცხენა დვრილისებრ მორჩში. საბოლოო დიაგნოზი –

მარცხენამხრივი ოტოგენური მენინგოენცეფალიტი. ჩატარდა გაფართოებული რადიკალური ოპერაცია მარცხენა ყურზე, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვ. მოშლა იშემიური ტიპის, ტრაქეოსტომიის შემდგომი ცერებრული სინუსების თრომბოზი, თავის ტვინის შეშუპება. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის მიერ დადგინდა, რომ სიკვდილის მიზეზია თავის ტვინის შეშუპება, ტვინის ღეროს ჩაჭედვა, მარცხენამხრივი ჩონჩხოვანი ოტოგენური მენინგოენცეფალიტი, კრუპოზული პნევმონია.

- გარდაცვლილი ბ.კ. 54 წლის - გარდაიცვალა N8 საპრობილედან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში გადმოყვანიდან ნახევარ საათში. შემოსვლის დიაგნოზი - ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია. სავარაუდოდ, N8 საპრობილეში მას არ მიეცა სათანადო ყურადღება და ვერ იქნა ინფარქტის დიაგნოზი დროულად დასმული. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით დაისვა დიაგნოზი - მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის მიოკარდიუმის ტრანსმურული ინფარქტი. მძიმე კარდიოსკლეროზი, მრავლობითი პოსტინფარქტული ნაწიბურები მარცხ. პარკუჭის და მგიდის არეში. გარდა ამისა, დადგინდა, რომ გვამს აღენიშნებოდა სიცოცხლისდროინდელი დაზიანებები: მარცხნივ შუბლის არეში ნაჭდევი, ქალას რბილს საფარში სისხლჩაქცევა;

- გარდაცვლილი ა.ი. 48 წლის - პაციენტი გარდაიცვალა რუსთავის N6 დაწესებულებაში. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის მიხედვით, პაციენტს აღენიშნებოდა გულის იშემიური დაავადება, თავის ტვინის გამოხატული შეშუპება, კორონაროათეროსკლეროზი, ფილტვების შეშუპება, ნეფროციროზი. გვამს ასევე აღენიშნებოდა დაზიანებები: მარჯვენა მტევნის 2 თითის ნების ძვლის არეში ერთი სისხლნაჟღენთი და მარჯ. მხრის თავის არეში ერთი ნაჭდევი. როგორც ჩანს, ავადმყოფი იყო საყურადღებო და მისი გადაყვანა არ მოხდა შესაბამისი პროფილის სტაციონარში. სამაგიეროდ, რუსთავის N6 დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს სულაც არ გასჭირვებია პაციენტის სიკვდილის შემდეგ გაეკეთებინა შემდეგი შინაარსის ჩანაწერი: „დიაგნოზი - დაგვხვდა გვამი“;

- გარდაცვლილი ბ.კ. 38 წლის - პაციენტი მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში შეყვანილ იქნა კისრის მიდამოს კისტის რეციდივის დიაგნოზით. უჩივის კანზე ლაქების არსებობას, მელენას, ბუასილს. აღენიშნა გასტროდუოდენური სისხლდენა. განუვითარდა ორმხრივი კრუპოზული პნევმონია, ექსუდაციური პლევრიტი. ექსპერტიზა ასევე ადასტურებს ნეფრიტის და კუჭის ლორწოვანი გარსის ეროზიის დიაგნოზსაც. პაციენტი შემდგომი მკურნალობის მიზნით გადაყვანილ იქნა ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში - „კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების, გართულებული გასტროდუოდენური სისხლდენით“. პაციენტს გაუკეთდა ოპერაცია: სპლენექტომია, მუცლის ღრუს სანაცია, დრენირება. განუვითარდა მძიმე სეფსისი, პოსტჰემორაგიული ანემია, ორმხრივი პლევროპნევმონია, პოლიორგანული უკმარისობა, სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. პაციენტი გარდაიცვალა 28 სექტემბერს. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დიაგნოზი: ლაპაროტომიისა და გასტროგრაფიის შემდგომი პერიოდი, თირკმელზედა ჯირკვლის ადენოკორტიკული კიბო. ბაქტერიემია, მეტასტაზები ტვინში, ფილტვებში, პარატრაქეულად და პერიბრონქულად. ქრონიკული ბრონქიტი, ჰეპატიტი, რიდელის სტრუმა. სიკვდილის მიზეზია ჩირქოვან-ფიბრინული

პერიტონიტი. როგორც ჩანს, პაციენტის სიცოცხლეში ზუსტი დიაგნოზი დასმული ვერ იქნა;

- გარდაცვლილი ა.ზ. 58 წლის - პაციენტს სიცოცხლეში დაესვა პანკრეასის ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი, თუმცა გარდაცვალების შემდგომ, გვამის სასამართლო-სამედიცინო წესით გამოკვლევის შემდეგ, დაისვა დიაგნოზი - სიმსივნური ინტოქსიკაცია ღვიძლის ქოლანგიოცელულური კიბოს გამო. ასევე დადგენილ იქნა გულში მსხვილკეროვანი პოსტინფარქტული ნაწიბური, ბრონქოპნევმონია აბსცედირებული კერებით, ჩირქოვანი ბრონქიტი, დიფუზური პნევმოსკლეროზი. აღნიშნულ დიაგნოზებს პაციენტის სიცოცხლეში სათანადო ყურადღება არ მიქცევია;

- გარდაცვლილი წ.ე. 21 წლის - მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში შეყვანილ იქნა 5 ნოემბერს, ხოლო მდგომარეობის სიმძიმის გამო მომდევნო დღეს გადავიდა ღუდუშაურის სახელობის ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში, სადაც შეყვანიდან მალევე მოკვდა. პაციენტს დასმული ჰქონდა დიაგნოზი - ქრონიოსეფსისი, სეპტიური შოკი, პოლიორგანული უკმარისობა, კლინიკური სიკვდილი და ფილტვ-გულის რენიმაციის შ.პ. გულ-სისხლძარღვთა და სუნთქვის მწ. უკმარისობა. დილატაციური კარდიომიოპათია. აქედან გამომდინარე აშკარაა, რომ ასეთი მძიმე ავადმყოფი დაგვიანებით იქნა გადაყვანილი მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ხოლო სასჯელის მოხდის ადგილას მას ადეკვატური სამედიცინო დახმარება არ გაეწია;

- გარდაცვლილი თ.გ. 63 წლის. პაციენტს დასმული ჰქონდა ფილტვის კიბოს დიაგნოზი, მეტასტაზებით თავის ტვინში. ასევე, აღენიშნებოდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება, მოციმციმე არითმია. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზით ასევე დადასტურდა ორმხრივი ფილტვების ანთება, ფილტვების ატელექტაზი, კეროვანი ემფიზემა, ანთრაქოზი. აღნიშნულზე პაციენტის სიცოცხლეშივე ყურადღება არ ყოფილა გამახვილებული. გვამს აღენიშნებოდა, ასევე, პათოლოგიური სისხლჩაქცევები და ნაწოლები სხეულის უკანა ზედაპირებზე. **ასეთი უმძიმესი ავადმყოფის თავისუფლების აღკვეთის ადგილზე ყოფნა, მით უმეტეს, მისი ადეკვატური სამედიცინო დახმარებისა და მოვლის გარეშე დატოვება უნდა შეფასდეს, როგორც არაპუმანური მოპყრობა;**

- გარდაცვლილი ტ.მ. 71 წლის. გარდაიცვალა რუსთავის №2 დაწესებულებაში. სიკვდილამდე რამდენიმე საათით ადრე ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის ჟურნალში ჩაიწერა დიაგნოზი - „სასუნთქი გზების სიმსივნე“. კისრის წინა ზედაპირზე აღენიშნება ძველი ტრაქეოსტომიული ხვრელი. ხორხის აპარატი არ აღინიშნება. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის მიხედვით, ფილტვებში - ხაჭოსებური შიგთავსის მქონე კერები. ღვიძლში - ხაჭოსებური კონსისტენციის წარმონაქმნები. პაციენტს, ასევე, აღენიშნებოდა ნეფროციროზი, კოლოიდური ჩიყვი და ენდობრონქიტი. ექსპერტიზის დასკვნით, პაციენტის სიკვდილის მიზეზია ფილტვის და ფილტვგვარეშე ტუბერკულოზი, მრავლობითი პოსტინფარქტული ნაწიბურები. აშკარაა, რომ პაციენტის სიცოცხლეშივე ფილტვების ტუბერკულოზის ასეთი შორსწასული ფორმის დიაგნოზის დასმა ვერ მოხერხდა. მხედველობიდან იქნა გამორჩენილი მიოკრადიუმის ინფარქტიც;

- გარდაცვლილი ქ.უ. 73 წლის - გარდაიცვალა ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადების ეროვნულ ცენტრში შესვლიდან 1.5 საათში. ფაქტია, რომ ასეთი უმძიმესი ავადმყოფის გადაყვანა სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში უკვე

დაგვიანებული იყო. გარდაცვლილს სხეულზე აღენიშნებოდა მთელი რიგი დაზიანებები, რომლებიც, ექსპერტიზის დასკვნით, მიყენებულ იქნა სიკვდილამდე 2-3 დღით ადრე. აღსანიშნავია, რომ პაციენტს ამპუტირებული ჰქონდა მარჯვენა მხარი შუა მესამედში, დადგენილი ჰქონდა კატარაქტა. **ამ ასაკის და ასეთი მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფის გაჩერება სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ყოველგვარ მიზანს მოკლებულია და წარმოადგენს, ასევე, არაჰუმანური მოპყრობის მაგალითს;**

- გარდაცვლილი ჩ.თ. 45 წლის. პაციენტი გარდაიცვალა ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში 2009 წლის 26 დეკემბერს. პაციენტს აღენიშნებოდა ტუბერკულოზური მენინგოენცეფალიტი, ცერებრული კომა, C ქრონიკული ჰეპატიტი. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა, ქრონიკული პერიოდონტიტი. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზით დადგინდა ქრონიკული არაქნოიდიტი, ენცეფალიტი, ტვინის შეშუპება. ფილტვების ტუბერკულოზი, ტუბერკულოზური ხორკლების გაჩენით, სტრომისა და პარენქიმის შეშუპება. აგრესიული ჰეპატიტი ცრუ წილაკების გაჩენით, ციროზის ჩამოყალიბებით. ვირუსული ჰეპატიტი, პერიოსტიტი, პერიოდონტიტი. როგორც ჩანს, ამ შემთხვევაშიც ტუბერკულოზის დიაგნოზი დასმული არ ყოფილა.

ზემოთ მოყვანილი ფაქტები წარმოადგენს მხოლოდ მცირე ამონარიდს იმ სპექტრიდან, რაც ჩვენს მიერ გამოვლინდა და გადანაწილებულია მოხსენების სხვადასხვა თავებში. გამოვლინდა არაერთი ფაქტი, როდესაც სასჯელაღსრულების დაწესებულებიდან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში და მკვდ-დან ქალაქის სამკურნალო დაწესებულებებში ხდება პატიმართა და მსჯავრდებულთა დაგვიანებული გადაყვანა; ვერ ხერხდება დიაგნოზის დასმა ან ზუსტი დიაგნოზის დადგენა. აღნიშნული ტენდენცია უკვე რამდენიმე წელია ვლინდება და თანდათან უფრო ღრმავდება.

ზემოთ მოყვანილი ფაქტები კიდევ ერთხელ ცხადყოფს იმ პრობლემებს, რომლებიც რეალურად დგას ოენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის წინაშე და კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს რეფორმის წარმატებულად განხორციელებას.