

საქართველოს სახალხო დამცველი პრევენციის ეროვნული მექანიზმი

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე
პირთა მდგომარეობა კენიტივაციურ
დაწესებულებებში, დროებით მოთავსების
იზოლაციორებსა და არანებაყოფლობით
ფსიქიატრიული მკურნალობის
დაწესებულებაში



პრევენციის ეროვნული მექანიზმი



შეგლუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა
მდგომარეობა პენიტენციურ დაწესებულებებში,
ღროებითი მოთავსების იგოლატორებსა და
არანებაყოფლობით უსიქიატრიული მკურნალობის
დაწესებულებებში



OPEN SOCIETY GEORGIA FOUNDATION
ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო



საქართველოს
სახალხო
დამცველი

გამოცემულია ფონდ ”ღია საზოგადოება - საქართველოს” ფინანსური მხარდაჭერით.
ავტორის/ავტორების მიერ საინფორმაციო მასალაში გამოთქმული მოსაზრება შესაძლოა არ
გამოხატავდეს ფონდის პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის
შინაარსზე.

ყდაზე გამოქვეყნებული ფოტოს ავტორი: გოგა ჩანადირი

გამოცემის ელექტრონული ვერსია იხილეთ: www.ombudsman.ge

სარჩევი

შესავალი	5
მონიტორინგის ძირითადი შედეგები	5
რას გულისხმობს ტერმინი “შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი”	6
მეთოდოლოგია.....	6
შერჩევა	7
სამუშაო ჯგუფი	8
საერთაშორისო გამოცდილების მიმოხილვა	8
საერთაშორისო დაცვის სტანდარტი	8
შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მდგომარეობა თავისუფლების	
ადკვეთის ადგილებში	10
შშმ პატიმართა სტატისტიკა და პერსონალის თანაფარდობა.....	10
წამება და არასათანადო მოპყრობა	10
გ.უ-ს საქმე.....	11
გ.კ-ს საქმე.....	12
სამედიცინო მომსახურება	13
პერსონალური დამხმარის არარსებობა	17
გ.ა-ს შემთხვევა	17
ფსიქიატრიული მომსახურება და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია	18
სამართლო საკნის გამოყენება შშმ პატიმრის მიმართ	22
წამებასა და არასათანადო მოპყრობასთან დაკავშირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის	
პრობლემები და მსხვერპლთა უფლებების დაცვა.....	25
ფსიქოტროპული მედიკამენტების ჭარბი მოხმარება	26
ე. ს-ს შემთხვევა	28
ინფორმირებული თანხმობა	30
არაადეკვატური ფსიქიატრიული მომსახურება	31
რ.მ-ს შემთხვევა	31
სუიციდის პრევენცია	33
სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია	33
დისციპლინური სახდელების გამოყენება	34
საჩივრების სისტემა	35
ხელმისაწვდომობა	36
თ. თ-ს საქმე	38
ნორმალური საკვებისა და სასმელი წყლის უფლება	40
ჰიგიენური ნორმების დაცვა	42
პატიმართა განათლება	44
აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ-ის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი	46
ინფორმირებული თანხმობა და კონფიდენციალურობა	47
ფსიქიატრიული მომსახურება და რეაბილიტაცია	48
საინექციო-ფსიქოტროპული მედიკამენტების გადაჭარბებული მოხმარება	48

ფიზიკური შეზღუდვა.....	50
შემთხვევა #1.....	53
შემთხვევა #2.....	53
შემთხვევა #3 - დაყოვნების ხანგრძლივი ვადა.....	54
გარემო პირობები და ხელმისაწვდომობა.....	54
სრული საქმიანობითი და საინფორმაციო დეპრივაცია	55
დროებითი მოთავსების იზოლატორები	56
შსს-ს გარდაბნის დროებითი მოთავსების იზოლატორი.....	56
შსს-ს #1 დროებითი მოთავსების იზოლატორი.....	57
შსს-ს კახეთის რეგიონალური დროებითი მოთავსების იზოლატორი	57
რეკომენდაციები.....	58

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ფარგლებში 2013 წლის 21 ოქტომბრიდან 13 ნოემბრის ჩათვლით, ფონდის „ღია საზოგადოება - საქართველო“ ფინანსური მხარდაჭერით განხორციელდა მონიტორინგი, რომლის მიზანი იყო გაერთიანებული ერების წამებისა და სხვა სახის სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობის ან დასჯის წინააღმდეგ კონვენციით (UN CAT) სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულების შესრულების მონიტორინგი სასჯელაღსრულების სისტემაში, ფსიქიატრიულ დაწესებულებასა და დროებით მოთავსების იზოლატორში მყოფ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან მიმართებით. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მუშაობა, აღნიშნული კუთხით, პირველად განხორციელდა საქართველოში. ეს ანგარიში განსაკუთრებულად დიდ მნიშვნელობას იძენს საქართველოს პარლამენტის მიერ 2013 წლის 26 დეკემბერს გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების 2006 წლის კონვენციის (UNCPRD) რატიფიცირების ფონზე.

წინამდებარე თავი შეიცავს მონიტორინგის შედეგად გამოვლენილ ძირითად ტენდენციებს და რეკომენდაციებს.

მონიტორინგის ძირითადი შედეგები

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საჭიროებების გათვალისწინება არ ხდება თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში, ისევე როგორც შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ-ის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრსა“ და დროებით მოთავსების იზოლატორებში.

სახელმწიფო უწყებები არ ფლობენ შშმ პატიმართა შესახებ რაიმე სტატისტიკას, სასჯელაღსრულების სისტემაში არ გააჩნიათ მექანიზმი მათი იდენტიფიცირებისა და საჭიროების შეფასებისთვის, შესაბამისად, ამ საჭიროებების დაკმაყოფილება შეუძლებელი ხდება ამგვარი სისტემური ხარვეზების მიზეზით. შედეგად, პენიტენციური დაწესებულებები ვერ აკმაყოფილებენ ხელმისაწვდომობის და გონივრული მისადაგების მინიმალურ სტანდარტს. მიუხედავად იმისა, რომ 2012 წლის ოქტომბრის შემდეგ შშმ პატიმრების მიმართ არ დაფიქსირებულა წამებისა და არასათანადო მოპყრობის ან წამების შედეგად შეზღუდული შესაძლებლობის შემენის შემთხვევები, 2012 წლამდე განხორციელებული წამების და არაპუმანური მოპყრობის აქტების შედეგად მრავალი პატიმარი მიუთითებს ჯანმრთელობის მძიმე დაზიანებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების შემენის შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ ბენეფიციარები არ უთითებენ მომსახურე პერსონალის მხრიდან განხორციელებულ ფიზიკურ ძალადობაზე, მონიტორინგის დროს გამოვლენილი არაკეთილსაიმედო გარემო, არაადეკვატური სამედიცინო/ფსიქიატრიული დახმარება და სტანდარტების დარღვევით გამოყენებული ფიზიკური შეზღუდვა შეიძლება დაკვალიფიცირდეს როგორც არასათანადო მოპყრობა.

ასეულობით პატიმარი ითხოვს 2012 წლამდე მათ მიმართ განხორციელებული წამებისა და არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიებას, თუმცა ეს ფაქტები სრულად არ გამოძიებულა და დამნაშავე პირები არ დასჯილან.

პენიტენციურ სისტემაში არსებული სამედიცინო მომსახურება არ ითვალისწინებს შშმ პირთა ჯანმრთელობის სპეციალურ საჭიროებებს, არ არის დანერგილი შეზღუდულ შესაძლებლობებთან დაკავშირებული სპეციალიზებული მომსახურება.

არც პენიტენციურ დაწესებულებებში და არც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში არ არის დანერგილი შშმ პატიმრებისა და პაციენტებისათვის რაიმე სარეაბილიტაციო პროგრამა, შედეგად შშმ პაციენტების მდგომარეობა, დროის გასვლასთან ერთად, მძიმდება, მათ უქვეითდებათ ფუნქციონალური სტატუსი და ხდებიან ქრონიკულად მწოლიარე ავადმყოფები.

არსებობს პრობლემები სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მოთავსებული პირის, ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით, შესაბამის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსებასთან დაკავშირებით. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში ფიქსირდება პაციენტთა მკურნალობისა და მოპყრობის სტანდარტების მნიშვნელოვანი დარღვევა, მათ შორის ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება საკანონმდებლო ნორმების დარღვევით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში ფიქსირდება პაციენტთა სრული საქმიანობითი და საინფორმაციო დეპრეკაცია, საზოგადოებიდან რამდენიმე ათეული წლით გარიყვა და იზოლაცია. პაციენტების ნებისმიერი პაემანი ხორციელდება მხოლოდ თანამშრომლების თანდასწრებით.

დროებითი მოთავსების იზოლატორები ვერ აკმაყოფილებენ ჰიგიენის, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის საჭირო სტანდარტებს და არ არის მორგებული შშმ პირების საჭიროებებზე.

ყოველივე ზემოხსენებული მიუთითებს, რომ აღნიშნული მიმართულება საჭიროებს დეტალურ და სიღრმისეულ შესწავლას. შესაბამის მონაცემთა ბაზისა და პროგრამების არარსებობის პირობებში სიტუაციის ზუსტი შესწავლა რთულია.

რას გულისხმობს ტერმინი “შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი”

წინამდებარე ანგარიშის მიზნებისათვის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი განიმარტება გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების 2006 წლის კონვენციის პირველი მუხლის შესაბამისად, რომლის მიხედვითაც: **“შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს მიეკუთვნებიან ადამიანები, რომელთა ხანგრძლივმა ფიზიკურმა, მენტალურმა, ინტელექტუალურმა და სენსორულმა დარღვევებმა, დამატებით ბარიერებთან ურთიერთქმედებაში, შესაძლოა შეაფერხოს მათი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში თანასწორობის, სრულფასოვანი და ეფექტური მონაწილეობა”**. აღნიშნული განმარტება სცილდება ეროვნულ კანონმდებლობაში დადგენილ სტანდარტს. ამ უკანასკნელში ადამიანის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირად აღიარება (ამგვარი სტატუსის მინიჭება) დაკავშირებულია მის სამედიცინო დიაგნოზთან და არა შინაგანი და გარეგანი (გარემოს) ფაქტორების ურთიერთქმედებასთან, როგორც ამაზე კონვენციაში არის მითითებული. კერძოდ, ეროვნული კანონმდებლობის მიხედვით: **“შესაძლებლობის შეზღუდვა არის დაავადების, ტრავმის, ანატომიური ან გონებრივი დეფექტის შედეგად გამოწვეული ადამიანის ჯანმრთელობის მოშლა** ორგანიზმის ფუნქციის მყარი დარღვევით, რაც განაპირობებს ქმედობაუნარიანობის დროებით ან მუდმივ შეზღუდვას, რის გამოც საჭირო ხდება მისი სოციალური დაცვა“¹. ჩატარებული მონიტორინგი, მისი მიზნებიდან გამომდინარე, მუშაობის პროცესში იყენებდა სწორედ ადამიანის უფლებების საერთაშორისო სამართლის მიერ დადგენილ სტანდარტს, რომელიც ზედმიწევნით შეესაბამება მონიტორინგის მიზნებს და შშმ პირთა უფლებების დაცვის ვალდებულებას.

მეთოდოლოგია

მონიტორინგი ჩატარდა “გაერთიანებული ერების წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელის წინააღმდეგ კონვენციის ფაკულტატიური ოქმით” გათვალისწინებული პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ფარგლებში. მონიტორინგის მეთოდოლოგია დამუშავდა გაერთიანებული ერების წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობის და დასჯის წინააღმდეგ კონვენციის (UN CAT), ამავე კონვენციის ფაკულტატიური ოქმის (OPCAT) და გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UN CRPD) მოთხოვნების ანალიზისა და შეჯერების, ასევე პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესების, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის არასრულწლოვანთა სისხლის სამართლის ადმინისტრაციის შესახებ სტანდარტული მინიმალური წესების, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ქალ პატიმართა მოპყრობისა და არასაპატიმრო ღონისძიებების შესახებ წესების, ასევე სხვა საერთაშორისო დოკუმენტების შესაბამისად.

მონიტორინგის ჩატარების ძირითადი პრინციპები იყო: ზიანის არმიყენება, მანდატის პატივისცემა, სტანდარტების ცოდნა, საღად განსჯა, კონსულტაციების გავლა, ხელისუფლების ორგანოებისადმი პატივისცემა, სანდოობა, კონფიდენციალობა, უსაფრთხოება, ქვეყნის თავისებურებათა გათვალისწინება, პროფესიონალიზმი, სიზუსტე, მიუკერძოებლობა, ობიექტურობა, სენსიტიურობა, პატიოსნება, თვალსაჩინოება და პოპულარიზაცია.²

1 საქართველოს კანონი “შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ”, მუხლი 2.

2 გაერთიანებული ერების ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისიის ოფისი (2001), ადამიანის უფლებების მონიტორინგის სახელმძღვანელო, პროფესიული ტრენინგების სერია #7, თავი V, ძირითადი პრინციპები, გვ. 87, ქენევა ISBN 92-1-154137-9.

გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა 2006 წლის კონვენციის ძირითადი პრინციპების გათვალისწინებით,³ მონიტორინგის პროცესში უზრუნველყოფილი იყო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ორგანიზაციის წევრის მონაწილეობა პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტის სტატუსით.

განსაკუთრებული სიფრთხილითა და გულისხმიერებით ხორციელდებოდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ არასათანადო მოპყრობისა და ძალადობის სავარაუდო შემთხვევების შესახებ მოკვლევა. პროცესში ჩართულები იყვნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს წარმომადგენლები და იურისტები. ინტერვიუები ტარდებოდა ბრალდებულთა/ მსჯავრდებულთა/პაციენტთა ოთახებში, ან მათი სურვილით - შეხვედრების ოთახში. მონაწილეს ჰქონდა შესაძლებლობა, შეეწყვიტა გასაუბრება მისთვის სასურველ ნებისმიერ ეტაპზე.

მონიტორინგის პროცესი ექსპერტების მხრიდან მოიცავდა შემდეგ ქმედებებს:

- ბენეფიციარის ინტერვიუება კონფიდენციალურობის გარანტიებით, წარდგინებისა და ინტერვიუს მიზნების გაცნობის შემდეგ, შეთავაზებაზე თანხმობის მიღების შემთხვევაში, ნებისმიერ ეტაპზე, ინტერვიუს შეწყვეტის შესაძლებლობით;
- ბენეფიციარის გამოკითხვა ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუების მეთოდის გამოყენებით;
- პირველადი ინფორმაციის გადამოწმება სხვა წყაროსთან (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) კონფიდენციალურობის დაცვით;
- წერილობითი ინფორმირებული თანხმობით, ბენეფიციართა სამედიცინო დოკუმენტაციის შეფასება;
- სამედიცინო და სასჯელაღსრულების დაწესებულების პერსონალთან გასაუბრება;
- სურვილისა და ინიციატივის შემთხვევაში ინსტიტუციის სხვა ბენეფიციარებთან ინდივიდუალური და ჯგუფური გასაუბრება.

შერჩევა

მონიტორინგის მოსამზადებელ ეტაპზე, რომელიც რამდენიმე თვე გრძელდებოდა, საქართველოს სახალხო დამცველმა, როგორც წერილობით,⁴ ისე სამუშაო შეხვედრის ფორმატში, მოითხოვა შშმ პატიმართა სტატისტიკა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროდან⁵. მიუხედავად გაცემული წერილობითი დაპირებისა სამინისტროს მხრიდან, ასეთი სტატისტიკის მოწოდება ვერ მოხდა მონიტორინგის მიმდინარეობის პროცესში. შესაბამისად, მონიტორინგის ჯგუფს მოუწია, ეხელმძღვანელა სხვადასხვა წყაროდან მიღებული მიახლოებული მონაცემებით შშმ პირთა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში განთავსების შესახებ. შედეგად, მონიტორინგის მიზნებისთვის, შეირჩა შემდეგი დაწესებულებები:

1. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #5 დაწესებულება;
2. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #11 დაწესებულება;
3. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #12 დაწესებულება;
4. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #8 დაწესებულება;
5. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #2 დაწესებულება;
6. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #15 დაწესებულება;

3 გაერთიანებული ერების ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისიის ოფისი (2010), “გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის იმპლემენტაციის მონიტორინგი”, სახელმძღვანელო ადამიანის უფლებების მონიტორინგისთვის. პროფესიული ტრენინგების სერია #17, ქენევა, თავი III, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების მონიტორინგი, გვ.33.

4 2013 წლის 16 აგვისტოს წერილი #08/786.

5 2013 წლის 3 სექტემბრის შეხვედრა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს წარმომადგენლებთან.

7. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #17 დაწესებულება;
8. შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“;
9. შინაგან საქმეთა სამინისტროს გარდაზნის დროებითი მოთავსების იზოლატორი;
10. შსს-ს #1 დროებითი მოთავსების იზოლატორი;
11. შსს-ს კახეთის რეგიონალური დროებითი მოთავსების იზოლატორი.

სამუშაო ჯგუფი

მონიტორინგის ექსპერტები შეირჩნენ სახალხო დამცველის პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტთა ჯგუფიდან, რომლებმაც სახალხო დამცველის თანამშრომლებთან ერთად განახორციელეს აღნიშნული მონიტორინგი:

1. თეიმურაზ რეხვიაშვილი - ექიმი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი;
2. ქეთევან გელაშვილი - ექიმი-ფსიქიატრი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი;
3. ოლა კალინა - პრევენციის ეროვნული მექანიზმის შშმ პირთა საკითხების ექსპერტი;
4. ნათია ფირაშვილი - სახალხო დამცველის აპარატის თანამშრომელი, შშმ პირთა უფლებების დაცვის ცენტრის უფროსი;
5. ლევან ბეგიაშვილი - სახალხო დამცველის აპარატის თანამშრომელი, იურისტი;
6. ანა აბაშიძე - სახალხო დამცველის აპარატის თანამშრომელი, იურისტი;
7. შორენა ლათათია - სახალხო დამცველის აპარატის თანამშრომელი, იურისტი;
8. ანა არგანაშვილი - სახალხო დამცველის აპარატის თანამშრომელი, ფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი.

საერთაშორისო გამოცდილების მიმოხილვა

როგორც ზემოთ აღინიშნა, მსგავსი ტიპის სპეციალიზებული მონიტორინგი მნიშვნელოვანი სიახლეა სხვადასხვა ქვეყნის პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებულ მონიტორინგებს შორის. მონიტორინგის გუნდმა მოსამზადებელ ეტაპზე ვერ მიაკვლია ვერც ერთი ქვეყნის რეალობაში ჩატარებულ მონიტორინგს ანალოგიური სახით. შესაბამისად, წინამდებარე მონიტორინგის მომზადებას წინ უძღოდა რამდენიმე თვისანი მოსამზადებელი ეტაპი, რომლის დროსაც დამუშავდა ყველა ის აკადემიური თუ ნორმატიული რესურსი, რომელიც ხელმისაწვდომი იყო აღნიშნული მიმართულებით.

საერთაშორისო დაცვის სტანდარტი

გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UN CRPD) მე-15 მუხლის თანახმად:

1. არავინ არ უნდა გახდეს წამების, სასტიკი, არაჰუმანური და დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელის მსხვერპლი. კერძოდ, არავისზე არ უნდა ჩატარდეს სამედიცინო ან სამეცნიერო ექსპერიმენტი მისი ნებაყოფლობითი თანხმობის გარეშე.
2. მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ყველა ეფექტური საკანონმდებლო, ადმინისტრაციული, იურიდიული და სხვა ზომები, რათა უზრუნველყონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაცვა წამების ან სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელისაგან, სხვებთან თანასწორობის საფუძველზე.

კონვენციის ამ მუხლის აღნიშნული ფორმულირება შესაბამისობაშია ადამიანის უფლებების უნივერსალური დეკლარაციის მე-5 მუხლის, სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების საერთაშორისო პაქტის მე-7 მუხლის, წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან სასჯელის წინააღმდეგ კონვენციის პირველი, მე-2 და მე-16 მუხლების, ასევე ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის შინაარსთან. ადამიანის უფლებების საერთაშორისო სამართლის განვითარების პრაქტიკაში დამკვიდრებულია, რომ, როდესაც საქმე ეხება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (მათ შორის მობილობა/გადაადგილების, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სენსორული პრობლემების მქონე) პირთა განთავსებას სასჯელაღსრულების, სამედიცინო თუ დროებითი მოთავსების იზოლაციებში, მათდამი მოპყრობის სტანდარტი და რეგულაცია კიდევ უფრო დეტალური უნდა იყოს.

როგორც გაერთიანებული ერების სპეციალურ ანგარიშშია აღნიშნული,⁶ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პატიმართა დიდ ნაწილს წარმოეშობა. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) თანახმად, ევროპის სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში განთავსებულ პატიმართა 40% აღენიშნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის რომელიმე ფორმის პრობლემა, ხოლო მათი მხრიდან სუიციდის განხორციელების რისკი 7-ჯერ აღემატება სხვა პატიმრებში ანალოგიურ რისკს. ასეთ მაღალ პრევალენტობას მულტიფაქტორული ახსნა გააჩნია: ყველა პატიმარს აქვს გარკვეული რისკი, განუვითარდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა, მიუხედავად იმისა, აღენიშნებოდათ თუ არა ეს პრობლემა დაწესებულებაში მოთავსებამდე. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტისა (ICRC) და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) დასკვნების მიხედვით, ამგვარი საფრთხე პირდაპირპროპორციულად იზრდება ციხეების გადატვირთულობის, მასში ძალადობის გამოყენების, იძულებითი იზოლაციის, პირადი სივრცის ნაკლებობის, მიზანმიმართული საქმიანობების ნაკლებობის, სოციალური იზოლაციის, არაადეკვატური ფსიქიკური დახმარების პირობებში.⁷ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები ნაკლებად არიან აღჭურვილი ადაპტაციური ქცევითი სტრატეგიებით, რათა გადარჩნენ ძალადობისა და სისასტიკის გარემოში, ხოლო მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა დაუყოვნებლივ უარესდება ადეკვატური ჯანდაცვისა და ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის არქონის პირობებში. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთა პროპორციის ზრდა ასევე განპირობებულია, საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპით იმის შესახებ, რომ «ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ყველა პირი საშიშია საზოგადოებრივი უსაფრთხოებისათვის». ამავე დროს, სახეზეა ამ პირთათვის საზოგადოებრივი სერვისების ნაკლებობაც და სარეაბილიტაციო მომსახურების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვაც. გაერთიანებული ერების ზემოთ მოყვანილი ანგარიშის თანახმად, განსაკუთრებით სავალალოა შემთხვევები, როდესაც პირებს, მიუხედავად იმისა, რომ არ ჩაუდენიათ დანაშაული, მაინც ათავსებენ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში, ადეკვატური ფსიქიატრიული დაწესებულებების არარსებობის მიზეზით ან როდესაც პირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა, სიმწვავის მიუხედავად, არ ჩაეთვალიათ ბრალის გამომრიცხველ გარემოებად და განათავსეს სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში. ასეთი ფაქტები წარმოადგენს ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების დარღვევას.

ამავე ანგარიშის თანახმად, პატიმრები მობილობის შეზღუდვით თუ სენსორული პრობლემებით, ისევე როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირები, საპატიმროებში წარმოადგენენ ერთ-ერთ ყველაზე მოწყვლად ჯგუფს. მათი სტატუსიდან გამომდინარე, ისინი ყველაზე იოლად ხვდებიან სხვა პატიმრებისა თუ პერსონალის ძალადობისა და აგრესიის სამიზნე. ადვილია მათი დასჯა, ერთი შეხედვით, ისეთი მარტივი ქმედებებით, რომელიც არ მოითხოვს დამატებით ძალისხმევას ან რისკის გაწევას: მაგ., სავარძელ-ეტლის გადაადგილების შეზღუდვა (გარემოში ბარიერების აღმართვით), ხელჯოხების, სმენის აპარატის ჩამორთმევა/მოხმარების შეზღუდვა. შშმ პატიმრები, რომელთაც ობიექტურად ესაჭიროებათ დახმარება საკვების მიღების, თვითმოვლის პროცესებში, უბრალოდ, იგნორირებული არიან, ერთი მხრივ, პერსონალური დამხმარის არარსებობის გამო ხოლო მეორე მხრივ, იმ ფაქტის გამო, რომ დაწესებულების პერსონალს ამგვარი დახმარების გაწევა, ამ პატიმართა პრივილეგიურებულ მდგომარეობაში ჩაყენებად მიაჩნიათ. მათთვის ამგვარი აუცილებელი დახმარების გაუწევლობამ შესაძლოა გამოიწვიოს მათი ღირსების შელახვა, მაგ., იმ შემთხვევაში, თუ არ მოხდება თანამშრომლების მხრიდან დახმარების აღმოჩენა საპირფარეოს სარგებლობისათვის, შშმ პატიმარი იძულებულია (თავისი სურვილის საწინააღმდეგოდ) ფიზიოლოგიური მოთხოვნილება დაიკმაყოფილოს შეუფერებელ ადგილზე და ვითარებაში, თანასაკნელებისა და პერსონალის თანდასწრებით, რაც ყოვლად დაუშვებელი და ღირსების შემლახველია. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები კი განსაკუთრებით მოწყვლადნი არიან ამგვარი მანიპულაციისა და ძალადობის, მათ შორის სექსობრივი ძალადობის მიმართ.

6 United Nations Office of Drugs and Crime (2009), Handbook on Prisoners with special needs, Criminal Justice Handbook Series, ISBN 978-92-1-130272-1

7 WHO, ICRC, Information Sheet, Mental Health and Prisons < http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98989/WHO_ICRC_InfoSht_MNH_Prisons.pdf > (ბოლოს ნანახია 2014 წლის 7 მაისს)

შშმ პატიმართა სტატისტიკა და პერსონალის თანაფარდობა

დაწესებულებათა სრულ უმრავლესობაში გამოვლინდა ხარვეზი შშმ პირთა სტატისტიკის წარმოებაში და მათი საჭიროების აღრიცხვის კუთხით. ვერც ერთ იმ დაწესებულებაში, სადაც ჩატარდა მონიტორინგი, დაწესებულებების ხელმძღვანელობამ ვერ მიაწოდა ექსპერტებს სრული სია იქ განთავსებული შშმ პირებისა. რამდენიმე მათგანში ასეთი სია არ არსებობდა და მონიტორინგის მისვლის შემდეგ სპონტანურად შედგა, ხოლო იქ, სადაც არსებობდა, იყო არასრულფასოვანი. როგორც წესი, ექსპერტების მიერ იდენტიფიცირებული სპეციალური საჭიროების მქონე პირები (რომლებიც გადმოცემულ სიაში არ იყვნენ აღრიცხული) რამდენჯერმე სჭარბობდა მოწოდებულ რიცხვებს.

ფაქტობრივად არც ერთ დაწესებულებას არ ჰქონდა დადგენილი კრიტერიუმები, რითაც მოახდენდნენ შშმ პატიმრების იდენტიფიცირებას.

ამ გარემოებიდან გამომდინარე, გართულდა და ფაქტობრივად შეუძლებელი გახდა იმის შემოწმება, რამდენად საკმარისია შშმ პირთა დასახმარებლად აუცილებელი პერსონალი, რაც გაერთიანებული ერების ფსიქიკური დაავადების მქონეთა დაცვისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზრუნვის გაუმჯობესების პრინციპების თანახმად, აუცილებელი მოთხოვნაა ნებისმიერ დაწესებულებაში, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები (ცხადია, უნდა ვიგულისხმოთ ზოგადად შშმ პირები) არიან განთავსებული. კერძოდ, მე-14 პრინციპის თანახმად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებას (მე-20 პრინციპის მე-2 პუნქტის თანახმად, ეს თანაბრად ეხება იმ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირებს, რომლებიც სასჯელს იტარებენ დაწესებულებებში არიან განთავსებული) უნდა ჰყავდეს კვალიფიციური პერსონალისა და სხვა პროფესიონალების საკმარისი რაოდენობა.

წამება და არასათანადო მოპყრობა

სტანდარტი

არავინ შეიძლება დაექვემდებაროს წამებას, არაადამიანურ ან ღირსების შემლახველ მოპყრობას ან დასჯას (ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის კონვენცია, მუხლი 3).

არავინ არ უნდა განიცდიდეს წამებას ან სასტიკ, არაადამიანურ ან მისი ღირსების დამამცირებელ მოპყრობასა თუ სასჯელს, კერძოდ, არც ერთ პირზე, თუ არ იქნა მისი თავისუფალი თანხმობა, არ შეიძლება სამედიცინო ან სამეცნიერო ცდების ჩატარება. (საერთაშორისო პაქტი სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ, მუხ. 7).

ყველა თავისუფლებააღკვეთილ პირს აქვს უფლება, რომ ჰუმანურად მოექცნენ და პატივი სცენ მის ადამიანის პიროვნებისთვის დამახასიათებელ ღირსებას (საერთაშორისო პაქტი სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ, მუხ. 10)

უნდა აიკრძალოს ფიზიკური ზემოქმედება, ბნელ საკანში მოთავსება და დასჯის სასტიკი არაადამიანური, ადამიანის ღირსების შემლახავი სხვა საშუალებები, როგორც დისციპლინური დარღვევის აღმკვეთი ღონისძიებები (პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესები, მუხლი 31).

არავინ შეიძლება დაექვემდებაროს წამებას ან სასტიკ, არაადამიანურ ან ღირსების შემლახველ მოპყრობას ან სასჯელს, კერძოდ, არავინ არ უნდა დაექვემდებაროს მისი თანხმობის გარეშე სამედიცინო ან სამეცნიერო ექსპერიმენტებს (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების 2006 წლის კონვენცია, მუხლი 15).

მონიტორინგის მიმდინარეობის ფარგლებში მონიტორინგის ჯგუფს არ მიუღია შშმ პატიმრებისგან (ბრალდებულები და მსჯავრდებულები) არც ერთი შეტყობინება პერსონალის მხრიდან არასათანადო მოპყრობის განხორციელებაზე 2012 წლის ოქტომბრის არჩევნების შემდეგ. შშმ პატიმართა

გამოკითხვების თანახმად, 2012 წლის ოქტომბერში ციხის კადრების გავრცელება აღმოჩნდა მნიშვნელოვანი გარდატეხა არასათანადო მოპყრობისა და წამების შემთხვევების აღკვეთის კუთხით.

პარალელურად, მონიტორინგის ექსპერტებმა მიიღეს მრავალი შეტყობინება 2012 წლამდე განხორციელებული წამებისა და არასათანადო მოპყრობის ფაქტების შესახებ, რომლებიც, მათი გადმოცემით, ხშირად გამხდარა შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის შეძენის და/ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის უკიდურესად გაუარესების მიზეზი, რაც თავისთავად წამოჭრის პრობლემას ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის (წამების) კუთხით. წინამდებარე ანგარიშში გაშუქდება მხოლოდ რამდენიმე ასეთი შემთხვევა, ხოლო ინფორმაცია ყველა დანარჩენი შემთხვევის შესახებ, სახალხო დამცველის მიერ მიწოდებულ იქნა საქართველოს მთავარი პროკურატურისათვის საქმის ეფექტური გამოძიების მიზნით.

გ.უ-ს საქმე

2013 წლის 2 ნოემბერს საქართველოს სახალხო დამცველის რწმუნებულები სასჯელაღსრულების ერთ-ერთ დაწესებულებაში შეხვდნენ და ესაუბრნენ გ.უ-ს, რომლის სურვილითაც მოხდა მისი მონათხრობის დოკუმენტირება და სამართალდამცავი ორგანოებისათვის მიწოდება. გასაუბრების მომენტში გ.უ. იყო მწოლიარე პაციენტი, დამოუკიდებლად არ შეეძლო გადაადგილება, ვერ ახერხებდა საკუთარი თავის მოვლას და შეზღუდული ჰქონდა ქვედა კიდურების აქტიური მოძრაობა, მნიშვნელოვნად დაქვეითებული ჰქონდა მგრძნობელობა, მისი გადმოცემით, აღენიშნებოდა მწვავე ქრონიკული ტკივილები. გ.უ-ს მონათხრობის თანახმად: 2007 წელს სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძველზე, სასამართლომ მიუსაჯა სასჯელი და იგი მოხვდა ძველ #5 დაწესებულებაში. 2007 წლის დეკემბერში იგი გადაიყვანეს გლდანის #8 დაწესებულებაში. მისი გადმოცემით, დაწესებულების დირექტორი თამაზ მელაძე და ბაჩანა ახალაია ესწრებოდნენ ე.წ. სპეცნაზის მიერ გ.უ-ს ცემის ფაქტს. აღნიშნული ცემის სცენებს კამერით იღებდა ბაჩანა ახალაია. ცემა კორიდორში 10 წუთი გრძელდებოდა, რა დროსაც გამოყენებული იყო ხელკეტები. მონაწილეობდა 60-70 სპეცნაზელი. ადგილზე იყო 100-მდე პატიმარი, რომლებზეც ამ დროს ხორციელდებოდა ფიზიკური ძალადობა.

2009 წლის დეკემბერში გ.უ. გადაიყვანეს #1 დაწესებულებაში, სადაც არაადამიანურ ჰიგიენურ პირობებში იმყოფებოდა. 2011 წლის აპრილში კი გადაიყვანეს ე.წ. „მატროსოვზე“ დახურული რეჟიმის პირობებში, სადაც „მძიმე რეჟიმი იყო, მუდმივი ფიზიკური ძალადობა“. ფანჯარასთან მისვლის გამო და ცემის დროს სახეზე ხელის აფარების გამო ძალადობდნენ ფიზიკურად. მიყვანის დროს, დახურული საკნიდან სათითაოდ გაჰყავდათ ოთახში, სადაც იყვნენ როგორც ნიღბიანები, ასევე უნიღბოებიც. უნიღბოები იყვნენ თ.ტ.;ზ.ჯ.; შ.მ.; მ.გ.; ბ.შ.; ი.ფ.; რ.ჭ.; ზ.გ. ყველა მათგანი იღებდა მონაწილეობას პატიმრების ცემაში. ამისათვის იყენებდნენ მაღალი წნევის მასიურ შლანგს, რომელსაც თავზე ჰქონდა მასიური რკინის «ბოლტი». ასევე იყენებდნენ ხელკეტებს. პატიმრებს ძირს აგდებდნენ და ფეხებით სცემდნენ. ასევე სცემეს გ.უ-ს და თან მისგან ითხოვდნენ „ქურდებისთვის შეგინებას“. გ.უ-ს გადმოცემით, ცემა გრძელდებოდა მიუხედავად იმისა, რას გააკეთებდა/არ გააკეთებდა პატიმარი. ცემა მიმდინარეობდა 10-15 წუთი. ოთახი, სადაც სცემდნენ იყო პირველ სართულზე - პაემნების ოთახის გვერდით. ცემის ბოლო ეტაპზე ითხოვდნენ თანამშრომლობას, ანუ პატიმრების შესახებ ინფორმაციის ფარულად მიწოდებას ადმინისტრაციისათვის. ამ ცემის დროს გ.უ-ს ძალადობის იარაღის მეტალის ნაწილი მოხვდა ხერხემალში და მიიღო დაზიანება. სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნას აზრი არ ჰქონდა და არც მოუთხოვია. ამ ინციდენტის შემდეგ დაეწყო წელის მწვავე ქრონიკული ტკივილები. პატიმარი აღნიშნავს, რომ „ამავე წლის 18 აპრილს, იმის გამო, რომ არსად მეთქვა, გადამიყვანეს ღია დაწესებულებაში - მატროსოვის ზონაზე. ამავე წლის 15 აგვისტოს პაემანზე ჩავედი, სადაც საუბრის დროს ოჯახის წევრებთან ცემის თემას გაკვრით შევეხე. მეუღლესთან მქონდა პაემანი შუშის მიღმა, ტელეფონით. ამ ტელეფონს თურმე უსმენდნენ და გაიგეს ინფორმაციის მიწოდება. პაემნიდან რომ გამოვედი, ყოველგვარი ახსნა-განმარტების გარეშე დახურულ დაწესებულებაში ჩამომიყვანეს, 9 თვის მანძილზე ვითხოვდი, ეთქვათ გადმოყვანის მიზეზი. 9 თვის თავზე დამიბარა მ. გ.-მ და ი.ფ.-მ, მითხრეს: რაც გვეგონა ის არ ყოფილაო და გადამიყვანეს ზონაზე. ამ პერიოდის განმავლობაში ჯანმრთელობის მდგომარეობა თანდათან მიმძიმდებოდა, რაც გამოიხატა ფეხების ტკივილში და ქვედა კიდურების მგრძნობელობის შეზღუდვაში. ტკივილის გასაჩერებლად მოჰქონდათ ფსიქოტროპული წამლები და მაძლევდნენ“. 2012 წლის მაისში ზონაზე დაბრუნების შემდეგ, პატიმარს 2-3 თვეში დაეწყო აუტანელი ტკივილები. ამ დროს უკვე ჰქონდა ჰეპატიტი C, რომელიც დაწესებულებაში ყოფნის დროს შეიძინა, სავარაუდოდ, სტომატოლოგიური მომსახურების დროს. მძიმე ტკივილის გასაყუჩებლად 4 თვის მანძილზე გაუკეთეს 300-მდე დიკლოფენაკის ამპულა. გარდა ამისა, დამატებით, დაწესებულების გარედან, მას აწვდიდნენ სხვა მედიკამენტებს. მცირე ხნის შემდეგ მას უკვე მოძრაობა აღარ შეეძლო და მუდმივად

იწვა. 2012 წლის საპარლამენტო არჩევნების შემდეგ, პირველად გადაუღეს კომპიუტერული ტომოგრაფია. დასკვნის მიხედვით, მას სასწრაფოდ ესაჭიროებოდა ქირურგიული ჩარევა, თუმცა აღნიშნული ოპერაცია მას მხოლოდ 2013 წლის 21 ივნისს გაუკეთეს. მანამდე კი ყოველ კვირას აიძულებდნენ რომ ოპერაციას მომდევნო კვირას გაუკეთებდნენ. პირველი ოპერაცია ჩატარდა წმ. მიქაელის საავადმყოფოში. ოპერაციის შემდეგ, მეორე დღესვე, იგი პალატაში გადაიყვანეს და დააბრუნეს კვლავ სასაჯელსრულების დაწესებულებაში. 10 დღის შემდეგ ისევ დაეწყო გაუსაძლისი ტკივილები, ყოველ დღემოდით კატასტროფის ბრიგადა დაუკეთებდა სხვადასხვა მედიკამენტებს. საჭირო გახდა მეორე ოპერაციის გაკეთება, რის შემდეგაც მას მოეხსნა აუტანელი ტკივილები, თუმცა დარჩა ტკივილი, რომლის მართვა წამლით იყო შესაძლებელი. მეორე ოპერაციის შემდეგ 5 დღე რეანიმაციის განყოფილებაში იმყოფებოდა, შემდეგ კი გადაიყვანეს საავადმყოფოშივე არსებულ კარცერის ტიპის ოთახში - რომელიც ექიმების განმარტებით, სპეციალურად პაციენტებისთვის იყო განკუთვნილი. აღნიშნულ ოთახში გ.უ-ს გადმოცემით, არაპიგიურული პირობები იყო და ხერხემალზე მძიმე ოპერაციის შემდგომ იგი იყო სრულიად მარტო, დამხმარის გარეშე. ვინაიდან მისთვის არ შეიძლებოდა აქტიური მოძრაობა, იგი ვერ იკმაყოფილებდა ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებს. მის მიერ დაწერილი განცხადების გამო კი დაუყოვნებლივ გადმოიყვანეს უკან, სასაჯელსრულების დაწესებულებაში. მდგომარეობა მეორე ოპერაციის შემდეგ მნიშვნელოვნად არ გაუმჯობესებულა, რის გამოც, სად-ის მოთხოვნით გ.უ-ს ჩაუტარდა ექსპერტიზა. თუმცა ექსპერტიზა ჩატარა იმავე ქირურგმა, რომელმაც ჩატარა მეორე ოპერაცია. აღნიშნულის გამო, გ.უ-ს ეჭვი შეაქვს ექსპერტიზის შედეგების სიზუსტესა და სანდოობაში, ვინაიდან ექსპერტიზის ჩატარება იმავე სამედიცინო სპეციალისტის მიერ, რომელსაც ევალებოდა კლინიკური შედეგის გაუმჯობესების მიღწევა, ბუნებრივია, ეწინააღმდეგება ექსპერტიზის დანიშნულებას, ობიექტურად შეაფასოს ოპერაციის შედეგი და მიღწეული გაუმჯობესება. პაციენტის აზრით, ექსპერტის დასკვნა არ ასახავს რეალურად მისი ჯანმრთელობის უმძიმეს მდგომარეობას.

გ.კ-ს საქმე

2013 წლის 12 ნოემბერს მონიტორინგის ექსპერტები სად-ის ერთ-ერთ დაწესებულებაში შეხვდნენ მსჯავრდებულ გ.კ-ს, რომელიც არის ეტლის მომხმარებელი. გ.კ-ს განმარტებით ის სასაჯელს იხდის 2009 წლის თებერვლიდან. სასაჯელის მოხდა დაიწყო გლდანის #8 დაწესებულებაში, რადროსაც არ აწუხებდა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რაიმე პრობლემა. #8 დაწესებულების კარანტინიდან გამოსვლისთანავე დაიწყო მისი სისტემატური წამება: დაწესებულების ადმინისტრაციის თანამშრომლებს იგი პერიოდულად გაჰყავდათ საკნიდან აბანოში, სადაც რამდენიმე თანამშრომელი სასტიკად სცემდა ხელებით, ფეხებით და ხელკეტებით. აყენებდნენ შეურაცხყოფას ეთნიკური ნიშნით. მსჯავრდებულის განმარტებით, ასევე ხდებოდა მთლიანი საკნის ჯგუფური დასჯა. კერძოდ, საკანში მყოფ ყველა მსჯავრდებულს დაწესებულების თანამშრომლები სცემდნენ გაცივების, ლაპარაკის, რადიოს ჩართვის გამო. ყოფილა უმიზეზოდ ცემის შემთხვევებიც. მსჯავრდებული იხსენებს, რომ თანამესაკნეებს ჰქონდათ ქაღალდით დამზადებული ჭადრაკის ფიგურები, რომლითაც დრო გაჰყავდათ და თამაშობდნენ შაშს. ამის გამო ისინი დაწესებულების თანამშრომლებმა სცემეს.

გ.კ-ს ჯანმრთელობის პრობლემები დაეწყო 2010 წლის 2 სექტემბრიდან, როდესაც იგი გადაიყვანეს #16 დაწესებულებაში. მიღების დროს, როდესაც ეტაპი მოვიდა, იგი ჯგუფურად სცემეს განსაკუთრებული სისასტიკით. ამის შემდეგ მას დაეწყო ხერხემლის ძლიერი ტკივილი, ასევე სათესლე ჯირკვლის ტკივილი. იგი 2010 წლის სექტემბრიდან 2012 წლამდე ითხოვდა ციხის საავადმყოფოში გადაყვანას გამოკვლევისა და მკურნალობის მიზნით. საპასუხოდ მას აძლევდნენ მხოლოდ ტკივილგამაყუჩებლებს. მისთვის ავადობის დიაგნოზი უცნობი იყო.

2012 წლის ნოემბერში, საპარლამენტო არჩევნების შემდგომ, იგი გადაიყვანეს ციხის საავადმყოფოში და დაუყოვნებლივ გაუკეთეს ოპერაცია. ამის შემდეგ ის თანდათან კარგავდა ქვედა კიდურებში მგრძნობელობას, 22 იანვარს გაუკეთეს მეორე ოპერაცია, რამაც სრულიად შეზღუდა მისი მოძრაობა ქვედა კიდურებში, დაეწყო უნებლიე დეფეკაცია და შარდვა. გ.კ-ს 2013 წლის ოქტომბერში დაუდგინდა სიმსივნე, თუმცა მისთვის უცნობი იყო თუ რომელი სტადია ჰქონდა. მას მონიტორინგის დღემდე აწუხებდა მრავლობითი სამედიცინო საჭიროებები, რომელიც მისი გადმოცემით ადეკვატურად არ კმაყოფილდება.

აღნიშნული შემთხვევები, სხვა, დოკუმენტებით გამყარებულ შემთხვევებთან ერთად, ცხადყოფს, რომ 2012 წლის ოქტომბრამდე ადგილი ჰქონდა პაციენტთა მიმართ მრავალჯერად და მძიმე ფორმის არასათანადო მოპყრობას, რომელიც უმეტესად გამოხატული იყო განსაკუთრებული სისასტიკით მიყენებულ ფიზიკურ და ემოციურ ძალადობაში. პაციენტების გადმოცემით, დაწესებულებებში

გავრცელებულ არაჰუმანურ მოპყრობას ჰქონდა იმდენად სისტემური ხასიათი რომ საჩივრის დაწერის ან პროტესტის გამოხატვას აზრი არ ჰქონდა. ხშირად, ისინი იმ მიზეზითაც იკავებდნენ თავს საჩივრის დაწერაზე, რომ აღნიშნულს შეეძლო გამოეწვია და რეალურად ახდენდა მათი მდგომარეობის განსაკუთრებულ დამძიმებას. ამგვარი მოპყრობის შედეგად პატიმრები აცხადებენ, რომ განუვითარდათ ჯანმრთელობის ქრონიკული მძიმე მდგომარეობა და შეზღუდული შესაძლებლობები, ანუ შეიძინეს იმგვარი სტატუსი, რომელიც არ ჰქონდათ დაწესებულებაში მოხვედრამდე.

წამებისა და არასათანადო მოპყრობის შედეგად შეზღუდული შესაძლებლობის შემენა ადამიანის უფლებების დამცველი ორგანიზაციებისათვის და საერთაშორისო სასამართლოსათვის კარგად ნაცნობი თემაა. იგი ხშირად ფორმულირებულია როგორც ერთ-ერთი შემამფოთებელი მოვლენა სასჯელაღსრულების სისტემის კონტექსტში. ჯერ კიდევ 2007 წლის 11 დეკემბერს, გაერთიანებული ერების ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისიის მიერ ორგანიზებულ ექსპერტთა შეხვედრაზე, წამების სპეციალური მომხსენებელი მანფრედ ნოვაკი აღნიშნავდა,⁸ რომ თავისი პროფესიული გამოცდილების მანძილზე და მრავალ ქვეყანაში განხორციელებული ვიზიტების დროს იგი გადააწყდა ისეთ შემთხვევებს, როდესაც წამების განხორციელებამ გამოიწვია ფიზიკური ან მენტალური შეზღუდვა. მან გაიხსენა გუანტანამოს დაწესებულების შემთხვევა, როდესაც პატიმართა ფსიქიკური პრობლემები გამოყენებულ იქნა მათ წინააღმდეგ დაწესებულებაში ყოფნის დროს. ამავე კონტექსტში ცნობილია ევროპის ადამიანის უფლებების სასამართლოს გადაწყვეტილებები, რომლებშიც სასამართლო მსჯელობს შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსზე, რომელიც გამოწვეულია წამებისა და არასათანადო მოპყრობის პირდაპირი თუ ირიბი ზეგავლენით (წამების გამო პირმა განახორციელა სუიციდის მცდელობა, რომელმაც შედეგად მძიმე შეზღუდული შესაძლებლობა გამოიწვია).⁹

ყოველივე ზემოაღნიშნული მიუთითებს 2012 წლამდე განხორციელებული წამებისა და არასათანადო მოპყრობის შემთხვევების ეფექტური გამოძიების განსაკუთრებულ მნიშვნელობაზე, რამაც გამოუსწორებელი ზიანი მიაყენა ადამიანებს, რომელთაც აღნიშნული მოვლენის შედეგად შეეზღუდათ შესაძლებლობები, განუვითარდათ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი დარღვევები და, ხანგრძლივად კი არა, სამუდამოდ გაუუარესდათ საზოგადოებაში ინტეგრაციისა და რესოციალიზაციის შესაძლებლობა.

სამედიცინო მომსახურება

სტანდარტი

ავადმყოფი პატიმრები, რომლებსაც სპეციალისტთა ყურადღება ესაჭიროებათ, უნდა გადაიყვანონ სპეციალურ დაწესებულებებში ან სამოქალაქო საავადმყოფოში. ციხის საავადმყოფოებს უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი სამედიცინო მომსახურებისათვის და მათი მკურნალობისათვის საჭირო დანადგარები, პრეპარატები და მედიკამენტები, აგრეთვე საკმარისად კვალიფიციური პერსონალი.

თითოეულ პატიმარს უნდა ჰქონდეს იმის შესაძლებლობა, ისარგებლოს კვალიფიციური სტომატოლოგის მომსახურებით (პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესები, მუხლი 22).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პატიმრებს აღენიშნებათ სპეციფიკური ჯანმრთელობის საჭიროებები, რაც დაკავშირებულია მათ სტატუსთან. ამ საჭიროებების დაკმაყოფილების გარეშე შესაძლოა მათი ფუნქციონალური სტატუსი მოკლე ხანში მკვეთრად გაუარესდეს, შედეგად კი უფრო მეტად შეეზღუდოთ საკუთარი თავის მოვლის, სივრცეში გადაადგილებისა თუ სხვა მნიშვნელოვანი შესაძლებლობა. ამ საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, სტანდარტულ სამედიცინო მომსახურებასთან ერთად, მათ ესაჭიროებათ რეგულარული ფიზიკური თერაპია, სმენისა და მხედველობის შემოწმება, ოკუპაციური თერაპია და ა.შ. მათთვის აუცილებელია იყოს ხელმისაწვდომი ის დამხმარე საშუალებები, რომელთა გარეშეც ისინი ვერ განახორციელებენ თავიანთ ფუნდამენტურ უფლებებს. მათ შორისაა: სავარძელ-ეტლი, სმენის აპარატი, ხელჯოხი, ორთეზი, პროტეზი და სხვა.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს შესაძლოა აღენიშნოთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მაღალი საჭიროება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში, ეს უკანასკნელი ხშირია

8 Office of the High Commissioner for Human Rights, Expert Seminar on the Freedom from Torture and Ill Treatment and persons with disabilities, Geneva, 11, December 2007

9 ECHR, Case of Mikheyev v Russia, 77617/01

სენსორული შეზღუდვის მქონე პირებთან (უსინათლო, ყრუ, სმენადაქვეითებული და სხვ.) ან კომუნიკაციის პრობლემის მქონე პატიმრებთან მათი იზოლირების ან მათდამი ძალადობისა და ბულინგის შემთხვევებში. სამედიცინო მომსახურების საჭიროება ასევე მძაფრდება ფსიქოლოგის საკონსულტაციო მომსახურების არქონის შემთხვევაში. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პატიმრებისათვის ჯანდაცვის სერვისების განსაკუთრებულად ადვილი ხელმისაწვდომობა წარმოადგენს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ერთ-ერთ რეკომენდაციას საპატიმრო ადგილებში.¹⁰

მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო პერიოდის განმავლობაში საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მიერ გატარდა არაერთი ღონისძიება პატიმრებისათვის სამედიცინო მომსახურების დროულად და ეფექტურად მიწოდების უზრუნველსაყოფად, სამედიცინო მომსახურების პრობლემა ჯერ კიდევ წარმოადგენს უმთავრეს მოუგვარებელ საკითხს შშმ მსჯავრდებულებთან და ბრალდებულებთან დაკავშირებით. პრობლემის ერთ-ერთი უმთავრესი წყარო ის არის, რომ სამინისტროს შშმ პატიმრების სპეციფიკური საჭიროებები, რომლებიც განსხვავდება სხვა პატიმრების სამედიცინო საჭიროებებისგან, არ აქვს იდენტიფიცირებული განსაკუთრებული ყურადღებისა და მუშაობის საგნად. ვერც ერთ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მონიტორინგის ჯგუფმა ვერ აღმოაჩინა ვერც ერთი სამედიცინო დარგის სპეციალისტი, რომელსაც ექნებოდა თანამედროვე და განახლებული ინფორმაცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პატიმართა სამედიცინო მდგომარეობის მართვის კუთხით. არ არსებობს რაიმე ტიპის დადგენილი სტანდარტი, რომელიც ამ სპეციალისტებს დაეხმარებოდა შშმ პატიმართა სამედიცინო საჭიროებების სწორად იდენტიფიცირებასა და დაკმაყოფილებაში.

მონიტორინგის ჯგუფმა ამ მიმართულებით აღმოაჩინა როგორც ინდივიდუალური პრობლემები, ისე სისტემური ხარვეზები, რომელზეც, დაწესებულებების მიხედვით, ქვემოთ გვექნება საუბარი.

სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #5 დაწესებულებაში, მიუხედავად იმისა, რომ საჭიროების შემთხვევაში ხდება ამ თუ იმ სპეციალიზაციის ექიმ-კონსულტანტის მოწვევა, ზოგჯერ ადგილი აქვს ამგვარი ვიზიტის დროში გაჭიანურებას და პაციენტს უწევს ლოდინი რამდენიმე თვის განმავლობაში. მაგალითად, შშმ პატიმარი ჟ.გ. რომელსაც დიაბეტის გამო მხედველობის პრობლემებიც აქვს, 2013 წლის ივლისის დასაწყისიდან ელის ოფთალმოლოგის ვიზიტს დაწესებულებაში. პატიმართა სამედიცინო ბარათებში არ ხდება მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტურად დაფიქსირება. დაწესებულებაში ძირითადი სამკურნალო საშუალებები საკმარისი ოდენობითაა, თუმცა არიან პატიმრები, რომელთაც სამკურნალო მედიკამენტებს დეპარტამენტი ვერ აწვდის და მათ ამარაგებენ საკუთარი ოჯახებიდან. მონიტორინგის დროს არ დაფიქსირებულა დაწესებულებაში შშმ პატიმრის მოვლის ინდივიდუალური გეგმის შედგენის არც ერთი ფაქტი. როგორც წესი, შშმ პატიმრები გაჭირვებით თვითონ უვლიან თავს ან მათ სხვა პატიმრები ეხმარებიან შეძლებისდაგვარად.

სად-ის #11 დაწესებულებაში არის სტომატოლოგი, რომელიც პერიოდულად ემსახურება პაციენტებს. თუმცა მას, ისევე როგორც მთელი სისტემის სტომატოლოგებს, არ ჰყავს დამხმარე ასისტენტი და სტომატოლოგიური კაბინეტის ჰიგიენა და იარაღების სტერილიზაცია მთლიანად მისი, ერთი პირის, პასუხისმგებლობაზეა.

გლდანის #8 დაწესებულებაში დაწესებულებას არ გააჩნია შშმ პატიმართა ადეკვატური მოვლისა და ზრუნვისათვის საჭირო არც ინფრასტრუქტურა და არც მომსახურე პერსონალი. ადმინისტრაციის განცხადებით, პატიმრის სპეც. მოვლის აუცილებლობის შემთხვევაში, მას ათავსებენ ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. მიუხედავად ამისა, პატიმარმა გ.ა-მ, რომელიც არის ეტლის მომხმარებელი, 2010 წელს სამკურნალო დაწესებულებაში, ეპილეფსიური გულყრის დროს, დაცემისას, მიიღო მარჯვენა ხელის ცერა თითის მოტეხილობა და ამის შედეგად განვითარებული განგრენის გამო, საჭირო გახდა პირველი ფალანგის ამპუტაცია.

პატიმარ მ.მ-ს, რომელსაც ამპუტირებული აქვს მარჯვენა ხელის მტევანი მაჯის სახსარში, ჭრილობის დაჩირქების ფონზე გაკეთებული ოპერაციის მიუხედავად, დაზიანებული ადგილი არ აქვს სათანადოდ დამუშავებული და კვლავაც აღენიშნება გამონადენი. პატიმრის სამედიცინო დოკუმენტაცია გაგზავნილია ექსპერტიზაზე შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მისაღებად, მაგრამ 5 თვის შემდეგაც გადაწყვეტილების პასუხი არ არის მიღებული.

მონიტორინგის განხორციელების პერიოდში #8 დაწესებულების ტერიტორიაზე მდებარე ციხის სამკურნალო დაწესებულება დახურული იყო მასში მიმდინარე სარემონტო სამუშაოების გამო, შესაბამისად, შშმ პატიმრები განთავსებული იყვნენ ჩვეულებრივ საკნებში სხვა პატიმრებთან ერთად.

10 United Nations Office of Drugs and Crime (2009). Criminal Justice Handbook Series, Handbook on Prisoners with disabilities. ISBN 978-92-1-130272-1

აქვე აღსანიშნავია, რომ #8 დაწესებულებას თავად არ გააჩნია სამედიცინო სტაციონარი და პატიმართა სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის კაბინეტებისა და მოწვეული ექიმ-სპეციალისტების მიერ.

დაწესებულებაში ვირუსული C ჰეპატიტის სკრინინგი არ ტარდება, ის ჩაუტარდა მხოლოდ უვადო პატიმრებს, რომელთა რაოდენობა არის 76. არ კეთდება შიდსის სკრინინგი და დაავადების გამოვლენა ექიმის მიერ ხდება მხოლოდ კლინიკური ნიშნების მიხედვით.

ფუნქციონირებს 2 სტომატოლოგიური კაბინეტი, ყოველ დღე 10.00–დან 18.00–მდე. დაწესებულებას ემსახურება 3 სტომატოლოგი. სტომატოლოგებს ასისტენტობას უწევენ რიგითი პატიმრები, რომლებიც სხვა დანარჩენებთან ერთად ეხმარებიან იარაღის გასტერილებაში, მიუხედავად იმისა, რომ მათ არ გააჩნიათ სპეციალური სამედიცინო განათლება. სტომატოლოგიური კაბინეტები არ არის აღჭურვილი რენტგენის აპარატურით, რაც აუარესებს მომსახურების ხარისხს და ეფექტურობას.

პატიმართა სამედიცინო დოკუმენტაციაში არ ხდება მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტურად დაფიქსირება. მხოლოდ მკურნალობაზე პატიმრის უარის შემთხვევაში დგება შესაბამისი აქტი, რომელზეც ხელს აწერს პაციენტი.

დაწესებულების მედპერსონალის განცხადებით, ისინი არ უჩივიან მედიკამენტების დეფიციტს, თუმცა პატიმრები აღნიშნავენ, რომ დაწესებულებაში მათ უმეტესად ეძლევათ ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატები და ხშირად უწევთ მკურნალობისათვის საჭირო წამლების შეძენა საკუთარი ხარჯებით დაწესებულებაში მდებარე „ავერსის“ აფთიაქში.

პატიმარ დ.ბ-ს განცხადებით, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტები – პოლიქენი, ტრენტალი და ვიტაპროსტ ფორტე დაწესებულებაში არ ჰქონდათ და იძულებული გახდა შეეძინა „ავერსის“ აფთიაქში. ვინაიდან რეჟიმის გამო პატიმარი თავად ვერ მიდის აფთიაქში წამლის შესაძენად, პლასტიკურ ბარათს ატანს სხვა პირს და ზოგჯერ ადგილი აქვს თანხის გაუთვალისწინებელ და გაუკონტროლებელ ჩამოჭრას ანგარიშიდან.

ადმინისტრაციის განცხადებით, პატიმარს და მის ახლობლებს სურვილისამებრ შეუძლიათ გარედან ექიმის მოწვევა საკუთარი ხარჯებით. მიუხედავად ამისა, არსებობს პატიმართა განცხადებები მაგ., პატიმარი რ.ხ., რომ მათ არ ეძლევათ უფლება, საკუთარი ხარჯით ექიმის შემოყვანისა, რათა დაესვას სწორი დიაგნოზი და დაენიშნოს ადეკვატური მკურნალობა. ამავე პატიმარ რ.ხ-ს განცხადებით, მას უკვე 3 თვეა რაც გაგზავნილი აქვს დირექციაში განცხადება საკუთარი დიაგნოზისა და მკურნალობის შესახებ ინფორმაციის მისაღებად, რომელიც ჯერაც არ მიუღია. პატიმრის მიერ მიღებული ინფორმირებული თანხმობის შემდეგ, მისი პირადი სამედიცინო ბარათის ნახვისას გაირკვა მისთვის ციხის სამკურნალო დაწესებულებაში დასმული დიაგნოზი – სპონდილოზი, ლიგამენტოზი, სპონდილოართროზი, L5 დისკის პროთრუზია, კეფის დიდი ნერვის ნევრალგია, შფოთვითი მდგომარეობა, ეპილეფსია. სამედიცინო ბარათში არ დევს მკურნალობაზე გაცნობიერებული თანხმობის დოკუმენტი. არ დევს ასევე ინფორმირების ფორმა დიაგნოზზე/დაავადებაზე. სამედიცინო საბუთებში არ დევს არც ფორმა #100 და არც პატიმრის პირადი განცხადებები.

სად-ის #15 დაწესებულებას ღამის საათებში ემსახურება მხოლოდ 1 მორიგე ექიმი და ექთან, სრულფასოვანი და ოპერატიული სამედიცინო სერვისის მიწოდებაზე საუბარი საკმაოდ რთულია. აშკარად თვალში საცემია პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) სამედიცინო პერსონალის უმძიმესი სამუშაო რეჟიმი და მათი პირადი უსაფრთხოების სრული იგნორირება, ვინაიდან დაწესებულების რეჟიმი არის ნახევრად ღია, პატიმრები თავად მიდიან სამედიცინო კაბინეტში მედიკამენტისა თუ სხვა სამედიცინო სერვისის მისაღებად. შედეგად, კაბინეტში გროვდება პატიმართა დიდი რაოდენობა, სადაც შეუძლებელი ხდება სრულფასოვანი სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება, კონფიდენციალურობის დაცვა, პაციენტისათვის ადეკვატური ყურადღებისა და დროის დათმობა. გარდა ამისა, თავად მედპერსონალიც სრულიად დაუცველია პატიმართა მხრიდან დასაბუთებული თუ დაუსაბუთებელი უკმაყოფილებით გამოწვეული აგრესიისაგან. პატიმართა განცხადებით, როგორც დღის, ასევე ღამის საათებში ექიმის მოთხოვნისას მომსახურება საკმაოდ დაყოვნებულია.

აქაც აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ პატიმრობის წინასწარი დაკავების დაწესებულებიდან მე-15 დაწესებულებაში გადმოყვანისას მსჯავრდებულს არ მოჰყვება ბრალდებულად ყოფნის პერიოდში მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი არანაირი სამედიცინო დოკუმენტაცია, რაც დაწესებულების მედპერსონალს ბრალდებულად ყოფნის პერიოდში გამოვლენილი ჯანმრთელობის პრობლემების თაობაზე დროულად ინფორმირების საშუალებას მისცემდა.

მიუხედავად იმისა, რომ ადმინისტრაციისა და მედპერსონალის განცხადებით, მედიკამენტები საკმარისი ოდენობით აქვთ, პატიმრები ხშირად აფიქსირებენ ფაქტებს, როდესაც მოწვეული ექიმი

სპეციალისტების მიერ დანიშნული წამლები დაწესებულებას არ ჰქონდა და თავად მოუწიათ მათი შეძენა აფთიაქში.

დაწესებულების წამლების მარაგი ინახება, დაახლოებით, 6 კვ.მ ფართობის ოთახში, რომელიც მდებარეობს ადმინისტრაციულ კორპუსში, სადაც არ არის არც თაროები და არც კარადები დახარისხებული წამლების განსათავსებლად. ამის გამო, წამლები უწესრიგოდ აწყვია ყუთებში ერთი მეორეზე, იატაკზე, სეიფის თავზე და ა.შ.

საკმაოდ ხშირია ავადმყოფი პაციენტების გაყვანა სამოქალაქო სექტორში, მაგრამ პრობლემას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ გაყვანილ პაციმარს გამოკვლევა უტარდება მხოლოდ ერთი რომელიმე დაავადების მიხედვით და თუ მას აქვს სხვა პრობლემებიც ჯანმრთელობის მხრივ, იგი ხელახლა უნდა დადგეს საყოველთაო ელექტრონულ აღრიცხვაზე. ეს გარემოება ძალზე აჭიანურებს პაციმართა მულტიპროფილური კვლევებისა და მკურნალობის პროცესს, რომლის საჭიროებაც უდავოა სასჯელაღსრულების სისტემაში არსებული მძიმე მდგომარეობიდან გამომდინარე.

დაწესებულებაში ფუნქციონირებს სტომატოლოგიური კაბინეტი. მიუხედავად იმისა, რომ სტომატოლოგი იმყოფება სრულ საშტატო განაკვეთზე, იგი სამსახურში დადის მხოლოდ კვირაში 3-ჯერ. მას არ ჰყავს ასისტენტი და თავად უწევს ზრუნვა როგორც კაბინეტის ჰიგიენაზე, ასევე სამუშაო იარაღების სტერილურობის უზრუნველყოფაზე.

სად-ის #17 დაწესებულებას აქვს მცირე ქირურგიული სამანიპულაციო კაბინეტი, მაგრამ კაბინეტს სამედიცინო დეპარტამენტი არ ამარაგებს და ძალზე აკლიათ ქირურგიული იარაღები. კერძოდ აქვთ მხოლოდ ერთი მაკრატელი. მედპერსონალის განცხადებით, ლატექსის ხელთათმანები ხშირად არ ჰყოფნით, გასაკერი მასალა არ ეძლევათ და თვითონ ყიდულობენ. ასევე თვითონ ყიდულობენ ქირურგიული დანის პირებს. კაბინეტს არ გააჩნია ექიმის შრომის აღწერილობა.

ლაბორატორიული სერვისი ძალზე მწირია. ადგილზე კეთდება მხოლოდ შიდსის ანალიზი. დანარჩენი ლაბორატორიული კვლევებისათვის მასალა ყოველ ოთხშაბათს კონტეინერებით იგზავნება ციხის სამკურნალო დაწესებულებაში (PB-ზე).

დაწესებულებაში ფუნქციონირებს სტომატოლოგიური კაბინეტი. მთავარი ექიმის განცხადებით, სტომატოლოგი იმყოფება სრულ განაკვეთზე და მუშაობს ყოველ დღე, თუმცა მონიტორინგის ჯგუფის ორდლიანი ვიზიტის დროს სტომატოლოგი დაწესებულებაში არ იმყოფებოდა. პაციმართა განცხადებითაც სტომატოლოგიური სერვისის მიღება შესაძლებელია კვირაში 1-2 დღე. რაც შეეხება ორთოპედს, რომელიც პერიოდულ ვიზიტებს ახორციელებს, პაციმართა განცხადებით, იგი მესამე თვეა არ შემოსულა დაწესებულებაში.

ექიმთან ვიზიტის პროცედურა, ნახევრად ღია რეჟიმის გამო, გამოიხატება იმაში, რომ პაციმრები თავად მიდიან პჯდ-ის კაბინეტში მედიკამენტებისა და სხვა სერვისების მისაღებად.

დაწესებულებას აქვს სამკურნალო სტაციონარი 26 ადგილზე (ე.წ. ბალნიჩკა), სადაც განთავსებული იყო 20 პაციმარი.

სტაციონარისაგან განსხვავებით, „კორპუსებზე“ ექიმის მიერ ავადმყოფი პაციმრების მონახულება ყოველდღიურად არ ხდება. ამის ერთ-ერთ მიზეზად სახელდება ექიმების დატვირთული სამუშაო განრიგი. პაციმართა განცხადებით, მათ არ მიეწოდებათ სრული ინფორმაცია მკურნალობის შესახებ და არც მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის აღება ხდება მათგან. დაწესებულებაში არ არის, პაციმართან შეთანხმებით, მისი მოვლის ინდივიდუალური გეგმის შედგენის არც ერთი პრეცედენტი. პაციმარ ი.გ-ს, რომელსაც ამპუტირებული აქვს მარჯვენა წინა მხარი, არ უშადადება პროთეზი და არც შესაბამისი მოვლის პირობები გააჩნია.

მართალია, პაციმართა გაყვანა გამოკვლევებზე სამოქალაქო სექტორში ხელმისაწვდომია, მაგრამ ხშირად ლოდინი საკმაოდ ხანგრძლივია. მაგალითად, მსჯავრდებული ვ.კ. უკვე 5 თვეა ელოდება გაყვანას ხერხემლის გამოკვლევაზე. პაციმარ ვ.გ-ს, რომელსაც მუხლის სახსრის ტუბერკულოზის გამო შეზღუდული ჰქონდა კიდურის მოძრაობა და დაპაციმრებამდე დაგეგმილი იყო მისი ოპერაცია, ოპერაციის თანხაც უკვე გადარიცხული ჰქონდა „ავერსის“ კლინიკაში, უკვე წელიწად-ნახევარზე მეტია, არ ეძლევა აღნიშნული ოპერაციის გაკეთების საშუალება. ასევე, 2 წელიწადზე მეტია ელოდება ოპერაციას ეტლის-მომხმარებელი მსჯავრდებული ზ.ჰ., რომელსაც სისტემაში მიღებული მენჯ-ბარძაყის სახსრისა და ბარძაყის ძვლის მძიმე დაზიანებების გამო, ესაჭიროება ქირურგიული ჩარევა.

შშმ მსჯავრდებულისა და ბრალდებულისათვის, მცირე გამონაკლისების გარდა, სრულიად მიუწვდომელია პერსონალური დამხმარის შესაძლებლობა. თუმცა აღნიშნული შეზღუდვა ლოგიკური შედეგია იმ ფაქტისა, რომ სად-ის დაწესებულების ადმინისტრაციის უმრავლესობას ამგვარი დამხმარის საშტატო ერთეულის არსებობა არარეალისტურ პრივილეგიად მიაჩნია შშმ პატიმრებისათვის. დაწესებულებების სრულ უმრავლესობაში მწოლიარე პატიმრებს ეხმარებიან მხოლოდ თანამესაკნეები, თუმცა აღნიშნული ხშირად არ წარმოადგენს პრობლემის რაციონალურ გადაწყვეტას. შშმ პატიმრები დამოკიდებული არიან თანამესაკნელთა ნებაზე, რათა დაკმაყოფილდეს მათი ფიზიოლოგიური და სხვა სახის მოთხოვნილებები. ამგვარი დამოკიდებულება არასასურველ სუბორდინაციაში აყენებს მათ და წარმოშობს რისკს დამოკიდებულებით მანიპულირებისა, რომელიც ადვილად შეიძლება გადაიზარდოს ჩაგვრასა და ძალადობაში. ერთ-ერთი დაწესებულების ერთ-ერთი საკნის პატიმრების გადმოცემით, მათ თანამესაკნეს აღენიშნება საკმაოდ მძიმე ფორმის შეუკავებლობა (დეფეკაციისა და შარდის), იგი დამოუკიდებლად ვერ ახერხებს ვერც დაბანას და ვერც სხვა ტიპის ჰიგიენური ნორმების დაცვას. ადმინისტრაციას არ ჰყავს გამოყოფილი მისთვის დამხმარე. თანასაკნელები კი დარწმუნებით ვერ ამბობენ, რამდენი ხანი შეძლებენ ამგვარი დახმარების გაწევას. მათი გადმოცემით, მათ მიერ საკნის დატოვების შემთხვევაში არც ერთი ახალი თანამესაკნე, სავარაუდოდ, არ იკისრებს ასეთი დახმარების გაწევას დაავადების მძიმე ხასიათიდან გამომდინარე.

სად-ის #8 დაწესებულებაში ადმინისტრაციამ სხვაგვარი გადაწყვეტა მოუწია ამ საკითხს, კერძოდ, 3 შშმ პირი, სამივე ეტლის მომხმარებელი, ერთ ოთახში განათავსა და მათი მოვლა სამეურნეო ნაწილის პატიმრებს დაავალა. აღნიშნული ვერ იქნება მიჩნეული პრობლემის რაციონალურ გადაწყვეტად, ვინაიდან, ერთი მხრივ, შშმ პატიმრების მოვლა სამეურნეო ნაწილის საქმიანობის სფეროს არ განეკუთვნება, ხოლო მეორე მხრივ, სამეურნეო ნაწილი ვერ უზრუნველყოფს მუდმივი მეთვალყურეობას და მათთვის დახმარების აღმოჩენას. სხვა საკნებში ყოფნის დროს თუ შეზღუდული შესაძლებლობების არმქონე პატიმრებს შეეძლოთ მათთვის საჭიროების შემთხვევაში გარკვეული დახმარების აღმოჩენა, ახალ საკანში ეს შესაძლებლობას აღარ არსებობს. თავის მხრივ, გამოყოფილი საკანი არ არის იმდენად ადაპტირებული, რომ შშმ პატიმრებს მისცეს საშუალება, ერთმანეთზე იზრუნონ. კერძოდ, საკანში არ იყო ეტლით თავისუფლად გადაადგილების საშუალება, არც სველი წერტილი იყო ადაპტირებული, ტუალეტამდე 22 სმ-იანი ასასვლელია და კიდეც დამატებით 6 სმ კაფელის დონემდე. ყოველივე ზემოაღნიშნული კი მათ ჯანმრთელობას და რიგ შემთხვევებში, სიცოცხლესაც კი უქმნის საფრთხეს.

გ.ა-ს შემთხვევა

2013 წლის 4 ოქტომბერს სახალხო დამცველის რწმუნებულები სად-ის #8 დაწესებულებაში შეხვდნენ გ.ა-ს, რომელიც არის ეტლის მომხმარებელი, მისი გადმოცემით, მას აღენიშნება შეძენილი ეპილეფსია და სხვა დაავადებები. გ.ა-ს გადმოცემით, ერთ საკანში მოთავსებული 3 შშმ პატიმარი ფაქტობრივად ვერ იყენებს ეტლებს, რადგან სამივე მათგანის ბორბლები არის დაზიანებული. აღნიშნული ეტლები არ არის მორგებული პატიმართა ამჟამინდელ მდგომარეობაზე (ძვლოვანი კონრაქტურები, კუნთების ტონუსი და ა.შ.). გ.ა-ს მოთხოვნის მიუხედავად, მას არ მიეწოდა ხარისხიანი და მორგებული ხელჯოხი. მოწოდებული ხელჯოხები მოკლეა და რეალურად არ ეხმარება გადაადგილებაში.

სასეირნოდ გამოყოფილი ფართი მდებარეობს მე-4 სართულზე. გ.ა-სთვის მიუღებელია მე-4 სართულზე (ლიფტის არარსებობის პირობებში) სეირნობა, ვინაიდან მისი ეტლი სხვა სართულზე ლიფტის გარეშე უნდა აიყვანონ სამეურნეო ნაწილის პატიმრებმა და, მისი აზრით, მან შესაძლებელია აყვანის პროცესში მიიღოს დამატებითი დაზიანება. მძიმეწონიანი და გაუმართავი ბორბლების მქონე ეტლის ტარება სართულზე დიდ საშიშროებას წარმოადგენს ყველა შშმ პირისთვის. მისთვის ასევე მიუღებელია საღამოს 6 საათის შემდეგ ეზოში სეირნობის შეთავაზება მხოლოდ თანასაკნელებთან ერთად, ვინაიდან, ამ დროს უკვე სიცივეა და იგი მოკლებულია შესაძლებლობას, მიიღოს მზის სხივები. ყოველივე ამის გამო, იგი მოკლებულია ჰაერზე კანონით კუთვნილი გასეირნების შესაძლებლობას.

გ.ა. აღნიშნავს, რომ სამივე შშმ პატიმარს საპირფარეოთი სარგებლობისათვის ესაჭიროებათ დამხმარე, რისთვისაც დღეში ორჯერ შემოდის სამეურნეო ნაწილის პატიმარი და ეხმარება მათ. თუმცა, თუ მათ დამატებით დასჭირდათ დღის განმავლობაში დახმარება (საპირფარეოს მოხმარებისთვის), ხშირად ხმას ვერ აწვდნენ დახმარების მოსათხოვად. ყოფილა შემთხვევა, როდესაც 2-3 საათი დასჭირდა დახმარებისათვის ხმის მიწვდენას რკინის მასიური კარის მიღმა.

2 ნოემბერს გ.ა-ს მოუვიდა რთული და ხანგრძლივი ხასიათის ეპილეფსიური გულყრა, რა დროსაც ეტლიდან გადმოვარდა და ბეტონის იატაკზე დაეცა, ჰქონდა ეპილეფსიის გულყრისთვის დამახასიათებელი უნებლიე მოძრაობები. იყო სერიოზული საფრთხე მიეღო თავის ტრავმა, თანასაკნელმა ასევე შშმ პირმა, რომელმაც დამოუკიდებელი მოძრაობის სრული შეზღუდვის გამო ვერ მოახერხა გადმოსულიყო საწოლიდან და გ.ა-სთვის დახმარება აღმოეჩინა, ყვირილით უხმო მორიგეს. დამხმარე შემოვიდა 10-15 წუთის დაგვიანებით. მისი გადმოცემით, აღნიშნული შეტევა შესაძლებელია კვლავ განმეორდეს, თუმცა არ იცის რამდენად დაცული იქნება დამატებითი ტრავმების მიღებისაგან და რამდენად დროულად აღმოუჩენენ აუცილებელ სამედიცინო დახმარებას.

ფსიქიატრიული მომსახურება და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

სტანდარტი

ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესების შესახებ გაერთიანებული ერების პრინციპების მე-20 პრინციპის თანახმად:

1. აღნიშნული პრინციპი შეეხება პირებს, რომლებიც სასჯელს იხდიან სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის გამო ან მათ, რომლებსაც სისხლის სამართლის პროცესში შეეზღუდათ თავისუფლება გამოძიების მიზნებიდან ან სხვა პროცედურული საკითხებიდან გამომდინარე, მათ, რომელთაც დადგენილად აღენიშნებათ ფსიქიკური დაავადება ან არსებობს ვარაუდი მათი არსებობის შესახებ.

2. აღნიშნულ პირებს უნდა მიეწოდოთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურება შესაძლო საუკეთესო ფორმით, მხოლოდ იმგვარი მოდიფიკაციით, რაც აუცილებელია გარემო პირობებიდან გამომდინარე.

4. ამ პირების მკურნალობა უნდა ხორციელდებოდეს მე-11 პრინციპის მოთხოვნებიდან გამომდინარე (თითოეული მოთხოვნა განხილული იქნება შესაბამის შემთხვევასთან მიმართებაში).

მიუხედავად იმ ფაქტისა, რომ სასჯელაღსრულების, კორექციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტრო ხშირად მართავს ჟურნალისტებისა და უცხოელი ექსპერტების ინფორმირების მიზნით შეხვედრებს მიმდინარე სამედიცინო რეფორმებზე სასჯელაღსრულების სისტემაში, მონიტორინგის პროცესში, ადგილზე მისულ ექსპერტებს სრულიად განსხვავებული სიტუაცია დახვდათ: მოქმედ სამედიცინო სამსახურის თანამშრომლებს არ აქვთ 2013 წლის პირველი ექვსი თვის დამუშავებული სამედიცინო სტატისტიკა, მათთვის ხშირად უცნობია, თუ რამდენი ბრალდებული/მსჯავრდებული პირი იქნა გადაყვანილი სამოქალაქო ფსიქიატრიულ სტაციონარში ფსიქიატრიული დახმარების მისაღებად, რამდენმა გაიარა ფსიქიატრიული კომისიის რეკომენდაციის საფუძველზე სამედიცინო ფსიქიატრიული ექსპერტიზა და რამდენი იქნა გადაყვანილი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობის ჩასატარებლად ან სამართალწარმოების პერიოდში რამდენი პატიმარი იქნა ცნობილი შეურაცხადად სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის საფუძველზე, და ბრალის მოხსნის შემდეგ იქნა გადაყვანილი იმავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში. მონიტორინგის მსვლელობის პერიოდში სასჯელაღსრულების დაწესებულების ადმინისტრაცია და სამედიცინო სამსახურის თანამშრომლები ერთმანეთთან ზეპირი გადამახილით (ან ტელეფონის ზარებით) აზუსტებდნენ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების რაოდენობას და გვაძლევდნენ ერთმანეთისაგან განსხვავებულ ზეპირ ინფორმაციას. მონიტორინგის ჯგუფის ცალკეული ექსპერტის სამიზნე ჯგუფის სავარაუდო პაციენტის მოძიება ძირითადად შემთხვევითი შერჩევის გზით ხდებოდა.

როგორც მონიტორინგის პროცესში გამოვლინდა, სამედიცინო და სოციალური სამსახურები არ ინტერესდებიან სად-ში მოთავსებული პატიმრის არც დაპატიმრებამდე არსებული შშმ პირთა სტატუსით და არც პატიმრობის პერიოდში შეძენილი ან გართულებული შესაძლებლობის შეზღუდვის ხარისხით, შესაბამისად, არ გააჩნიათ პატიმრობის პირობებზე ადაპტირებული შშმ პირზე ზრუნვის სტანდარტები, არ ხდება შშმ პირზე ზრუნვისა და მოვლის სახელმწიფო და საერთაშორისო სტანდარტების იმპლემენტირება. მეტწილად მათთვის შშმ პირის სტატუსი მხოლოდ ეტლის მომხმარებელთან ასოცირდება.

თანამშრომელთა მიერ დაგვიანებით ან საერთოდ ვერ ხერხდება ფსიქიკური აშლილობის შეცნობა და ხშირად ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირი პატიმრობის რეჟიმის დაუმორჩილებლობის გამო დასჯის ობიექტი ხდება.

პატიმრის მანიპულატორული ქცევა ან პროტესტის რეაქცია (თვითდაზიანება, თვითმოწამვლა, უცხო სხეულების გადაყლაპვა და სხვა) თანამშრომლების მიერ ხშირად გადაუდებელ ფსიქიატრიულ შემთხვევად აღიქმება. არაპროფესიონალიზმის გამო, ვერ ახერხებენ აუტო და ჰეტეროაგრესიული ქცევის პრევენციას, რისკების ადგილზე შეფასებას/მართვას და სასწრაფო დახმარების ბრიგადის დახმარებით დაუყოვნებლივ ხდება მათი ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალში გადაყვანა, სადაც პატიმარი, სხვადასხვა მიზეზით, უარს ამბობს ნებაყოფლობით მკურნალობაზე. არანებაყოფლობითი მკურნალობის კრიტერიუმების არარსებობის გამო კი ხდება მისი უკან დაბრუნება, რაც ხშირად ხელმძღვანელობის გულისწყრომას იწვევს. მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბრალდებული/მსჯავრდებული პირები დროში გაწელილი დიაგნოსტიკური და სამართლებრივი პროცედურების გამო, საშუალოდ 2-4 თვის დაყოვნებით გადაჰყავთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჩატარების მიზნით. დაწესებულებების პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის განყოფილებებს არ გააჩნიათ ადგილზე ფსიქიატრიული დახმარებით პატიმრის უზრუნველყოფის არც ინფრასტრუქტურული და არც პროფესიული რესურსები, არც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ლიცენზირება არ აქვთ, რის გამოც, დაყოვნების პერიოდში პატიმარი ვერ იღებს ადეკვატურ ფსიქიატრიულ დახმარებას და წარმოადგენს არაჰუმანური მოპყრობის მსხვერპლს.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებების ადმინისტრაცია აღნიშნავს, რომ სასჯელაღსრულების სამკურნალო დაწესებულების დახურვის შემდეგ მძიმე ფსიქიკური დაავადების მქონე პატიმრებზე ზრუნვა მათ დიდ სირთულეებს უქმნის.

განსაკუთრებით გამწვავებულია მძიმე ფსიქიატრიული დაავადების მქონე ბრალდებულთათვის ფსიქიკური დახმარების გაწევა. მათ მიმართ მოპყრობისა და მკურნალობის საკითხიც, სპეციალური სახელმძღვანელო პრინციპების უქონლობის გამო, ხშირად დაწესებულების დირექტორის ნებასა და ჰუმანურობაზე არის დამოკიდებული.

სად-ის დაწესებულებათა უმრავლესობაში ასეთი პაციენტები ძირითადად ჩვეულებრივ საკნებში არიან განთავსებული, იშვიათად უტარდებათ ფსიქიატრის კონსულტაცია და მკურნალობის რეჟიმის დაცვა მხოლოდ პაციენტის ნებაზე ან თანამესაკნეების მხარდაჭერაზეა დამოკიდებული (სად-ის #15, #17, #5 დაწესებულებები).

სად-ის ზოგიერთი დაწესებულების ხელმძღვანელთა ვარაუდით, სამოქალაქო სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანის პროცესს პაციენტთა დიდი რაოდენობა და საჭირო ბადრაგირების პრობლემები აფერხებს, ეს საკითხი სამედიცინო დეპარტამენტში რეგულირდება. შექმნილია სომატურ კლინიკებში გადასაყვან პატიმართა ერთიანი სია, მაგრამ რიგითობა ხშირად ირღვევა გადაუდებელი სამედიცინო საჭიროებების წარმოქმნის გამო, რაც პატიმართა უკმაყოფილებას და გაღიზიანებას იწვევს.

სასჯელაღსრულების სისტემაში არ არის შემუშავებული პატიმრის პირველადი ფსიქო-ფიზიკური ჯანმრთელობის შეფასების და გამოვლენილი პრობლემების მართვის სტანდარტები. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პატიმრის პირველად სამედიცინო შემოწმებას პჯდ-ის ოჯახის ექიმი ახდენს.

სამედიცინო დოკუმენტაციის შეფასებამ დაგვარწმუნა, რომ მიღებისას პატიმრის ფსიქო-ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება ფორმალურ ხასიათს ატარებს და არ ხდება პატიმრის მდგომარეობის მულტიდისციპლინური შეფასება, სომატური, ფსიქოლოგიური/ფსიქიატრიული, სოციალური, სამართლებრივი საჭიროებების განსაზღვრა, შესაბამისად, არ წარმოებს გამოვლენილი პრობლემების დაძლევაზე ორიენტირებული ინტერვენციების დაგეგმვა და განხორციელება (გარდა სად-ის N11 დაწესებულებისა).

სად-ის დაწესებულებათა უმრავლესობაში, პატიმრის პირველადი ფსიქიატრიული შეფასება საერთოდ არ ხდება, იშვიათად შეიძლება მოიძებნოს, მხოლოდ არასრული, ნაკლებად ინფორმაციული ანკეტური ჩანაწერი, მაგ., „მკურნალობდა ფსიქიატრთან“, „აღრიცხვაზე იყო დისპანსერში“, „წამლები არ ახსოვს“ და ამ ინფორმაციის არსებობის შემთხვევაშიც კი, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის სამედიცინო პერსონალს, ოჯახის ექიმს არ ჰყოფნის კვალიფიკაცია და მიღებისას პატიმრის ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასებას არ აწარმოებს. ფსიქიატრის კონსულტაცია დაგვიანებით და ძირითადად მწვავე ფსიქოზური სიმპტომების და აშკარად გამოხატული არაადეკვატური ქცევის გამოვლენის შემთხვევაში ხდება. დაპატიმრებასთან დაკავშირებული ფსიქიკური პრობლემები და შედარებით მსუბუქი ფსიქიკური დარღვევები შეუმჩნეველი რჩება.

სად-ის მე-5 დაწესებულებაში შშმ პაციენტთა ძირითად პრობლემებს ქცევის დარღვევა, ასოციალური ქცევის პატერნების სიჭარბე, პედაგოგიური ჩამორჩენილობა, სტრესის დამძლევის პოზიტიური უნარ-ჩვევების დეფიციტი და ოჯახის მხარდაჭერის უქონლობა წარმოადგენს, თუმცა მათ უმრავლესობაში შესაძლებელი ხდება ცოდნის და პროფესიული უნარ-ჩვევების შეძენის მოტივაციის გამოუმუშავება და მათი ამ პროცესში ჩართვა.

დადებით მოვლენად უნდა შეფასდეს, სად №5 დაწესებულების ექიმ-სპეციალისტთა აქტიური ჩართულობა ცალკეული ბენეფიციარის ჯანმრთელობის პრობლემების მართვაში, სამედიცინო-ფსიქიატრიული საჭიროების აღმოცენებისას დაუყოვნებლივ ხდება პაციენტის შესაბამისი სპეციალისტის კონსულტაციით და კლინიკური გამოკვლევებით უზრუნველყოფა და მკურნალობის პროცესის დინამიკური მონიტორინგი.

მოწესრიგებულია ფსიქოტროპული მედიკამენტების გაცემისა და აღრიცხვის საკითხიც. დანიშნული ფსიქოტროპული პრეპარატების გაცემა ხდება ექიმის დანიშნულების შესაბამისად, სამედიცინო ნაწილში, სეიფიდან, ზედამხედველობის სამსახურის თანამშრომლის თანდასწრებით და წამლის სპეციალურ ჟურნალში გატარებისა და ხელმოწერით დადასტურების შემდეგ პაციენტი მედიკამენტს მათი თანდასწრებით იღებს.

თუმცა სად-ის #5 დაწესებულებაში შესამჩნევია ასევე გარკვეული ხარვეზები ფსიქიატრიული მომსახურების მიწოდების მხრივ: გაწეული ფსიქიატრიული მომსახურების შესახებ დამუშავებული სტატისტიკური მონაცემები არ გააჩნიათ და მონიტორინგის ექსპერტებს მონაცემებს საკუთარი მეხსიერების ხარჯზე აწვდიდნენ ვიზიტის განმავლობაში. სად-ის #5 დაწესებულებაში ფსიქიატრიული დახმარება ატარებს ერთჯერადი ან განმეორებადი კონსულტაციის სახეს ოჯახის ექიმის მოთხოვნის შესაბამისად. კონსულტანტი ფსიქიატრი კვირაში ორ დღეს მუშაობს #5 დაწესებულებაში. ძირითადად ერთი და იგივე ფსიქიატრია, თუმცა არის შემთხვევები, როცა კონსულტაციის საჭიროების მოთხოვნისას დაწესებულებაში სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სხვა კონსულტანტი ფსიქიატრები მოდიან. ჩანაწერი კეთდება პაციენტის ამბულატორიულ სამედიცინო ბარათში და ტარდება სპეციალურ ჟურნალში.

კონსულტანტი ფსიქიატრის მიერ დანიშნული პრეპარატები შეესაბამება დიაგნოსტიკურ შეფასებას, მაგრამ თანამედროვე ფსიქიატრიული მედიკამენტის პრინციპების გატარება, მკურნალობის დინამიკური მონიტორინგი, მედიკამენტების ტიტრაცია, ფსიქო-სოციალური ინტერვენცია არ ხდება, რაც ამცირებს ეფექტს და აღრმავებს ფსიქიატრიული დახმარებისადმი უნდობლობას. შესაბამისად, ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციმარი ვერ იღებს ადეკვატურ ფსიქიატრიულ დახმარებას. ასევე დარღვეულია პაციენტის/პაციმარის უფლება ინფორმირებული თანხმობით ფსიქიატრიული დახმარების მიღების შესახებ.

პაციმართა შორის მაღალია სტიგმა და უნდობლობა ფსიქიატრიული/ფსიქოლოგიური დახმარების მიმართ, მათი უმრავლესობა დაუშვებლად ან არასაჭიროდ მიიჩნევს ფსიქოლოგის/ფსიქიატრის კონსულტაციას და აცხადებს, „მე რაში მჭირდება ფსიქოლოგი, ჩემი თავის ფსიქოლოგი მე თვითონ ვარ“ ან ფსიქიატრის მიერ ჩატარებულ კონსულტაციას უნდობლობას უცხადებს და სხადასხვა მოტივით არ ასრულებს რეკომენდებულ თერაპიულ რეჟიმს.

სად-ის #17 დაწესებულებაში მონიტორინგის მომენტში 1635 პაციმარი იყო განთავსებული. დაწესებულების სამედიცინო ნაწილი 26 საწოლზეა გათვალისწინებული. მონიტორინგის დღეს სამედიცინო ნაწილში განთავსებული 20 პაციენტიდან ყველა სომატური დაავადების გამო გადიოდა მკურნალობას.

სამედიცინო ნაწილის მთავარმა ექიმმა ექსპერტებს დამუშავებული სამედიცინო სტატისტიკა ვერ მიაწოდა, ზეპირი განცხადებით, 2013 წელს ფსიქიატრიული სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნის შესაბამისად, ოთხი პაციენტი იქნა გადაყვანილი ბ. ნანეიშვილის სახ-ის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ხონი), არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული მკურნალობის ჩასატარებლად. ასევე, მთავარი ექიმის ზეპირი განცხადებით, ერთი პაციენტი გადაყვანილი იყო „ლ. სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნულ ბიუროში“ საექსპერტო შეფასების მიზნით და მისივე განცხადებით მონიტორინგის მომენტისათვის დაწესებულებაში პაციენტი ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზით არ იმყოფებოდა.

დაწესებულებაში განთავსებული შშმ პირთა რაოდენობის შესახებ დაწესებულების ადმინისტრაციასა და მთავარ ექიმს ინფორმაცია არ გააჩნიათ, პაციმართა სკრინინგული შეფასება ამ ნიშნით არ ხდება და შესაბამისი რეგულაციებიც არ არის განსაზღვრული.

შტატით გათვალისწინებულია ერთი ფსიქიატრი და ერთი ფსიქოლოგი, ფსიქოლოგის შტატი ვაკანტურია, ხოლო ფსიქიატრი კვირაში ერთხელ ატარებს პატიმრებთან ფსიქიატრიულ კონსულტაციებს.

ფსიქიატრიული დახმარება, საჭიროებისამებრ, სასჯელაღსრულების სამედიცინო დეპარტამენტიდან გამოძახებული ექიმი-ფსიქიატრის კონსულტაციით ამოიწურება, არ ატარებს დინამიკურ ხასიათს და არც ფსიქიატრის დანიშნულ მკურნალობაზე არ წარმოებს მონიტორინგი.

სად-ის მე-12 დაწესებულებაში ფსიქიატრიულ დახმარებას არ აქვს სისტემატური და დინამიკური ხასიათი, მხოლოდ იშვიათი კონსულტაციებით შემოიფარგლება. ინფრასტრუქტურა სრულიად შეუსაბამოა ციხის თანამედროვე სტანდარტებთან, განსაკუთრებით თვალშისაცემია ღიად დამონტაჟებული ელექტროსადენების და კაბელების სიმრავლე, რაც ექსპერტის/ფსიქიატრის აზრით, სუიციდურ საშუალებებს ხელმისაწვდომს ხდის და, ამდენად, სუიციდური ქმედების ალბათობას ზრდის. პატიმრებთან შეხვედრებისა და გასაუბრებისას გამოიკვეთა ფსიქოპათიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულების პრობლემატიკა, რაც პირდაპირ არის დაკავშირებული არასრულფასოვან ფსიქიატრიულ მომსახურებასთან. იგი შესაბამის თავში დეტალურად იქნება განხილული.

სად-ის #11 დაწესებულებაში დანერგილი შემთხვევის მულტიდისციპლინური მართვის პრინციპი მნიშვნელოვან დადებით ტენდენციად უნდა შეფასდეს და წახალისდეს.

სად-ის #2 დაწესებულებას ერთი ფსიქიატრი ემსახურება მუდმივ შტატში, დადებით მოვლენად უნდა ჩაითვალოს, რომ ექიმი სერტიფიცირებულია როგორც ფსიქიატრიაში, ასევე ნარკოლოგიაში. ფსიქიატრი პროფესიული თვალსაზრისით ობიექტურად აფასებს შექმნილ სიტუაციას და ითხოვს დამატებით რესურსს, ვინაიდან, მისი გადმოცემით, ერთი წელია რაც აღნიშნულ დაწესებულებაში მუშაობს და სისტემისათვის სპეციფიკურ საკითხებში ან ფსიქიატრის თანამედროვე ასპექტებში პროფესიული გადამზადება არ გაუვლია. დაწესებულებაში დაახლოებით 1200 პატიმარია, მათ შორის მაღალია ფსიქიკური დაავადებების სიხშირე და ერთი ფსიქიატრი ვერ უზრუნველყოფს მოთხოვნებს, სამუშაო საათების გადამეტებით მუშაობის მიუხედავად. გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების საჭიროების აღმოცენებისას და ნებაყოფლობითი ან არანებაყოფლობითი სტაციონარული საჭიროებისას სად-ის #2 დაწესებულების ადმინისტრაცია ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის/პატიმრის სამოქალაქო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაყვანას. დასავლეთ საქართველოში არსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (ხონი), სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნის გარეშე, ამ სტატუსის მქონე პაციენტების მიღებაზე უარს ამბობს არაუფლებამოსილების მოტივით. თბილისის ფსიქიატრიულ კლინიკებში კატასტროფის ბრიგადის დახმარებით პაციენტის გადმოყვანა კი დიდ ტექნიკურ და ორგანიზაციულ სირთულეებს უქმნით. ადმინისტრაციის ხელშეწყობით, სამედიცინო ნაწილში გამოყოფილია რამდენიმე საკანი, სადაც განთავსებული არიან მძიმე ფსიქიატრიული დაავადების მქონე პაციენტები განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ, 24 საათის განმავლობაში ხდება საკნის ვიდეო დაკვირვება, თითოეულ პაციენტს ემსახურება საზედამხედველო სამსახურის თანამშრომელი, მიუხედავად ამისა, ექიმი-ფსიქიატრი დარწმუნებულია, რომ ამ პირობებშიც შეუძლებელია ადეკვატური მკურნალობის ჩატარება. აღნიშნულ დაწესებულებაში ასევე ჩატარდა სამედიცინო დოკუმენტაციის არჩევითად შეფასება, რაც შემდეგი დასკვნის გაკეთების საშუალებას იძლევა: დაწესებულება უზრუნველყოფილია ფსიქო-ფარმაკოლოგიური საშუალებებით; ოპტიმალურია ფსიქოტროპული მედიკამენტების ხარჯვა და ექიმის დანიშნულება შესაბამისობაშია პაციენტის ფსიქიკურ მდგომარეობასთან.

სად-ის #15 დაწესებულების უფროსის მოადგილის ინფორმაციით, ჰყავთ 1 კონსულტანტი ფსიქიატრი, რომელიც კვირაში ორჯერ ატარებს კონსულტაციას. მონიტორინგის პროცესში, სამედიცინო პერსონალის და მსჯავრდებულთა გადმოცემით, ასევე სამედიცინო ფაილებში არსებული კონსულტაციის ფორმებით გაირკვა, რომ #15 დაწესებულებაში კონსულტანტი თვეში ერთხელ ან ორ კვირაში ერთხელ ატარებს კონსულტაციებს, მსჯავრდებულთა ნაწილი უკმაყოფილებას გამოთქვამს, რომ მისი ნახვა გამძლეულობა. უმრავლეს შემთხვევაში ფსიქიატრის მიერ დიაგნოსტირებულია პერსონოლოგიური აშლილობა, უფრო იშვიათად, ნაჩვენებია სხვადასხვა ხარისხის დეპრესიული აშლილობა ან ორგანული პიროვნული აშლილობა. ფსიქიატრიული დახმარება ექიმი-ფსიქიატრის მიერ მხოლოდ პერიოდული კონსულტაციებით შემოიფარგლება, არ ატარებს უწყვეტი დახმარების ხასიათს.

სად-ის #მე-8 დაწესებულების დირექტორის მოადგილისა და სოციალური სამსახურის უფროსის განცხადებით, სასჯელაღსრულების სამედიცინო სამსახურის დახურვის შემდეგ, განთავისუფლებული ფსიქიატრიული კადრებით მოხდა #8 დაწესებულების სამედიცინო სამსახურის გაძლიერება და 2-3 თვის წინ ფსიქიატრების, ფსიქოლოგებისა და სოციოლოგების ჯგუფის მიერ განხორციელდა #8 დაწესებულების ბენეფიციართა სკრინინგული ფსიქიატრიული

შეფასება, თუმცა შეფასების შედეგებისა და გატარებული ღონისძიებების შესახებ წერილობითი ინფორმაცია ექსპერტების მოთხოვნისას მათ ვერ წარმოადგინეს. ასევე ვერ მიაწოდეს სრულფასოვანი წერილობითი სტატისტიკური ინფორმაცია ფსიქიატრიული აშლილობის მქონე ბენეფიციართათვის გაწეული დახმარებისა და გატარებული სამართლებრივი ღონისძიებების შესახებ. ადმინისტრაციის წარმომადგენლები თუ სამედიცინო პერსონალი ზეპირ ინფორმაციას საკუთარი მეხსიერების ხარჯზე გვაწვდიდნენ. **სად-ის #მე-8 დაწესებულების ადმინისტრაცია აღიარებს, რომ სასჯელაღსრულების სამკურნალო დაწესებულების დახურვის შემდეგ მძიმე ფსიქიკური დაავადების მქონე პაციმრებზე ზრუნვა მათ დიდ სირთულეებს უქმნის.**

მსჯავრდებულთათვის სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზისა და არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის საჭიროების შემთხვევაში, სასჯელაღსრულების დაწესებულების ექიმი მიმართავს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის ფსიქიატრიულ კომისიას, რომელიც შეისწავლის მსჯავრდებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობას და იღებს გადაწყვეტილებას არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის მიზანშეწონილობის შესახებ. ამის შემდგომ, სასჯელაღსრულების დაწესებულების ადმინისტრაცია მიმართავს შესაბამის უფლებამოსილ საექსპერტო დაწესებულებას სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების მოთხოვნით.

განსაკუთრებით გამწვანებულია მძიმე ფსიქიატრიული დაავადების მქონე ბრალდებულთათვის ფსიქიატრიული დახმარების გაწევა. გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების საჭიროებისას, სამოქალაქო ფსიქიატრიულ კლინიკებში პაციმართა მკურნალობა, სად-ის #8 დაწესებულების დირექტორის მოადგილის განცხადებით, „ძვირი უჯდებათ“, „ერთი დღე-ღამე 400 ლარი ჯდება“. ჩნდება პაციმრის ბადრაგირების პრობლემებიც, რის გამოც, მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტს სასჯელის მოხდის ადგილზე მკურნალობენ.

დირექტორის მოადგილის განცხადებით, ფსიქიატრიულ კლინიკაში გადაყვანის საკითხის გადაწყვეტამდე, ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციმარი, „რომელიც წყნარია“, „სხვა საკანში“ გადაჰყავთ და თანასაკნელები უვლიან, მაგრამ „რომელიც აგრესიულია, იმათ ქცევას სხვა პაციმრები ვერ იგებენ“, „ვერაფერს ვერ ვუხერხებთ“ და დესტაბილიზაციის მიზეზი ხდება.

საუბარში დირექტორის მოადგილემ აღნიშნა, რომ ჰყავს ერთი „გიჟი“, რომელიც ამჟამად ექსპერტიზის პასუხის მოლოდინში ე.წ. „ფუქსებშია“¹¹ და „ანგრევს გისოსებს“.

სამართლო საკნის გამოყენება შშმ პაციმრის მიმართ

ბ.ა-ს შემთხვევა

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტების მიერ ბრალდებული ბ.ა. ნანახი და შეფასებული იყო სად-ის #8 დაწესებულების საკარანტინო ნაწილის სამართლო საკანში ე.წ. „ფუქსებში“.

გარემო პირობები: დაახლოებით 3 მ² ფართობის სამართლო საკანი, ბნელი, რკინის გისოსებიანი კარი დაკეტილია რკინის დიდი ბოქლომით, პაციენტი წევს საკნის კუთხეში, ცემენტის ფილაქანზე დაგდებულ ჭუჭყიანი ღრუბლის ნაგლეჯზე, აცვია მოუწესრიგებელი, ჭუჭყიანი ტანსაცმელი, თმები და მოშვებული წვერი ჭუჭყიანი და დაუვარცხნელი აქვს. საკნის კუთხეში დგას პლასტმასის ფინჯანი და ორი ჯამი საკვების ნარჩენებით, იატაკზე დაყრილია პურის ნატეხები. საწოლი, სკამი ან სხვა რაიმე ნივთი საკანში არ აქვს. საკნის კართანაც კი, არსებული ანტისანიტარიით გამოწვეული მძიმე სუნი დგას. აღსანიშნავია, რომ იქვე იყო სამი ცარიელი ფუქსი შუქით. შეკითხვაზე, რატომ მოათავსეს მაინც და მაინც იმ ფუქსში, სადაც შუქი გაფუჭებული იყო, თანამშრომელმა გვიპასუხა, დიდი მნიშვნელობა არ აქვს მისთვისო. იქვე მოთავსებული იყო ფსიქიკური პრობლემების მქონე ეროვნებით ინდოელი კიდევ ერთი პაციმარი, რომლიც „ფუქსშიც“ ასევე გაფუჭებული იყო შუქი, მაშინ როცა გამართულ მდგომარეობაში მყოფი 3 ფუქსი ცარიელი იყო.

მონიტორების მხრიდან გასაუბრების მცდელობისას შშმ პაციმარმა თავი მოაბრუნა, შეეცადა წამომდგარიყო, მაგრამ მხოლოდ სხეულის ზედა ნაწილის წამოწევა შეძლო და ამ უხერხულ მდგომარეობაში გაჩერდა, მოძრაობა შენელებული, შეკავებული და გამწვანებული აქვს, მზერით კონტაქტს ვერ ამყარებს, იყურება ერთი მიმართულებით, საუბრის წარმართვა არ მოხერხდა, ვერ ლაპარაკობს, წარმოთქვამს გაუგებარ ბგერებს. მონიტორების მისვლიდან რამდენიმე წუთში ბ.ა. ადგა ფეხზე და დაიწყო რკინის გისოსის ხმაურიანი მოძრაობა ძალის გამოყენებით. როგორც

11 ადმინისტრაციული კორპუსის სარდაფის ნაწილში განთავსებული საკარანტინო განყოფილების სამართლო საკანი.

დაწესებულების პერსონალმა შენიშნა, ბ.ა. ასეთივე პოზაში, გისოსის რყევით გამოწვეული უწყვეტი ხმაურით რამდენიმე საათი იყო დაკავებული. არ შედის კომუნიკაციაში არავისთან, ახდენს პერსონალის ქცევის იმიტაციას მრავალგზის განმეორებით (სამხედრო სალმის მიცემა).

საკარანტინო განყოფილების სამედიცინო ნაწილის მორიგე ექიმის, ასევე ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათის და ამბულატორიული მომსახურების აღრიცხვის #280 ჟურნალის მიხედვით: ბ.ა პატიმრობაში იმყოფება 07.08.13 წლიდან. ფსიქიატრის კონსულტაცია ჩატარდა 14.08.13 წ. დიაგნოზი: ორგანული პიროვნული აშლილობა F 07.0. დაენიშნა ანტიფსიქოზური მკურნალობა.

26.08.13, დიაგნოზი: ჰალუცინაციური სინდრომი. დაენიშნა ანტიფსიქოზური მკურნალობა, რეკომენდებულია დაკვირვება დინამიკაში.

07.10.13, დიაგნოზი: მწვავე ფსიქოზური აშლილობა F23; გაუგრძელდა ანტიფსიქოზური მკურნალობა.

შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის მიერ გაცემული სამედიცინო ცნობა #IV-100/ა -ის მიხედვით, 10.10.13-16.10.13 პაციენტი იმყოფებოდა არანებაყოფლობით სტაციონარულ მკურნალობაზე, დიაგნოზით მწვავე პოლიმორფული ფსიქოზური აშლილობა F23, გაწერისას მდგომარეობა შეფასებულია როგორც „მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობა გრძელდება. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის მოთხოვნის საფუძველზე, პაციენტი ეწერება კლინიკიდან“.

სამედიცინო დოკუმენტაციის შეფასებით, პაციენტი საკარანტინო განყოფილების სამართლო საკანში ე. წ. „ფუქსებში“ მისი მდგომარეობისათვის სრულიად შეუსაბამო და ღირსების შემლახავ პირობებში იმყოფებოდა შემდეგი პერიოდების განმავლობაში: 07.08.13-09.08.13; 03.09.13 (უცნობია რამდენი დღე დაჰყო); 03.10.13-10.10.13; 16.10.13 (უცნობია რამდენი დღე დაჰყო); 31.10.13 - 04.11.13 (ჩანაწერების უხარისხობის გამო, სრული სურათის დინამიკური შეფასება არ ხერხდება). მორიგე ექიმის გადმოცემით, პაციენტის სამართლო საკანში განთავსების მიზეზი მისი ფსიქიკური მდგომარეობა ხდება, მონიტორების ვიზიტამდე ერთი საათით ადრე პაციენტს გაუკეთდა ტიზერცინის ინექცია და ფსიქიატრის დანიშნულებით იღებს ანტიფსიქოზურ პრეპარატებს: ჰალოპერიდოლი 5 მგ 2-ჯერ და ციკლოდოლი 2მგ 2-ჯერ, აზალეპტინი 25მგ დღეში, ფსიქო-მოტორული აგზნების გამო, პერიოდულად უკეთდება ტიზერცინის ინექცია_ სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით, ექსპერტიზის დასრულებისა და 31.10.13 წელს სად-ის #8 დაწესებულებაში დაბრუნების და ე.წ „ფუქსებში“ განთავსების შემდეგ ფსიქიატრის კონსულტაცია პაციენტს არ ჩატარებია.

ბ.ა -ს ჩატარდა სტაციონარული სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, რომელიც დასრულდა 31.10.13 წელს (გადაყვანის რიცხვის დადგენა სამედიცინო დოკუმენტაციით არ ხერხდება).

შეფასება

გაერთიანებული ერების ადამიანის უფლებების კომიტეტის ზოგადი კომენტარის თანახმად,¹² პირის განთავსება სამართლო საკანში გახანგრძლივებული დროით შესაძლებელია წარმოადგენდეს პოლიტიკური და სამოქალაქო უფლებების საერთაშორისო პაქტის მე-7 მუხლით დაცულ, წამებისგან დაცვისა და თავისუფლების მუხლის დარღვევას. გაერთიანებული ერების წამების პრევენციის ქვეკომიტეტის დასკვნის თანახმად, პირის სამართლო საკანში ხანგრძლივი დროით დაყოვნება შესაძლოა გაუტოლდეს წამებას და არასათანადო მოპყრობას, იგი არ უნდა იყოს გამოყენებული არასრულწლოვნებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირებთან¹³. ქვეკომიტეტმა ამავე ანგარიშში (პარ. 184) ასევე მიუთითა, რომ იმ პატიმრებს, რომლებიც ატარებენ 12 საათზე მეტს სამართლო საკანში უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა, გავიდნენ სუფთა ჰაერზე, მინიმუმ, დღეში 1 საათის განმავლობაში. სხვა ანგარიშში კი ქვეკომიტეტმა მიუთითა, რომ სამართლო საკანებში აუცილებელია დაცული იყოს ჰიგიენის ნორმები, ხოლო პატიმრები უზრუნველყოფილი იყვნენ საწოლით (სუფთა მდგომარეობაში), მატრასით და სხვა საშუალებებით¹⁴. წამების ევროპული კომიტეტის დასკვნის თანახმად, სამართლო საკანის გამოყენება, რიგ შემთხვევებში, შესაძლოა გაუტოლდეს ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის (წამებისგან, არაჰუმანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისგან დაცვა) დარღვევას, რაც დამოკიდებულია მისი გამოყენების გარემოებაზე და ხანგრძლივობაზე. ადამიანის უფლებების ევროპული სასამართლოს თანახმად, „სრულმა სენსორულმა დეპრივაციამ (შეზღუდვა), სრულ იზოლაციასთან ერთად, შესაძლოა დაარღვიოს პიროვნების ხელშეუხებლობის და მის მიმართ იყოს არაადამიანური მოპყრობის ზომა. ეს უკანასკნელი არ შეიძლება გამართლებული იყოს

12 CCPR, General Comment 20/44, April 3, 1992.

13 UN Subcommittee on Prevention of Torture (2010), report on the visit of the subcommittee on prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment to the republic of Paraguay (par 185).

14 UN Subcommittee on Prevention of Torture (2010), report on the visit of the subcommittee on prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment to the Honduras (par 227).

უსაფრთხოების ან სხვა რაიმე ღონისძიების აუცილებლობით¹⁵. 2007 სტამბულის განცხადების შესაბამისად, სამართლო საკნის გამოყენების შესახებ¹⁶, მისი გამოყენება სრულად უნდა აკრძალულ იქნეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პატიმრებთან. გაერთიანებული ერების სპეციალური წარმომადგენელი წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობის საკითხებზე, ხუან მენდუზი, 2011 წელს წარმოდგენილ სპეციალურ ანგარიშში წამების აკრძალვის თემაზე¹⁷ აღნიშნავს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთათვის პოლიტიკური და სამოქალაქო უფლებების პაქტით გარანტირებული მე-10 მუხლი უნდა განვმარტოთ გაერთიანებული ერების 1991 წელს მიღებული დოკუმენტის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირთა დაცვისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზრუნვის გაუმჯობესების პრინციპების“ ჭრილში. ეს უკანასკნელი ნიშნავს, რომ ამ პირთა ფსიქიკური სტატუსის გამო, სამართლო საკანში შესაძლოა გამოიწვიოს ფსიქიკური აშლილობის სიმპტომების მკვეთრი გამწვავება და მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება. შესაბამისად, სპეციალურ წარმომადგენელს მიაჩნია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირების განთავსება სამართლო საკანში, ნებისმიერი ხანგრძლივობით, ჩაითვლება სასტიკ, არაადამიანურ და დამამცირებელ მოპყრობად, პაქტის მე-7 და მე-16 მუხლების დარღვევის შესაბამისად.

ბ.ა-ს შემთხვევაში, ადმინისტრაციის განცხადებით, პატიმრის მართო განთავსების მიზანს წარმოადგენდა „მისივე და სხვათა უსაფრთხოების დაცვა“.

პატიმრობის კოდექსის 57-ე მუხლის პირველი პუნქტის თანახმად, ბრალდებულის/მსჯავრდებულის მიერ საკუთარი თავის, გარშემომყოფთა და ქონების დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით, დასაშვებია ბრალდებულის/მსჯავრდებულის მიმართ ხელბორკილის ან დამაწყნარებელი პერანგის გამოყენება, სხვა ბრალდებულთაგან/ მსჯავრდებულთაგან მისი განცალკევება, დროებით სხვა პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში გადაყვანა, სამართლო საკანში მოთავსება არა უმეტეს 24 საათისა. უშიშროების ღონისძიების გამოყენება უნდა შეწყდეს დაუყოვნებლივ იმ საფრთხის აღმოფხვრისთანავე, რომლის აღსაკვეთადაც ეს ღონისძიება გამოიყენება. შესაბამისად, ვინაიდან კანონმდებლობა არ ითვალისწინებს დაწესებულებაში უკვე განთავსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პატიმრის საკარანტინო განყოფილებაში მოთავსებას, დარღვეულია საქართველოს კანონმდებლობის მოთხოვნები და საქმის გარემოებების შეფასების შედეგად, შეიძლება ითქვას, რომ პატიმრის მიმართ ადგილი აქვს არასათანადო მოპყრობას.

ამბულატორიული მომსახურების აღრიცხვის #280 ჟურნალის (მიმდინარე) მიხედვით, ამავე განყოფილების სამართლო საკანში განთავსებული იყო კიდევ ორი ფსიქიკური დაავადების მქონე ორი პატიმარი: ბ.დ., რომელიც 28.10.13 წელს გადაყვანილია სამხარაულის სახელობის ეროვნული ექსპერტიზის ბიუროში სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების მიზნით და კ.გ., რომელიც 31.07.13 - 06.08.13 წლებში განთავსებული იყო იგივე ტიპის სამართლო საკანში, შემდეგ კი გადაყვანილ იქნა ბ. ნანეიშვილის სახ-ის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ხონი).

მონიტორინგის ჯგუფის წევრების შეფასებით, ზემოთ განხილული სტანდარტის გათვალისწინებით, სამივე პაციენტი შეიძლება განხილულ იქნას როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნიშნით დისკრიმინაციის და არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლი.

შემაშფოთებელია, რომ, არც პირად საუბარში და არც სამედიცინო ჩანაწერებში, არ ჩანს ექიმების პროტესტი სად-ის ადმინისტრაციის მიერ გაცემული ბრძანებით, მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის, ფსიქიკური დაავადების გამო დისკრიმინაციის, არაადამიანურ და ღირსების შემლახავ გარემოში მოთავსებისა და არსებულ პირობებში პაციენტისათვის არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობის ჩატარების არაჰუმანურობისა და უკანონობის გამო.

15 Ramirez Sanchez v France, CPT, Grand Chamber, 4 July, 2006, para 123

16 International Psychological Trauma Symposium (2007), The Istanbul Statement on the use and effects of solitary confinement.

17 UN (2011), Sixty-sixth session, General Assembly, thematic report on Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment.

სტანდარტი

გაერთიანებული ერების წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან სასჯელის წინააღმდეგ კონვენცია

მუხლი 12: თითოეული მხარე უზრუნველყოფს, რომ მისმა კომპეტენტურმა ორგანოებმა ჩაატარონ სწრაფი და მიუკერძოებელი გამოძიება, როდესაც არსებობს გონივრული საფუძველი იმის საფიქრებლად, რომ წამების აქტია ჩადენილი მისი იურისდიქციის ქვეშ მყოფ რომელიმე ტერიტორიაზე.

მუხლი 14:

1. თითოეული მხარე-სახელმწიფო უზრუნველყოფს თავის სამართლებრივ სისტემაში, რომ წამების აქტის მსხვერპლმა მიიღოს ანაზღაურება და ჰქონდეს სამართლიანი და ადეკვატური კომპენსაციის უფლება, რაც შეიძლება სრული რეაბილიტაციისთვის საჭირო სახსრების ჩათვლით. წამების აქტის მსხვერპლის სიკვდილის შემთხვევაში კომპენსაციის მიღების უფლება მის კმაყოფაზე მყოფთ ეძლევათ.

2. არაფერი იმ მუხლში ზეგავლენას არ ახდენს მსხვერპლის ან სხვა პირის კომპენსაციის მიღებაზე, რომელიც ეროვნული კანონმდებლობის მიხედვით შეიძლება არსებობდეს.

სად-ის #15 დაწესებულების დირექტორის მოადგილის ინფორმაციით, მსჯავრდებულთა აბსოლუტური უმრავლესობა აცხადებს, რომ წარსულში სასჯელალსრულების სისტემაში დაექვემდებარა წამებას, სასტიკ და არაჰუმანურ მოპყრობას. ადმინისტრაციის წარმომადგენელმა ექსპერტებთან შეხვედრისას განაცხადა, რომ ყველა განცხადებაზე მოხდა სამართლებრივი რეაგირება და მიმდინარეობს გამოძიება, მოადგილემ საუბარში რამდენჯერმე აღნიშნა, „აქ 1200 კაცი მაინც, იმ პერიოდის წამების მსხვერპლია“ და ზოგმა წამების შედეგად სხვადასხვა სახის შეზღუდვაც მიიღო. თუმცა, როგორ პატიმრებთან საუბრისას ექსპერტებმა დაასკვნეს, მათი განცხადებები წამებისა და არასათანადო მოპყრობის თაობაზე, ხშირად არ არის საკმარისად დოკუმენტირებული შესაბამისი ორგანოების მხრიდან. პატიმრებს აქვთ ეჭვები, რომ მათი ტრავმული გამოცდილება საკმარისად არ მოიკვლიეს და დამნაშავე არ დაისაჯა. ასევე არ მოხდა მათი სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციით უზრუნველყოფა. მონიტორინგის ექსპერტებს მიაჩნიათ, რომ #15 დაწესებულების მაგალითზე შესაძლოა გაკეთდეს დასკვნა: 2012 წლის მოვლენების შემდეგ სისტემაში უზრუნველყო წამების, ძალადობისა და არაჰუმანური მოპყრობის მსხვერპლთა ობიექტური კრიტერიუმებით იდენტიფიცირება, შესაბამისად, წამების ფსიქო-ფიზიკური შედეგების დიაგნოსტიკური შეფასება და შეფასების შედეგად გამოვლენილი ფსიქოლოგიური/ფსიქიატრიული/სომატური/სოციალური პრობლემების ადეკვატური მართვა, რაც წამების ფსიქო-სომატურ შედეგებს შეუქცევადს ხდის და, ერთი მხრივ, იწვევს წამების მსხვერპლთა ნიჰილისტურ განწყობას, ხოლო, მეორე მხრივ, ზრდის მეორადი სარგებლიანობის „მაძიებელ“ მსჯავრდებულთა მანიპულატორული ქცევის ალბათობას. აღნიშნული ტენდენცია ასევე დაფიქსირდა სხვა სასჯელალსრულების დაწესებულებებშიც, სადაც პატიმრები მასობრივად საუბრობენ წამებასა და არასათანადო მოპყრობაზე, თუმცა ფაქტობრივად არც ერთ დაწესებულებაში არ მიმდინარეობს წამებისა და არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლთა სპეციფიკური სარეაბილიტაციო პროგრამა. აღნიშნული, ობიექტური შეფასებით, წარმოშობს ორი ტიპის ეჭვის შესაძლებლობას: არ ხდება პატიმრების მიერ წამებისა და არასათანადო მოპყრობის თემაზე გაკეთებული განაცხადების საფუძველიანი შესწავლა და გამოძიება ან არ ხდება წამებისა და არასათანადო მოპყრობის დადგენილ შემთხვევებში პატიმრებისათვის სათანადო ღონისძიებების გატარება. ორივე წარმოადგენს საერთაშორისო სამართლით დადგენილი სტანდარტის დარღვევას.

წამებისა და არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლთა საქმეზე ეფექტური და მიუკერძოებელი გამოძიების ჩატარება, ისევე როგორც მსხვერპლთათვის სრულფასოვანი რეაბილიტაციისა და კომპენსაციის უზრუნველყოფა, ასახულია გაერთიანებული ერების წამებისა და სხვა სახის სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან სასჯელის წინააღმდეგ კონვენციაში. ასევე მათ უფლებებს იცავს გაეროს 2006 წლის კონვენცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ.

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) მე-10 გადახედვის მიხედვით:

ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება, ანუ ბენზოდიაზეპინური ნარკომანია გულისხმობს ტოლერანტობის მომატებას, აბსტინენტურ სინდრომს და ქცევას, რომლითაც მიიღწევა პრეპარატის შემდგომი მოხმარება, მიუხედავად პრეპარატის მავნებლობისა. ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების დროს პრეპარატების სისტემატური მიღება ხდება არა წამლის მიღებით გამოწვეული სიამოვნების მისაღწევად, არამედ მიღების შეწყვეტით გამოწვეული არასასიამოვნო შეგრძნებებისაგან თავის დასაცავად (დსკ-10)⁴

ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება ვითარდება დაბალი დოზების ხანგრძლივი მიღების დროსაც და არ არის აუცილებელი დამოკიდებულების ყველა ნიშანი იყოს გამოხატული. ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება ბენზოდიაზეპინური მედიკამენტების განმეორებადი მიღების შედეგია და გულისხმობს როგორც ფსიქოლოგიურ, ასევე ფიზიკურ დამოკიდებულებას, მიღების შეწყვეტა იწვევს მოხსნის სინდრომის განვითარებას -**პრეპარატის მიღების დაუძლეველი სურვილი, წარუმატებელი მცდელობა, შეამციროს ან შეწყვიტოს პრეპარატი, მაღალი დოზების ამტანობა და მოხსნის სიმპტომების განვითარება პრეპარატის შეწყვეტისას.**

მოხსნის სინდრომის ნიშნები და სიმპტომებია: შფოთვა, დეპრესია, დეპერსონალიზაცია, დერეალიზაცია, ძილის დარღვევა, მომატებული მგრძნობელობა შეხებასა და ტკივილზე, კანკალი, კუნთების ტკივილი, კრუნჩხვები, თავის ტკივილი. ეს სიმპტომები ხშირად განაპირობებს სუიციდურ და თვითდაზიანების ქცევას, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, რის გამოც, ბენზოდიაზეპინების მოხმარება ან მოხსნა მჭიდრო მონიტორინგს საჭიროებს. მოხსნის სიმპტომები ასევე არის ალქმის დარღვევა, დისფორია და შესაძლებელია ფსიქოზებისა და ეპილეფსიური კრუნჩხვების განვითარებაც. ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება მისი უკვე ოთხი კვირის მოხმარების შემდეგ ვითარდება.

ბენზოდიაზეპინების ჩანაცვლება არაბენზოდიაზეპინური საძილე პრეპარატებით არ არის რეკომენდებული, რადგან მათ ბენზოდიაზეპინების ანალოგიური მოქმედების მექანიზმი აქვთ და შეიძლება ანალოგიური შედეგები გამოიწვიოს.

სასჯელადსრულებაში მწვავე პრობლემაა ბენეფიციართა მიერ გადაჭარბებული დოზებით ფსიქოტროპული პრეპარატების მიღების მოთხოვნა და უარის შემთხვევაში, მათი მხრიდან, აგრესიული და მანიპულატორული ქცევის დემონსტრირება. ფსიქოტროპული პრეპარატების მომხმარებელთა უმრავლესობას აღენიშნება თანმხლები პერსონოლოგიური აშლილობანი და სომატური პრობლემები.

თითოეულ პაციენტზე დანიშნული და გაცემული ბენზოდიაზეპინების ჯგუფის ფსიქოტროპული მედიკამენტების რაოდენობა და მათი სისტემატური მიღების ხანგრძლივობა პაციენტებში ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების სინდრომის არსებობაზე მიუთითებს ან ამ სინდრომის განვითარების რეალურ საფრთხეს ქმნის.

ბენზოდიაზეპინების ჯგუფისა და საძილე პრეპარატების ჭარბი დოზებით მოხმარებელ პაციენტებს შორის იკვეთება ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულებისა და ამ პრეპარატების შემცირებით ან მოხსნით გამოწვეული მოხსნის სინდრომის აშკარა სიმპტომები და ნიშნები.

მონიტორინგის პერიოდში გამოვლინდა პაციენტების მხრიდან თრობის გამოწვევი არაბენზოდიაზეპინური ჯგუფის იმ პრეპარატების გამოყენება, რომლებიც დაწესებულების აფთიაქს არ გააჩნდა და არც ექიმის მიერ იყო დანიშნული.

საძილე პრეპარატებისა და ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედი სხვა პრეპარატების აღრიცხვა და ანგარიშგება სასჯელადსრულების დაწესებულების სამედიცინო პერსონალის მიერ არ ხდება (არ ექვემდებარება სპეციალურ კონტროლს), რის გამოც, ამ პრეპარატების ხარჯვის მონიტორინგი შეუძლებელია, თუმცა პრაქტიკული დაკვირვებით და სპეციალისტთა აზრით, აშკარად ჩანს ამ პრეპარატების არამიზნობრივი და ჭარბი მოხმარება.

სასჯელადსრულების დაწესებულებების ბენეფიციართა მიერ ფსიქოტროპული მედიკამენტების ჭარბი მოხმარება, აბსოლუტურ უმრავლესობაში, წარსულში წამალდამოკიდებულებასა და პერსონოლოგიურ აშლილობასთან კომორბიდულ პრობლემას წარმოადგენს. პენიტენციარული ჯანდაცვის სისტემა ვერ უზრუნველყოფს პერსონოლოგიური აშლილობის მქონე პაციენტებისათვის ხარისხიანი და ეფექტური ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიწოდებას. პაციმრობის რეჟიმი

არადიფერენცირებულია და არ არის ადაპტირებული პიროვნული პრობლემების მქონე პაციენტების საჭიროებებთან, რაც, ერთი მხრივ, პიროვნული პრობლემების მქონე პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუარესებას და ფსიქოსოციალური შესაძლებლობების შეზღუდვას იწვევს, ხოლო, მეორე მხრივ, ართულებს სამედიცინო პერსონალისა და სად-ის პერსონალის მუშაობას.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტებთან საუბარში ექიმებისა და ექთნების უმრავლესობა საკუთარ დაუცველობაზე კონფიდენციალურად საუბრობს, იყო შემთხვევა, როცა მონიტორინგის მსვლელობისას პაციენტების მხრიდან აგრესიის საფრთხის გამო, სამედიცინო პერსონალი რთულ სიტუაციაში აღმოჩნდა. ექიმისა და ექთნის გადმოცემით, პაციენტები დამატებით ფსიქოტროპული პრეპარატების მიღებას დაჟინებით ითხოვენ, თვითნებურად შედიან ექიმის ოთახში, აღებენ მედიკამენტების კარადას და იღებენ მათთვის სასურველ წამალს, თუ შესაბამისი მედიკამენტი ვერ ნახეს ექიმსა და ექთანს ეჩხუბებიან. პაციენტების აგრესიული ქცევის სამიზნეს უმეტესად სამედიცინო პერსონალი წარმოადგენს. ბენზოდიაზეპინური პრეპარატები საქართველოს კანონმდებლობით სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული სამკურნალო საშუალებების ნუსხაში შედის და სად-ის დაწესებულებებში ავთიქიდან გატანა და ხარჯვა შესაბამის ჟურნალშია რეგისტრირებული, მაგრამ სამედიცინო ნაწილში ამ პრეპარატების ხარჯვის აღრიცხვა არ ხდება.

აღნიშნული ტენდენცია მყარად ვლინდებოდა ფაქტობრივად ყველა დაწესებულებაში. სად-ის #12 დაწესებულებაში პაციენტების მხრიდან ფსიქიატრის კონსულტაციის მოტივაციას ძირითადად ბენზოდიაზეპინების ჯგუფის პრეპარატების ჭარბი და არათერაპიული მიზნით მიღების ლეგიტიმაცია წარმოადგენს. პრევენციის ექსპერტებთან ისინი ამბობდნენ შემდეგ ფრაზებს აღნიშნულ პრეპარატებთან დაკავშირებით: „ფსიქიატრს დავანიშნინე“, „ერთი მოვიდეს, უნდა დავანიშნინო“, „სამი ტაბლეტი არ მყოფნის უნდა მოვამატებინო“, „სამ ტაბლეტს ვსვამდი დიაზეპამს, 3 ტაბლეტი ზოლომაქსი რას მეყოფა ექვსი უნდა დამინიშნოს“, დანიშნული პრეპარატების დღიური დოზების ანალიზით, სავარაუდოა, რომ აღნიშნულ თემაზე კონსულტაციის პროცესი ფსიქიატრზე ზეწოლის ხასიათს ატარებს. ბენზოდიაზეპინების მომხმარებელ პაციენტებს ერთგვარი «შეფარდება» აქვთ განსაზღვრული: 10მგ-იანი სამი აბი დიაზეპამი, მათი აზრით, 6 აბი 0,5 მგ-იანი ზოლომაქსის (ალპრაზოლამი) ეკვივალენტურია და პრეპარატის შეცვლის შემთხვევაში შესაბამისი პრეპარატის შესაბამის რაოდენობას ითხოვენ, წინააღმდეგ შემთხვევაში, ექსპერტებთან საუბრის დროს აცხადებენ, რომ თუ ამ პრეპარატებს არ მიიღებენ „ცუდად არიან“, „შეიძლება ყველაფერი დაღწეონ“ და „თავის ქცევაზე პასუხს არ აგებენ“ გარკვეულ უკმაყოფილებას გამოთქვამენ, რომ „ადრე პრობლემა არ იყო“ და „ამ ბოლო დროს“ შეუმცირეს, „იმდენს აღარ აძლევან“, უმეტესი მათგანი თვითდაზიანებითაც იმუქრება და, თუ პაციენტების სამედიცინო ფაილების ჩანაწერების შეფასებით ვიმსჯელებთ და პაციენტების სხეულზე არსებული აუტო-ტრავმების შემდგომი ნაწიბურების სიმრავლეს გავითვალისწინებთ, ბენეფიციართა შორის მართლაც მაღალია აუტოაგრესიული ქცევის სიხშირე, რაც სხვა გვერდით ეფექტებთან ერთად, ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების სინდრომის მაუწყებელია.

2013 წელს სად-ის #12 დაწესებულების 201 მსჯავრდებულზე 10 თვის განმავლობაში გახარჯულია: დიაზეპამი 10მგ-იანი 337 კოლოფი (კოლოფში 20-24ტ.), დიაზეპამი საინექციო (ბრუზეპამი, დიაზეპექსი) 17 კოლოფი (კოლოფში 10 ამპულა), ალპრაზოლამი 0,5 მგ-იანი და 1მგ-იანი (ზოლომაქსი, სოფანაქსი) 165 კოლოფი (კოლოფში 30ტ.).

მონიტორინგის მიმდინარეობისას 15 პაციენტს ჰქონდა დანიშნული ბენზოდიაზეპინების ჯგუფის პრეპარატები - დიაზეპამი და ზოლომაქსი, ასევე სამილე პრეპარატი დონორმილი.

სად-ის #12 დაწესებულებაში ბენზოდიაზეპინური მედიკამენტების ჭარბად მომხმარებელი ბენეფიციარების უმრავლესობა დაპატიმრებამდე სხვადასხვა სახის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებლები იყვნენ.

სად-ის #12 დაწესებულების მთავარი ექიმი ფსიქოტროპული მედიკამენტების ჭარბ მოხმარებაში პრობლემას ვერ ხედავს და ნარკოლოგის კონსულტაციას საჭიროდ არ მიიჩნევს.

ამრიგად, არ ხდება ფსიქოაქტიური პრეპარატების მოხმარებით გამოწვეული მწვავე და ქრონიკული სიმპტომების, პერსონოლოგიური აშლილობის, დაპატიმრებისა და პატიმრობიდან გათავისუფლებისას წარმოქმნილი ფსიქო-სოციალური პრობლემების შეცნობა და შეფასება, შესაბამისად, არ წარმოებს ბენეფიციართა დიფერენცირება და არ არის შექმნილი და იმპლემენტირებული ადეკვატური ფსიქო-სოციალური პროგრამები, რაც ბენეფიციარს კრიზისული სიტუაციისა და სტრესის პოზიტიურ დაძლევაში დაეხმარება. ფსიქიატრის ერთჯერადი კონსულტაცია და ფსიქოფარმაკოთერაპია ბენზოდიაზეპინის ჯგუფის პრეპარატებით პრობლემის გადაჭრისას არაეფექტურია და როგორც წარმოდგენილი შემთხვევების განხილვიდანაც ჩანს, უმეტეს შემთხვევაში დამოკიდებულების სინდრომის განვითარებას იწვევს.

პენიტენციური სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ბენეფიციარს ადეკვატური ფსიქიატრიული/ნარკოლოგიური დახმარებით და შესაბამისი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციით.

სად-ის #8 დაწესებულებაში აშკარად შესამჩნევია ფსიქოტროპული მედიკამენტების გადაჭარბებული ხარჯვა და ფსიქიატრის კონსულტაცია ამ პრეპარატების მიღების სანქცირების ხასიათს ატარებს, ფსიქიატრიული დიაგნოზი: პერსონოლოგიური აშლილობა F60 და ჩივილები აგზნებადობასა და უძილობაზე ან შფოთვის მომატებაზე ბენზოდიაზეპინური პრეპარატების საფუძველი ხდება.

არ ხდება ფსიქოსაგანმათლებლო მუშაობა და ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების სინდრომის განვითარების საფრთხის ან აშკარად არსებობის მიუხედავად, არ ხდება პრეპარატების თანდათანობით შემცირებისა და ალტერნატიული ფსიქო-სოციალური ინტერვენციის შეთავაზება.

ფსიქოტროპული პრეპარატების რეგისტრაციის #329 ჟურნალის მიხედვით: 79 პაციმარზე 3 დღეში გახარჯულია: დიაზეპამი 10მგ-იანი 150 აბი და სოფანაქსი (ალპრაზოლამი) 0,5მგ-იანი 293 აბი, ასევე დიაზეპამის (ბრუზეპამის) 20-ზე მეტი ამპულა. უმრავლესობა ექიმის დანიშნულებით მოიხმარს: სოფანაქსს 0,5მგ-იან 6 აბს დღეში ან დიაზეპამს 10მგ-იან 3 აბს დღეში, ანდა ორივე პრეპარატის სხვადასხვა კომბინაციას.

იგივე პრობლემები გამოვლინდა სხვა კორპუსების სამედიცინო ნაწილებშიც. არიან პაციენტები, რომლებიც ხანგრძლივი დროის მანძილზე ბენზოდიაზეპინებს მაღალი დოზით იღებენ (მაგ., დღეში 40მგ დიაზეპამი, 4 მგ ზოლომაქსი ან მათი კომბინაცია).

ე. ს-ს შემთხვევა

2013 წლის 12 მაისს ე.ს. გადმოყვანილია სად-ის #8 დაწესებულებაში #15 დაწესებულებიდან. დაპატიმრებამდე პაციენტი მოიხმარდა კუსტარულად დამზადებულ ნარკოტიკულ საშუალებას „ჯეფს“, მისი გადმოცემით, სად-ის #15 დაწესებულებაში იღებდა „დიდი რაოდენობით“ დიაზეპამს, ბაკლოსანს და #8 დაწესებულებაში დაიწყო იგივე პრეპარატების მოთხოვნა. უარის მიღების შემთხვევაში იძლევა აფექტურ რეაქციას, იყენებს აუტოტრავმებს და საკუთარი მიზნების მისაღწევად აცხადებს 2-5 დღე შიმშილობას (ბაკლოსანის, დიაზეპამის ან ოპტიმალის დანიშვნის, კომპლექსური გამოკვლევის ჩატარების, ქსანში ეტაპირების მოტივით). ბოლო ექვსი თვის მანძილზე მონიტორინგის მიმდინარეობისას მეექვსედ ჰქონდა გაცხადებული შიმშილობის დაწყება „უდოს“ მოთხოვნის მოტივით.

სამჯერ აქვს ჩატარებული ფსიქიატრის კონსულტაცია. დიაგნოზი: ორგანული პიროვნული აშლილობა F07.0.

ფსიქიატრისაგან უარის მიღების მიუხედავად, ექიმის დანიშნულების ფურცლის მიხედვით, პაციენტი პერიოდულად იღებს ზოლომაქსს, დიაზეპამს და დონორმილს. პაციენტს შესთავაზეს ფსიქოთერაპიული დახმარება (ჩაუტარდა ორი სესია) და პრობლემების მართვაში აქტიურადაა ჩართული სოციალური მუშაკი.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტებთან საუბრისას განაცხადა, რომ სად-ის #15 დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში დიდი რაოდენობით იღებდა ბენზოდიაზეპინებსა და საძილე პრეპარატებს: დიაზეპამი 10 მგ-იანი 6-8 ტაბლეტი, ზოლომაქსი 0,5მგ-იანი 3-4 ტაბლეტი, ოპტიმალი 7,5მგ-იანი 1 ტაბლეტი. ამბობს: „რომ არ მოეცათ, ახლა თუ 400 ჰკრილობა მაქვს ტანზე, მერე რვაასი მექნებოდა (კისრიდან ქვემოთ, მთელ ტანზე და კიდურებზე აღენიშნება სხვადასხვა ზომისა და ხანდაზმულობის, მათ შორის ახალიც, აუტოტრავმის შემდგომი მრავლობითი ნაწიბურები) ან მეორე დღეს დირექტორი არ იქნებოდა. მთელი ზონა ხელს მოაწერდა“. მედიკამენტების მოთხოვნა და უარის მიღებაზე პაციენტის აფექტური რეაქცია ხშირად პაციენტის დასჯის საბაზი ხდება, როგორც თვითონ ამბობს „რამდენჯერმე დამაბეს ნარუჩნიკებით და გადამიყვანეს კარანტინის ფუქსებში, ღამე ვერ ვიძინებდი, ვეძახდი, წამალს ვითხოვდი, არ მომიტანეს. 30 აგვისტოს დამაბეს, ფეხებზეც და ხელებზეც ნარუჩნიკები ისე დამადეს, რომ ერთმანეთზე იყო გამოდებული, მაინც მოვახერხე, პირში ბრიტვა მქონდა დამალული... გადმოვაგდე და ყელზე გამოვისვი...“

სად-ის #8 დაწესებულება ვერ უზრუნველყოფს ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებული პაციენტების მართვას, არ არის შემუშავებული პრობლემის მართვის სტანდარტები და პრობლემის დაძლევის ცდილობენ ან პაციენტის მოთხოვნის შესაბამისი მედიკამენტების მიწოდებით ან პაციენტის მიმართ არაჰუმანური დასჯის მეთოდების გამოყენებით, რაც ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის

მხრიდან პოზიტიური განწყობის გამომუშავებას და მანიპულატორული აუტოდესტრუქციული ქცევა განმეორებად ხასიათს იღებს. პაციენტს, პათიმრობის პერიოდში არაადეკვატური სამედიცინო მომსახურების გამო, განუვითარდა ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების სინდრომი, მისი შეწყვეტის შემდეგ განუვითარდა მოხსნის სინდრომი, რომლის შეცნობაც არ ხდება, მისი ქცევა რეჟიმის დარღვევად კვალიფიცირდება და ხდება მისი დასჯა ხელბორკილების დადებით და სამართლო საკანში გადაყვანით.

სად-ის მე-17 დაწესებულებაში პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტთა მიერ, შემთხვევითი შერჩევის გზით, შესწავლილი იქნა ფსიქოტროპული მედიკამენტების ხარჯვის რეგისტრაციის რამდენიმე ჟურნალი.

თითოეულ პაციენტზე დანიშნული და გაცემული ბენზოდიაზეპინების ჯგუფის ფსიქოტროპული მედიკამენტების რაოდენობა და მათი სისტემატური მიღების ხანგრძლივობა პაციენტებში ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების სინდრომის არსებობაზე მიუთითებს ან ამ სინდრომის განვითარების რეალურ საფრთხეს ქმნის.

ფსიქოტროპული მედიკამენტების ხარჯვის რეგისტრაციის ერთ-ერთ ჟურნალში გატარებული 31 პაციენტიდან უმრავლესობა დღეში 0,5მგ-იანი ზოლომაქსის (ალპრაზოლამი) 4-6 აბს მოიხმარს და რამდენიმე პაციენტი ამავე ზოლომაქსის 8-10 აბს იღებს, ხოლო მეორე ჟურნალში რეგისტრირებული 33 პაციენტი ყოველდღიურად ამავე პრეპარატების 4-4 აბს იღებს. ბენზოდიაზეპინების ჯგუფის მეორე პრეპარატის, დიაზეპამის ხარჯვის ჟურნალის მიხედვით, პაციენტების უმრავლესობა 10მგ-იანი დიაზეპამის 2-3-4 აბს იღებს. გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ სხვადასხვა ფსიქოტროპული მედიკამენტის ხარჯვის ჟურნალებში ძირითადად ერთი და იგივე პაციენტების გვარები ფიგურირებს და ისინი უმეტესად დღის განმავლობაში ერთდროულად რამდენიმე ფსიქოტროპული მედიკამენტის ჭარბ დოზას იღებენ.

ფსიქოტროპული მედიკამენტების ხარჯვის ნოემბრის თვის ჟურნალში (რომლის გადამალვასაც ექთანმა რამდენჯერმე შეეცადა და ბოლოს მთავარი ექიმის ჩარევის შემდეგ ექსპერტებს დაუბრუნა) თითოეულ პაციენტზე გაცემულია დღეში რამდენიმე ფსიქოტროპული მედიკამენტი. ჟურნალში, პაციენტის გვარების გასწვრივ, ყოველდღიურად მისაღები მედიკამენტები შემოკლებითაა აღნიშნული და დოზები მითითებული არ არის. ექთანმა მის მიერ გაკეთებული შემოკლებები ასე განმარტა: დ-დიაზეპამი, ზ-ზოლომაქსი, ბაკლ-ბაკლოსანი, დონ-დონორმილი, გ.გ.-გაბა-გამა, ციკლ-ციკლოდოლი.

მონიტორინგის დღეს სამედიცინო ნაწილში მყოფმა ორმა ექიმმა და თვითონ რეგისტრაციის მწარმოებელმა ექთანმა განაცხადეს, რომ მოცემულ მომენტში დაწესებულების აფთიაქს პრეპარატები ბაკლოსანი და გაბა-გამა არ აქვს, არც ერთი ექიმის მიერ არ არის დანიშნული და რომ ეს პრეპარატები პაციენტებისა, ისინი საკუთარ წამალს იღებენ და ექთანმა ჟურნალში „უბრალოდ გაატარა“.

საძილე პრეპარატებისა და ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედი სხვა პრეპარატების აღრიცხვა და ანგარიშგება სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო პერსონალის მიერ არ ხდება (არ ექვემდებარება სპეციალურ კონტროლს), რის გამოც, ამ პრეპარატების ხარჯვის მონიტორინგი შეუძლებელია, თუმცა პრაქტიკული დაკვირვებით და სპეციალისტთა აზრით, აშკარად ჩანს ამ პრეპარატების არამიზნობრივი და ჭარბი მოხმარება.

ბენზოდიაზეპინების ჯგუფისა და საძილე პრეპარატების ჭარბი დოზებით მომხმარებელ პაციენტებს შორის იკვეთება ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულებისა და ამ პრეპარატების შემცირებით ან მოხსნით გამოწვეული მოხსნის სინდრომის აშკარა სიმპტომები და ნიშნები.

სტანდარტი**ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონი**

მე-8 მუხლი: ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს ფსიქიატრიული დახმარება უნდა გაეწიოს აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, მისი თხოვნის ან/და ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, გარდა ამ კანონის მე-16 და მე-18 მუხლებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონი

მუხლი 22-ე: სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა პაციენტის, ხოლო ქმედუუნარობის ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა. ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურებას.

წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ადამიანის ძირითადი უფლებების დაცვას და აწესებს შესაბამის სტანდარტებს. თანხმობის გამოხატვის თავისუფლება და კონფიდენციალურობის დაცვა არის პიროვნების ძირითადი უფლებები და ამ უფლებების დაცვა განაპირობებს პაციენტსა და ექიმს შორის პოზიტიური თერაპიული ალიანსის ჩამოყალიბებას, რასაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს, თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში, სადაც პაციმარს არ შეუძლია თავისუფლად აირჩიოს ექიმი, „პაციენტები უზრუნველყოფილი უნდა იქნენ ყველა საჭირო ინფორმაციით (თუ აუცილებელია სამედიცინო ანგარიშის სახით), რომელიც დაკავშირებულია მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან, მათი მკურნალობის კურსთან და გამოწერილ წამლებთან. ყოველი პაციენტი, სადიგონებით, თავისუფალია უარი თქვას მკურნალობაზე ან ნებისმიერ სხვა სამედიცინო ჩარევაზე, პაციენტის ამ ძირითადი უფლებიდან გადახვევა დასაშვებია მხოლოდ „განსაკუთრებული, მკაცრად და ზუსტად განსაზღვრული გარემოებების“ გათვალისწინებით და შესაბამისი საკანონმდებლო გარანტიების არსებობისას პაციმარი სრულად ინფორმირებული და თავისუფალი უნდა იყოს თავის გადაწყვეტილებაში.¹⁸

„ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ ევროსაბჭოს კონვენცია (თავი II, მუხლი 5) განმარტავს: „ჯანმრთელობის სფეროში ინტერვენცია შესაძლებელია მხოლოდ და მხოლოდ პირის თავისუფალი, ინფორმირებული თანხმობის შემდეგ“, 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.

„პაციმართა ყველა სამედიცინო შემოწმება (შესვლის დროს ან შემდგომ ეტაპზე) უნდა მოხდეს მოსმენის და, თუ ექიმი სხვაგვარად არ მოითხოვს, ციხის პერსონალის ზედამხედველობის გარეშე, ამასთან, თავისუფლება აღკვეთილები შემოწმებული უნდა იქნენ ინდივიდუალურად და არა ჯგუფურად“.¹⁹

მიუხედავად ეროვნული კანონმდებლობის და საერთაშორისო სტანდარტების სრული თანხვედრისა, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში არსებობს პრობლემა პაციმრის სამედიცინო დახმარების გაწევის პროცესში ინფორმირებული თანხმობის მიღებასთან დაკავშირებით, ხოლო კონფიდენციალურობის დაცვა ექვეყნულ დეგრა სად-ის #15 და #17 დაწესებულებებში, სადაც სამედიცინო პუნქტები განთავსებულია, ჩვეულებრივ, საკნის ტიპის ოთახებში, სამედიცინო ბარათები დევს თაროებზე, სადაც დღის განმავლობაში თავისუფლად შედიან როგორც დაწესებულების პერსონალი, ასევე პაციენტები. ნებისმიერი პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაცია ნებისმიერმა ოთახში შემსვლელმა პირმა შეიძლება აიღოს. ასევე, შეუძლებელია ექიმის პაციენტთან კონფიდენციალური საუბარი, კარების დაკეტვაც შეუძლებელი ხდება, რადგან პაციენტები ყოველ წუთს ცდილობენ შესვლას და იწყებენ კარებზე ბრახუნს.

18 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის მე-3 საერთო ანგარიში, პარ. 45-49.

19 წამების პრევენციის კომიტეტის მე-3 საერთო ანგარიში, პარ. 50 და პარ. 51.

თითქმის ყველა ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათში დევს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული „ინფორმირებული თანხმობის“ სტანდარტული ფორმა „პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურებაზე ფN200-8/ა“, რომელიც შეუვსებელი და ხელმოუწერელია. სამკურნალო პროცედურები ტარდება პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის გარეშე, მხოლოდ პაციენტის მხრიდან მკურნალობაზე უარი ფიქსირდება სამედიცინო ბარათში შესაბამისი ჩანაწერით და პაციენტის ხელმოწერით.

არაადეკვატური ფსიქიატრიული მომსახურება

სტანდარტი

პაციმრთთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესები

82. (1) ციხეში არ უნდა იყვნენ მოთავსებული ის პირები. რომლებიც აღიარებული არიან სულიერად დაავადებულებად, ²⁰რისთვისაც საჭიროა ზომების მიღება მათი სულიერად დაავადებულთა დაწესებულებაში სასწრაფოდ გადასაცემად.

(2) სხვა სულიერი დაავადებების მქონე პაციმრები მოთავსებულ უნდა იქნენ მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ და მათი მკურნალობას უნდა ახორციელებდნენ სპეციალურ დაწესებულებებში.

(3) ამ კატეგორიის პაციმრები ციხეში ყოფნისას ექიმთა განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდნენ.

(4) სამედიცინო ან ფსიქიატრიულმა სამსახურებმა, რომლებიც პენიტენციურ დაწესებულებებთან ფუნქციონირებენ, უნდა უზრუნველყონ ყველა იმ პაციმრის ფსიქიატრიული მკურნალობა, რომელიც ამას საჭიროებს.

ექსპერტებმა დაწესებულებების მონიტორინგის პროცესში დააფიქსირეს არა ერთი შემთხვევა, როდესაც ფსიქიკური აშლილობის პრობლემის მქონე პირებს არ უტარდებოდათ ადეკვატური მკურნალობა და, მეტი ალბათობით, აღენიშნებოდათ დაავადების გამწვავების პროცესი, რომლის მართვაც შეუძლებელია დაწესებულების ფარგლებში.

რ.მ-ს შემთხვევა

პაციმრობაშია 2013 წლის 13 აგვისტოდან. სად-ის #8 დაწესებულებაში მოთავსებისას ექიმის მიერ ჩატარებული პაციმრის პირველადი ფსიქო-ფიზიკური მდგომარეობის შეფასება აშკარად ფორმალურ ხასიათს ატარებს; არ არის აღწერილი პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა; გრაფებში „ჩატარებული მკურნალობა“ და „მიუძღრთავს თუ არა დახმარებისათვის ექიმი-ფსიქიატრისათვის“, ექიმს აღნიშნული აქვს უარყოფითი პასუხი „არა“. შესაბამისად, პაციენტის საჭიროებები და პრობლემებიც არ აქვს განსაზღვრული.

პჯდ-ის ოჯახის ექიმის მიერ პირველი ჩანაწერი გაკეთებულია 19.08.13 წ. ექვსი დღის დაგვიანებით: „პაციენტი არ შემოდის კონტაქტში, იყურება უაზროდ, არის დამაბული, ზის ერთ პოზაში, პერიოდულად იფშვნეტს ხელებს, პერიოდულად ამბობს ერთეულ სიტყვებს, თანასაკნელის მეშვეობით ხდება მისი გადათარგმნა, თუმცა, სავარაუდოა, ესმის რუსული ენა... დიაგნოზი ფსიქოზი, ესაჭიროება ფსიქიატრის კონსულტაცია“.

ფსიქიატრის კონსულტაცია ჩატარდა. 19.08.13 წ. „პაციენტი შემოჰყავს თანასაკნელს, შებოჭილია, დადის მოკლე ნაბიჯებით, ზის ერთ პოზაში, დამაბულია, პერიოდულად იფშვნეტს ხელებს, სახის გამომეტყველება დამაბული, კუმტი... შეკითხვებზე არ პასუხობს, აღენიშნება ექოლალია... პერსევერაციები... წინ გაშვებულ საჩვენებელ თითს იარაღივით უმიზნებს ექიმს... თანასაკნელის გადმოცემით ღამე არ სძინავს, მოუსვენრადაა, პერიოდულად კედელს მიაშტერდება, თითქოს ვილაცას ელაპარაკება. დიაგნოზი - რეაქტიული ფსიქოზი? დანიშნულება - სედარექსი 2 მგ. 2-ჯერ დღეში, დიაზეპამი 10მგ-იანი 1აბი 2-ჯერ დღეში, საჭიროებს დინამიკურ დაკვირვებას, საჭიროა წარმოადგინოს ფორმა 100/ა ფსიქიატრიული დაწესებულებიდან (2005 წელს მკურნალობდა ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის კლინიკაში)“. 26.08.13წ. კონსულტაციით პაციენტის მდგომარეობა უცვლელია, გამოტანილია დიაგნოზი: მწვავე ფსიქოზური აშლილობა F23.8. გაუგრძელდა მკურნალობა და რეკომენდებულია მკურნალობის გაგრძელება ფსიქიატრიულ სტაციონარში.

20 ეს ტერმინი მიუღებელია, თუმცა სტანდარტში სწორედ ამ ფორმითაა მითითებული.

25.09.13 წ. მდგომარეობა ძირითადად უცვლელია, თუმცა აღნიშნულია, რომ პაციენტმა გამოავლინა აუტოაგრესიული ქცევა - დაიკბინა ორივე წინა მხარი. გაუგრძელდა მედიკამენტური მკურნალობა. 08.10.13 წ. პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა შეფასებულია კომისიური წესით (ორი ფსიქიატრი). ჩანაწერიდან ირკვევა, რომ პაციენტი ფსიქო-ფიზიკურად აღზნებულია, აქვს იმპერატიული შინაარსის სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციები. შესაძლებელი გახდა ანამნეზური მონაცემების შეგროვება და გაირკვა, რომ პაციენტს 2006 წელს გადატანილი აქვს თავის ტვინის ტრავმა, რამდენჯერმე აქვს ჩატარებული სტაციონარული ფსიქიატრიული მკურნალობა როგორც თბილისის, ასევე ბაქოს ფსიქიატრიულ კლინიკებში. განსაზღვრული აქვს შმმპ სტატუსი და დაპატიმრებამდე იღებდა პენსიას. გაუგრძელდა მედიკამენტური მკურნალობა (ჰალოპერიდოლი 10მგ/დღეში, ციკლოდოლი 4მგ/დღეში, აზალეპტინი 50მგ/დღეში). 30.10.13 წ. ჩატარდა პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობის განმეორებითი კომისიური წესით შეფასება სად-ის #18 დაწესებულების ოთხი ფსიქიატრის მონაწილეობით და შედგენილია სამედიცინო ცნობა, რომელშიც გარდა ზემოთ აღწერილი მონაცემებისა გამორკვეულია დამატებითი ანამნეზური ინფორმაცია: პაციენტი მიდრეკილია აუტოდესტრუქციული ქმედებისადმი: წარსულში „პლასკაგუბით“ დაიმტვრია და ამოიღო საკუთარი კბილები, ჰქონდა სუიციდის რამდენიმე მცდელობა (სამჯერ შეეცადა თავის ჩამოხრჩობას, ერთხელ მუცელში მიიყენა ჭრილობა). პაციენტის დედამ სიცოცხლე თვითმკვლელობით დაასრულა, როცა პაციენტი 12 წლის იყო. შეფასების მომენტისათვის პაციენტი კვლავ იმპერატიული სმენითი ჰალუცინაციების გავლენას განიცდის. დიაგნოზი: პარანოიდული შიზოფრენია, ჰალუცინატორულ-პარანოიდული სინდრომი. პაციენტს ესაჭიროება სტაციონარული სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება ლ. სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნულ ბიუროში.

იმავერიცხვით დათარიღებული ოჯახის ექიმის ჩანაწერი, რომელიც ფსიქიატრთა კომისიის დასკვნას აზუსტებს „...ვინაიდან პაციენტი არის ბრალდებული, ჩვენი დაწესებულება ვერ უზრუნველყოფს ზემოთ ხსენებული ექსპერტიზის ჩატარებას (ეს საკითხი წარმოადგენს პროკურატურის და სასამართლოს პრეროგატივას)“.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტები შევხვდით პაციენტს და მის თანასაკნელებს. პაციენტთან კონტაქტში შესვლა და მიზანმიმართული საუბრის წარმართვა ვერ მოხერხდა, თუმცა ჩვენი წარდგენისას მზერითი კონტაქტი დაამყარა, მიმიკით ინტერესი გამოავლინა, მერე საწოლის მეორე სართულიდან ჩამოვიდა, ჩვენს მიერ მისი თანასაკნელების ინტერვიუების პერიოდში საკანში წინ და უკან დადიოდა, იმეორებდა ერთი და იგივე სიტყვას, პერიოდულად აგრესიული გამომეტყველებით, დაჟინებული მზერით და გაშვებული საჩვენებელი თითით უახლოვდებოდა ინტერვიუერს.

პაციენტი შესახლებულია მსჯავრდებულებთან, საკანში აზერბაიჯანელი ეროვნების პატიმრის არსებობის გამო, რომელიც ერთდროულად თარჯიმნისა და მომვლელის ფუნქციას ასრულებს. თანასაკნელები თანაუგრძნობენ და ეხმარებიან, მაგრამ დამაბულები არიან, რადგან აქვთ ინფორმაცია, გვერდით საკანში ყოფნისას მისი აგრესიული ქცევის შესახებ და პაციენტის მხრიდან საფრთხეს არ გამორიცხავენ.

მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის/პატიმრის მიმართ პატიმრობაში ყოფნის დაახლოებით სამი თვის განმავლობაში არ გატარებულა ადეკვატური სამართლებრივი და სამედიცინო ღონისძიებები, მან ვერ მიიღო ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარება, მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიატრების მიერ არაერთხელ იყო რეკომენდებული სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მისი გადაყვანა და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების ინიცირება. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დანიშვნაზე უფლებამოსილი სამართალდამცავი ორგანოები და ადვოკატი ზემოაღნიშნული პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ არ იყვნენ ინფორმირებული.

პაციენტი ვერ აცნობიერებს საკუთარ მდგომარეობას და თავისი ფსიქიკური მდგომარეობის გამო, საფრთხეს უქმნის როგორც საკუთარ თავს, ასევე ირგვლივ მყოფებს, ვერ ახერხებს საკუთარი უფლებების დაცვას.

სად-ის #8 დაწესებულების ადმინისტრაცია არ ითვალისწინებს ფსიქიატრების რეკომენდაციებს და არ უზრუნველყოფს გადაუდებელი წესით პაციენტის ფსიქიატრიულ კლინიკაში გადაყვანას, რითაც ირღვევა პაციენტის/ პატიმრების უფლება, მიიღოს ადეკვატური სამედიცინო დახმარება და უზრუნველყოფილი იყოს მისი უსაფრთხოება ასევე ირღვევა სხვა პაციენტების უსაფრთხოების უფლება და ექიმების უფლება, განახორციელონ პროფესიული მოვალეობა.

სავარაუდოდ, ექიმი ფსიქიატრები ვერ ახერხებენ პაციენტისათვის ადეკვატური ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიწოდებას. იძულებული არიან, საქართველოს კანონმდებლობისა და საერთაშორისო

სტანდარტების დარღვევით, საპატიმრო საკანში საწოლის მეორე სართულზე განთავსებულ მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტს, სუიციდური და ჰომიციდური ქცევის მაღალი რისკით, არანებაყოფლობითი წესით, ჩაუტარონ ფსიქოფარმაკოთერაპიული მკურნალობა, თანასაკნელების იმედად და მათი მეთვალყურეობის ქვეშ.

სუიციდის პრევენცია

წამების პრევენციის ეროვნული კომიტეტი (CPT) სუიციდის პრევენციას სამედიცინო პერსონალის კომპეტენციაში განიხილავს და განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს სუიციდური საფრთხის ამოცნობაში პერსონალის ტრენინგებს, სათანადო პროცედურების დაწესებასა და დაცვას, პენიტენციალური დაწესებულების თანამშრომლებისათვის თვითმკვლელობის საფრთხის ნიშნების შეცნობაში განსწავლას და აფრთხილებს, გათვალისწინებული უნდა იქნეს, რომ პატიმრობის პირველ ხანებში და განთავისუფლების წინ, ასევე სასამართლო პროცესზე გაყვანისა და პროცესიდან დაბრუნების შემდეგ გაზრდილია სუიციდის საფრთხე. მნიშვნელოვნად მიიჩნევა სამედიცინო წესების გაცნობას და საერთოდ მიღების წესების გაცნობას, რაც ხელს უწყობს ახალმოსული თავისუფლებადაღკვეთილი პირისთვის საფრთხის შეგრძნების შემსუბუქებას.²¹

სად-ის არც ერთ დაწესებულებას არ გააჩნია სუიციდის მართვის შინაგანაწესი, სამედიცინო პერსონალს არ გაუვლია ტრენინგი სუიციდის მართვის საკითხებში და არ არის შემუშავებული სუიციდის მართვის სტანდარტები.

პატიმრის მიღებისას, ცალკეულ შემთხვევაში, სამედიცინო ბარათის შესაბამის გრაფაში აღნიშნულია აუტოტრავმის შემდგომი ნაწიბურების არსებობა, მაგრამ არ წარმოებს ჩადენილი ქმედების შესახებ გამოკითხვა და არ ხდება გამოკითხვა სუიციდური ფიქრების, განზრახვის, გეგმების გამოვლინებისა და სუიციდის რისკის, სუიციდური ქმედების განმეორების ალბათობის გამოსავლენად. არ ხდება პარასუიციდისა და სუიციდის ერთმანეთისაგან დიფერენცირება, შესაბამისად, არ ხდება ფსიქიატრიული/ფსიქოლოგიური დახმარების და ობსერვაციის განსხვავებული პირობების რეკომენდირება.

ინტერვიუებში პაციენტების უმრავლესობა გამოიჩინა აუტოაგრესიული ქმედებით, რის შესახებაც ისინი ჩვენთან საუბარშიც აღნიშნავენ და ამაზე მათ სხეულზე არსებული სხვადასხვა ხანდაზმულობისა და ზომის აუტოტრავმის შემდგომი ნაწიბურებიც მიუთითებდა, თუმცა მათ ამბულატორიულ სამედიცინო ბარათში არსებული ჩანაწერით, ხდება მხოლოდ ფაქტის კონსტატირება და საჭიროების შემთხვევაში ჩატარებულია ქირურგიული მანიპულაციები ან გადაუდებელი დახმარების ბრიგადის მიერ სტაციონარში გადაყვანა დაფიქსირებული. იშვიათ შემთხვევაში უტარდებათ ფსიქიატრის კონსულტაცია და ფსიქიატრიული დახმარება ერთჯერადი კონსულტაციით და მედიკამენტების (უფრო ხშირად ბენზოდიაზეპინების და საძილე პრეპარატების) დანიშვნით ამოიწურება.

სამედიცინო სამსახური და დაწესებულების პერსონალი არ არის უზრუნველყოფილი სუიციდის, აგრესიული ქცევის, დეპრესიის ან სტრესის მართვის ალგორითმებით და შესაბამისი პროფესიული მომზადებაც არ აქვთ გავლილი.

სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციით პატიმართა უზრუნველყოფა წარმოადგენს სასჯელადსრულების სისტემის ერთ-ერთ უმთავრეს პრობლემას. ეს ხარვეზი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პატიმრებზე განსაკუთრებით მწვავედაცაა, ვინაიდან მათი ჯანმრთელობა და ფუნქციური მდგომარეობა პირდაპირ პროპორციულად უარესდება რეაბილიტაციის სერვისების არარსებობასთან ერთად. ამგვარ პრობლემას აწყდებიან ის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებიც, რომელთაც გააჩნიათ ინსულტის შემდგომი მდგომარეობა და სარეაბილიტაციო სერვისი აუცილებელია მათი კიდურების მობილობის შენარჩუნებისათვის, რათა სრულად არ დაკარგონ დამოუკიდებელი მოძრაობის შესაძლებლობა. ანალოგიური სიტუაციაა ამპუტირებული კიდურის თუ ხერხემლის დაზიანების მქონე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების შემთხვევაში. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პატიმართა რთული ფუნქციური მდგომარეობა (მაგ., საწოლში მუდმივი წოლა, თვითმოვლის განხორციელების შეუძლებლობა) პირდაპირ დაკავშირებულია მათ მიერ სარეაბილიტაციო პროგრამების გავლის შეუძლებლობასთან. მინიმალური რეაბილიტაციის

21 წამების პრევენციის კომიტეტის მე-3 საერთო ანგარიში, პარ. 57-59.

შემთხვევაში ამა თუ იმ დაავადებას არ ექნებოდა ის დამანგრეველი ეფექტი, რის გამოც ამ ადამიანებმა მძიმე შეზღუდვა მიიღეს. როგორც გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენცია აღნიშნავს, მხოლოდ დაავადება თუ მდგომარეობა არ წარმოშობს შეზღუდულ შესაძლებლობებს, მათი ინტერაქცია მოუზღებელ გარემოსთან - რეაბილიტაციის სერვისის უქონლობასთან, თანდათანობით აყალიბებს შეზღუდვებს.

მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქოლოგის მომსახურება ზოგიერთ დაწესებულებაში შენარჩუნებულია, შეინიშნება მთელი რიგი ხარვეზები ამ მიმართულებით.

სად-ის #5 დაწესებულებაში ხუთი თვეა, რაც მუშაობს ფსიქოლოგი და არის ფსიქოლოგის კიდევ ერთი ვაკანტური თანამდებობა. მეთოდოლოგიური ხელმძღვანელია დეპარტამენტის მთავარი ფსიქოლოგი. ფსიქოლოგის გადმოცემით, მას პენიტენციურ სისტემაში ფსიქოლოგიური მუშაობის, ფსიქოთერაპიული ინტერვენციის სტანდარტები და შემუშავებული მეთოდოლოგია უფროსი ფსიქოლოგისაგან არ მიუღია. ფსიქოლოგი არ არის უზრუნველყოფილი სუიციდის, აგრესიული ქცევის, დეპრესიის ან სტრესის მართვის ალგორითმებით და შესაბამისი პროფესიული მომზადებაც არ გაუვლია.

ფსიქოლოგიური დახმარება ძირითადად პატიმრებთან გასაუბრებით და ემპათიის გამოვლინებით ამოიწურება. ფსიქოლოგი პატიმრობიდან ვადამდე გათავისუფლების კომისიისათვის ამზადებს პატიმრის შესახებ ფსიქოლოგიურ დასკვნას, თუმცა შეფასების სტანდარტული ფორმა და სპეციალისტების მიერ შემუშავებული მეთოდოლოგია არ აქვს და პატიმართა კომისიაზე წარდგენისას, საჭირო ფსიქოლოგიური დასკვნის მომზადებისას, საკუთარი შეხედულებისამებრ იყენებს ინტერვიუების მეთოდს და ჰოპკინსის ტესტს, რომლის სანდოობა და კონკრეტულ სამიზნე ჯგუფთან მუშაობისას მისი გამოყენების მიზანშეწონილობა სპეციალისტების მიერ შესწავლილი და, შესაბამისად, რეკომენდებული არ არის. ეს უკანასკნელი, მონიტორინგის ექსპერტის აზრით, სუბიექტურობის და პროფესიული შეცდომის დაშვების მაღალ ალბათობას ქმნის.

ფსიქოლოგის აზრით, არსებულ პირობებში ერთი ფსიქოლოგი ვერ შეძლებს პატიმრების საჭიროებების სრულყოფილად შეფასებასა და შესაბამისი ფსიქოლოგიური ინტერვენციის განხორციელებას.

სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ფსიქოლოგი წარმოადგენს სოციალური სამსახურის შტატს, სამედიცინო სამსახურის სტრუქტურაში არ შედის და ფსიქიატრთან ერთად, პაციენტისათვის ფსიქიატრიული დახმარების მიწოდებაში არ მონაწილეობს.

მონიტორინგის ექსპერტებმა სიღრმისეულად გააანალიზეს ფსიქოლოგის როგორც პროფესიონალის მუშაობის პრობლემები და, როგორც მოსალოდნელი იყო, აქაც გამოვლინდა სისტემური ხარვეზი ამ პროფესიონალის მნიშვნელობისა და ეფექტის გაცნობიერებასთან დაკავშირებით. კერძოდ, დაწესებულებათა ადმინისტრაციის უმრავლესობა არ აღიარებს ან არ სჯერა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის როლისა პატიმართა რესოციალიზაციის პროცესში. მათი უმეტესობისათვის დაწესებულებას აქვს სადამსჯელო ფუნქცია და არ აქვთ მოლოდინი ქცევის პოზიტიური მართვისა და პიროვნების განვითარების სტრატეგიების მიმართ. ერთ-ერთ დაწესებულებაში გამოვლინდა ფსიქოლოგის მუშაობაში უხეში ჩარევის ფაქტიც. ფსიქოლოგის გადმოცემით, (რაც დაადასტურა სხვა თანამშრომელმა) ფსიქოთერაპიული სეანსის დროს შშმ პატიმართან, მოულოდნელად ოთახში შემოიჭრა უსაფრთხოების განყოფილების თანამშრომელი, რომელიც აგრესიული მიმართვით ითხოვდა თერაპიული სეანსის შეწყვეტას. მოგვიანებით კი ფსიქოლოგისგან მოითხოვა პაციენტის შესახებ მიღებული კონფიდენციალური ინფორმაციის გადაცემა.

დისციპლინური სახდელების გამოყენება

მიუხედავად იმისა, რომ სად-ის დაწესებულებების ადმინისტრაციის განცხადებით, შშმ პატიმართა, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პატიმართა მიმართ დისციპლინური სახდელის გამოყენება არ ხდება, პრობლემას წარმოადგენს ის, რომ დაწესებულების სამედიცინო ნაწილებს არ აქვთ ერთმანეთისგან მკვეთრად გამიჯნული დევიაციური ქცევის ხარისხები და ტიპოლოგია, შესაბამისად ქცევა, რომელიც მათ მიერ სახელდებულია აგრესიულ და თვითდამაზიანებელ ქცევად, შესაძლოა იყოს დაკავშირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუარესებასთან, მაგრამ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთა აღურიცხაობა არ იძლევა შესაძლებლობას ამ ყოველივეს ეფექტური გადამოწმებისა.

პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესები

36 (1) კვირის დღეებში თითოეულ პატიმარს უნდა ჰქონდეს იმის საშუალება, რომ განცხადებით ან საჩივრით მიმართოს საპატიმროს დირექტორს ან მის უფლებამოსილ წარმომადგენელს.

(3) თითოეულ პატიმარს უნდა ჰქონდეს ცენტრალური საპატიმროს ადმინისტრაციისთვის, სასამართლო ხელისუფლებისთვის ან ხელისუფლების სხვა შესაბამისი ორგანოსთვის მოთხოვნით ან საჩივრით მიმართვის საშუალება. აღნიშნული არ უნდა ექვემდებარებოდეს ცენზურას შინაარსის თვალსაზრისით. მაგრამ უნდა იყოს შედგენილი სათანადო ფორმით და დადგენილი წესით გაეგზავნოს ზემოხსენებულ ორგანოებს.

მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პატიმრების ხელმისაწვდომობა საჩივრების მექანიზმზე (საჩივრების ყუთზე) ხშირად შეზღუდულია. კერძოდ, ზოგ შემთხვევაში პატიმარს არ გააჩნია საკმარისი ინფორმაცია საჩივრების მექანიზმის შესახებ, ხოლო ზოგიერთ შემთხვევაში ის ფიზიკურად ვერ ახერხებს საჩივრის დაწერასა და ყუთში მოთავსებას.

სად-ის #5 დაწესებულების დირექტორის განცხადებით, ტერიტორიაზე დგას 10 საჩივრის ყუთი, თუმცა პატიმრები ძალიან იშვიათად წერენ საჩივრებს. წერა-კითხვა, დირექტორის მოადგილის თქმით, ყველამ იცის, თუმცა არის ენის პრობლემა, მაგ., დაწესებულებაში არიან ირანელები, აზერბაიჯანელები და სხვა. სოციალური განყოფილების თანამშრომლების გადმოცემით, ინფორმაცია საჩივრების შედგენის შესახებ პატიმარს მიეწოდება ზეპირად, ასეთის მოთხოვნის შემთხვევაში. დირექტორის მოადგილის თქმით, საჩივრის კონვერტები არის ყუთებთან, თუმცა აღნიშნული, მოგვიანებით, მონიტორინგის პროცესში არ დადასტურდა. კერძოდ, ადმინისტრაციასთან გასაუბრების შემდეგ C კორპუსში შესულ ექსპერტებს ყუთებთან კონვერტები არ დახვდათ ხოლო, მოგვიანებით, ერთ-ერთ პატიმართან ინტერვიუს დასრულების შემდეგ დაფიქსირდა, რომ იმავე ყუთთან უკვე იდო კონვერტი. სოციალური განყოფილების თანამშრომლის თქმით, საჩივრის კონვერტს საჩივრების ყუთებთან კი არ დებენ არამედ, პირადად გადასცემენ პატიმრებს. „წელიწადში ერთხელ თუ აღმოჩნდება იქ საჩივარი. ისე 100–150 საჩივარი იგზავნება ყოველთვიურად“, – განაცხადა სოციალური განყოფილების თანამშრომელმა. საჩივრის ყუთების ლუქის შემოწმების შედეგად დადასტურდა, რომ ისინი მართლაც იყო წინა დღეს შემოწმებული. საჩივრის ყუთები დგას დერეფნებში, სადაც, თავის მხრივ, მიმდინარეობს ვიდეო კონტროლი.

სად-ის #11 დაწესებულებაში საჩივრების ყუთი 134 სმ სიმაღლეზეა, კორპუსის შესასვლელში. სათვალთვალო კამერები საშხაპისა და საკნის გარდა ყველგან აყენია, მათ შორის, საჩივრის ყუთებთანაც. დირექტორის თქმით, „საჩივრის ყუთი იქ რომ დავდგათ, სადაც კამერა არ არის, გაანადგურებენ. თუმცა მინიმუმამდე დავიყვანეთ კამერის პირდაპირი კონტროლი“. დაწესებულებაში სულ 1 საჩივრის ყუთია, ადმინისტრაციის განმარტებით, მისი შემოწმება ყოველდღიურად ხდება, მონიტორინგის დღეს საჩივრის ყუთს ეკრა წინა დღით დათარიღებული ლუქი, თუმცა ყუთთან არ იდო კონვერტები.

სად-ის #12 დაწესებულებაში არის ერთი საჩივრის ყუთი. ექსპერტების მიერ გადამოწმდა ჟურნალები, სადაც დაფიქსირებულია საჩივრების გაგზავნის თარიღები. აღნიშნულ ჟურნალში დაფიქსირდა შემდეგი ტიპის გაუმართაობა: ჟურნალის ჩანაწერებში არ აღმოჩნდა შესაბამისობა მიღებულ საჩივართა რაოდენობასა და მათი გაგზავნის ზუსტ თარიღს შორის. შესაძლოა, აღნიშნული წარმოადგენდეს ტექნიკურ პრობლემას, თუმცა, მეორე მხრივ, შესაძლოა ექვეყნებ დადგეს პატიმართა საჩივრების კონფიდენციალური პრინციპის დაცვით სრულად დამისამართება შესაბამის უწყებებში. გარკვეული საჩივრების (წერილების) აღრიცხვის არარსებობას ადმინისტრაცია ხსნიდა შემდეგი ფაქტორით: „[საფოსტო] კურიერი მოდის სხვადასხვა დროს, ხან ადრე, ხან გვიან“. მიუხედავად იმისა, რომ საჩივრების კონვერტები არსებობს, ისინი არ არის განთავსებული ყუთთან. კონვერტებს ანაწილებს მატერიალურ-ტექნიკური განყოფილება. კონვერტები გაიცემა მოთხოვნის შესაბამისად. „პატიმრებმა ამის შესახებ იციან, მოდიან და ითხოვენ“. აღნიშნული, ცხადია, კვლავ არღვევს საჩივრის წარდგენის კონფიდენციალურობის პრინციპს. ამასთანვე კავშირშია ის ფაქტი, რომ დაწესებულებაში არ არსებობს საჩივრის ადრესატამდე (მაგ., სახალხო დამცველამდე) ანონიმური გაგზავნის პრაქტიკა. გაგზავნილი წერილის ნომერი პირადად ბარდება (მოთხოვნის შემთხვევაში) პატიმარს, რაც აშკარას ხდის მის მიერ სხვადასხვა უწყებისადმი მიმართვის ფაქტს.

სად-ის #8 დაწესებულებაში სოციალური მუშაკი ყოველდღიურად ეხმარება პატიმრებს საჩივრების დაწერაში. შშმ პირების შემთხვევაში სოციალური მუშაკი საკანში შედის და წერილს ან საჩივარს თავად უწერს, რამეთუ მათ უჭირთ გადაადგილება.

საჩივრის ყუთები არის ყველა კორპუსის შესასვლელში, სულ 5 საჩივრის ყუთია. სოც. განყოფილების უფროსის თქმით, ყუთებით სარგებლობის შესაძლებლობა პატიმრებს მხოლოდ ბოლო პერიოდი აქვთ. თუ პატიმარს უნდა საჩივრის ჩაგდება, ის საკნიდან სპეციალურად გამოჰყავთ საჩივრის ყუთთან. კონვერტები ინახება სოც. განყოფილებაში და მოთხოვნის შესაბამისად ხდება მათი გაცემა. პირველ კორპუსში განთავსებული საჩივრის ყუთზე 5 ნომერს იყო 3 ნომერით დათარიღებული ლუქი. საჩივრის ყუთი დგას დერეფანში, კამერით კონტროლირებად პერიმეტრზე.

სოციალური მუშაკის გადმოცემით: „ეტლით მოსარგებლე ადამიანი საჩივრების ყუთს ვერ მოიხმარს. თანასაკნელი თუ ჩაუგდებს ან სოც. მუშაკს თუ სთხოვს. ძალიან ბევრი წერილი გადის სოციალური მუშაკის ხელში. ხშირ შემთხვევაში წერილები ოფიცრებთან არის დატოვებული ან ყუთზე“. სოციალური მუშაკის გადმოცემით, ვიდეო კონტროლი არის მხოლოდ პირველ და მეოთხე კორპუსში განთავსებულ საჩივრის ყუთებზე.

სად-ის #15 დაწესებულებაში საჩივარი ძირითადად შეეხება სამედიცინო პერსონალის მხრივ უყურადღებობას. პატიმრები ითხოვენ გადაყვანას ქალაქის სავადმყოფოებში - სამოქალაქო სექტორში. საჩივრის წარდგენის პროცედურის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება ხდება ზეპირად, სოციალური მუშაკი უკითხავს ფურცლიდან. ინფორმაციის ზეპირად მიწოდება ხდება ყოველთვის, განურჩევლად პატიმრის შეზღუდული სტატუსისა, რის შემდეგაც, პატიმარი ხელს აწერს ოქმს.

სად-ის #17 დაწესებულებაში სოციალური მუშაკის თქმით, ცარიელი კონვერტები ბიბლიოთეკაში დევს, ასევე შეზღუდვის გარეშე გაიცემა პატიმრის მოთხოვნის შემთხვევაში. ცარიელი კონვერტების სათითაო აღრიცხვა არ ხდება, მათი საერთო რაოდენობა აღრიცხულია სამეურნეო ნაწილში. დაწესებულებაში სულ 5 საჩივრის ყუთია, ვიდეო კონტროლი ყუთებზეც მიმდინარეობს. სოციალური მუშაკების თქმით, ყუთებს ყოველ საღამოს ამოწმებენ, თუმცა მონიტორინგის დროს ორი ყუთის ლუქზე თარიღი მითითებული არ იყო. სოციალური მუშაკი ერთ-ერთ ყუთზე თარიღის არარსებობის ფაქტს მექანიკური შეცდომით ხსნის „თარიღი რომ არ იყო მითითებული პლომზე – ეს მექანიკური შეცდომაა“, თუმცა ორი ყუთის შემთხვევაში მსგავსი განმარტება ნაკლებად დამაჯერებელია. ამავე დროს სოციალური მუშაკი აცხადებს, დალუქულ შემთხვევაში საჩივრის ყუთში ჩაგდება არ ხდება, „თუ რაიმე საჩივარი აქვთ, ისე გვეუბნებიან, არ წერენ“. სოციალური მუშაკის თქმით, წერა-კითხვის არმცოდნე პატიმარი დაწესებულებაში არ ყოფილა (ეს სოციალური მუშაკი ამ დაწესებულებაში 8 თვეა მუშაობს), „რომ ვერ წერს, ისეთი ადამიანი არ გვყავდა“. სოციალური მუშაკის განმარტებით, საჭიროების შემთხვევაში პატიმარს თანასაკნელები ეხმარებიან. სამართლო საკნების ტერიტორიაზე საჩივრის ყუთი არ იდგა, რაც ადმინისტრაციამ შემდეგნაირად განმარტა: „პატიმრებმა რომ ჩამოაგდეს, ამის შემდეგ აღარ არის „ბურში“ ყუთი“.

ხელმისაწვდომობა

სტანდარტი

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია

მუხლი 14 (2): შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის თავისუფლების აღკვეთის შემთხვევაში მონაწილე სახელმწიფოები მათ უზრუნველყოფენ ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლით გათვალისწინებულ თანაბარ გარანტიებით და მათდამი მოპყრობაში გამოიყენებენ წინამდებარე კონვენციით გათვალისწინებულ პრინციპებს, გონივრული მისადაგების უზრუნველყოფის ჩათვლით.

გონივრული მისადაგება გულისხმობს ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში იმ აუცილებელი და შესაბამისი მოდიფიკაციებისა და კორექტივების განხორციელებას, რაც არ იწვევს დაუძლეველ, გაუმართლებელ სირთულეებს და უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანაბარ უფლებებისა და თავისუფლების ფუნდამენტურ ღირებულებათა რეალიზებას.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის თანახმად, ხელმისაწვდომობა, გულისხმობს არა მხოლოდ ფიზიკური გარემოს, არამედ ინფორმაციის, სოციალური პროგრამებისა და სხვა სახის ხელმისაწვდომობას. იმისათვის, რომ შშმ პატიმარმა, სხვა პატიმრების თანასწორად მოახდინოს თავისი უფლებებისა და თავისუფლებების რეალიზაცია, აუცილებელია, მისთვის უზრუნველყოფილი იყოს ხელმისაწვდომობა, ამ სიტყვის ფართო გაგებით. ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია გონივრული მისადაგების პრინციპის განხორციელება, ანუ გარემოს, პროგრამის, კონკრეტული საქმიანობის ადაპტაცია.

სამწუხაროდ, როგორც ჩატარებულმა მონიტორინგმა გამოავლინა, ხელმისაწვდომობა მთლიანად შეზღუდულია სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, შესაბამისად, შეზღუდულია ყველა სხვა უფლების განხორციელებაც. ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია არა მხოლოდ ფიზიკური გარემოს მიმართ, არამედ ყველა პროგრამის და ყველა უფლების მიმართ, მათ შორის დასაქმების, განათლების, გარე სამყაროსთან კომუნიკაციის მიმართ და ა.შ.

სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #5 დაწესებულებაში შესასვლელი კიბეები არაა დაპატრებული (პანდუსის და ამწის გარეშე), პრობლემას წარმოადგენს ვიწრო კარი, მაღალი ზღურბლები. „B“ კორპუსში ასევე დარღვეულია გარემოსთან ხელმისაწვდომობა. საერთო აბაზანა პირველ სართულზეა, ნაწილობრივ ხელმისაწვდომი, კარების გარეშე, ბეტონის იატაკი, სინესტე, ცუდი ვენტილაცია. იგივე ტიპის აბაზანაა „C“ კორპუსში. აბაზანაში გათბობა არ არის. შშმ ქალი, რომელსაც შეზღუდული აქვს მოძილობა ან მხედველობა, აღნიშნული აბაზანის გამოყენებას დამოუკიდებლად ვერ მოახერხებს. ერთ-ერთმა შშმ ქალმა, რომელიც ეტლის მომხმარებელია და ამავე დროს ქვედა კიდური აქვს ამპუტირებული, ექსპერტთა ჯგუფს დეტალურად მოუყვა იმ ბარიერების შესახებ, რაც მას გარემოს ხელმიუწვდომლობის მიზეზით ექმნება: „გოგონები შემომიტანენ წყალს, გავაცხელებ და ოთახის საპირფარეშოში ვბანაობ, სააბაზანოში არ შევდივარ, დიდი საფეხურია და ეტლით ვერ შევდივარ“. საკანში არსებული სველი წერტილის მოხმარება საკმაოდ არასასიამოვნო პროცესებთან არის დაკავშირებული, მან უჩვენა ექსპერტთა ჯგუფს, თუ როგორ ახერხებს საპირფარეშოში შესვლას, კიბის მაღალ საფეხურებზე, რომელიც უნდა იაროს ამპუტირებულ მუხლზე (ტაკვზე) დაყრდნობით, რაც მტკივნეული პროცესი და დიდი დისკომფორტის მომტანია. საპირფარეშოში არ არის უნიტაზი, მის ნაცვლად არის აზიური ტიპის ე.წ. ჩეჩმა, რომელზეც დგას ხის სკამი. აღნიშნული სკამი უნიტაზის ფუნქციას ასრულებს.

დამხმარე საშუალებები: სად-ის #5 დაწესებულებაში ეტლების დარიგება ხდება „წითელი ჯვრის“ დახმარებით (მიუხედავად იმისა, რომ ამ მიზნით არსებობს სახელმწიფო პროგრამა). თუმცა, ვინაიდან გარემო მკვეთრად ხელმიუწვდომელია, ეტლები სწრაფად გამოდის მწყობრიდან. ერთ-ერთ პატიმარს ეტლი სამჯერ შეუცვალეს. ადმინისტრაციის თქმით, ეს შშმ პირი ეტლებს „აფუჭებს“ კიბეებზე ჩასვლით. „კიბეებზე ჩადის ეტლით, კიბეები კი ადაპტირებული არ არის“.

ადმინისტრაციის თქმით, შშმ პირებს ეხმარებიან ექთანი და სამეურნეო ნაწილის პატიმრები, თუმცა მათ ვალდებულებაში ეს არ შედის. საპირფარეშოში გასვლისას შშმ პირს ეხმარება კონტროლიორი.

სერვისების ხელმისაწვდომობა: რეაბილიტაციის ოთახი მე-2 სართულზეა, მანამდე გრძელი კიბეა, ისე რომ ეტლით მოსიარულე პირი დამოუკიდებლად ვერ მივა. პერსონალის გადმოცემით, უკვე 4 წელია, რაც რეაბილიტაცია ფუნქციონირებს. არის მასაჟის და ბიზნეს-ბუღალტერიის კურსები. კურსდამთავრებულები იღებენ სერტიფიკატს. შშმ პირისთვის აღნიშნულით დამოუკიდებელი და რეგულარული სარგებლობა ხელმიუწვდომელია. შშმ პირებს შეზღუდული აქვთ დასწრება კულტურულ ღონისძიებებზე იმ მიზეზის გამო, რომ არ ხდება შშმ პირთა საჭიროებების გათვალისწინება. მე-5 დაწესებულებაში მოწყობილი პოეზიის საღამო ხელმიუწვდომელი აღმოჩნდა სმენა-დაქვეითებული პატიმრისათვის, ვინაიდან არ იქნა გათვალისწინებული ჟესტური ენით თარგმნის ან პატიმრის სმენის აპარატის გამართულად მუშაობის შესაძლებლობა (ექსპერტების ვიზიტისას აღნიშნულ პატიმარს არ ჰქონდა სმენის აპარატში ელემენტი, რის გამოც იგი არ ფუნქციონირებდა).

ბიბლიოთეკა არის პირველ სართულზე, მაგრამ ცალკე კორპუსში, გარემონტებულია. კარებში შესასვლელი 90 სმ სიგანის, ეტლით მოსიარულე პირი დამოუკიდებლად ვერ შევა, ვინაიდან კარზე არსებობს 16 სმ ასასვლელი +5 სმ რკინის ზღურბლი. მიუხედავად ამისა, ეტლით მოსარგებლე ერთ-ერთი პატიმარი მაინც დადის ამ ბიბლიოთეკაში და ბიბლიოთეკის მორიგე მას ეხმარება კარებში შესვლის და გასვლის დროს. ბიბლიოთეკა მოეწყო დონორის მიერ დაფინანსებული პროექტის ფარგლებში, გაკეთდა რემონტი, ხდება წიგნების ელექტრონული აღრიცხვა. პატიმრებს შეუძლიათ ასევე ისარგებლონ კომპიუტერით (ინტერნეტის გარეშე, ინტერნეტი არც ბიბლიოთეკის თანამშრომლებს აქვთ). ბიბლიოთეკაში არ არის წიგნები ბრაილის შრიფტით, პერსონალის გადმოცემით, ასეთი კონტინგენტი (ბრაილის შრიფტის მცოდნე) დაწესებულებაში ჯერ არ ყოფილა. ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, კიდევ უფრო სამწუხაროა, რომ ბიბლიოთეკის მოწყობა გონივრული მისადაგების პრინციპით არ მოხდა დონორი ორგანიზაციის მხარდაჭერით.

ინფორმაციული ხელმისაწვდომობა: ადმინისტრაციის თქმით, სოციალური მუშაკი ვალდებულია, პატიმრებს გააცნოს ინფორმაცია მათთვის გასაგებ ენაზე და წაუკითხოს საჭიროების შემთხვევაში. იყო შემთხვევა, როცა ირანელისთვის თარჯიმანი მოიყვანეს. ინფორმაცია უფლებების გაცნობის შესახებ იდება პატიმრის პირად საქმეში. თუმცა დაწესებულებაში არ არის გათვალისწინებული ინფორმაციის გაცნობა ჟესტურ ენაზე ან ბრაილის შრიფტით დაბეჭდილი დოკუმენტით, რაც შშმ პატიმრებს თანასწორ მდგომარეობაში ჩააყენებდა.

34 წლის თ.თ-მ სასჯელის მოხდა დაიწყო 2013 წლის 3 ივლისიდან. არასოდეს უვლია სკოლაში. მისჯილი აქვს 3 წელი. აღნიშნება სმენასთან დაკავშირებული პრობლემები, სმენის აპარატი არც თავისუფლების აღკვეთამდე ჰქონია და არც ახლა აქვს. ცხოვრობდა დედასთან ერთად, დაკავებულია მარიხუანის შეძენა-შენახვა მოხმარებით. მისი გადმოცემით, სასამართლო პროცესზე ვერ გაიგო ვერაფერი. ასევე მისი გადმოცემით, სასამართლო პროცესის დროს მას არც ერთი სიტყვა არ უთქვამს. იმ დროს თავს გრძნობდა ძალიან ცუდად („ნემსები გამიკეთესო“) და ამტკიცებს, რომ გაბრუებულ მდგომარეობაში მოაწერა ხელი საბუთებზე. მას სმენის გამოხატული პრობლემები აქვს დაახლოებით 17 წლიდან, ბოლო 3 წელია სმენის პრობლემები უღრმავდება. ამბობს, რომ შემოსვლისას „რადაც დოკუმენტს“ მოაწერა ხელი, მაგრამ არ ახსოვს რა იყო, (სავარაუდოდ, გულისხმობს უფლებების გაცნობის ოქმს). ციხის რეჟიმისა და წესების შესახებ პატიმრებისგან შეიტყო. ტელევიზორის მოსმენაც არ შეუძლია. რადგან სოციალურად დაუცველი არ არის, არ ჰქონდა უფასო ადვოკატის უფლება. კერძო ადვოკატი, მისი გადმოცემით, სულ ერთხელ შემოვიდა, მოითხოვა 800 ლარი და მოგვიანებით ეს თანხა დედამ გამოიტანა ბანკიდან.

1 თვეა, რაც თ.თ. და მისი თანასაკნელები ელოდებიან პასუხს სმენის აპარატის შესახებ. ამბობს, რომ ექიმმა ერთ ყურზე მკურნალობის დიაგნოზი, მეორეზე კი მოსასმენი აპარატის საჭიროება დაუსვა. მას უთხრეს, რომ უნდა გაიყვანონ გარეთ, გასინჯონ და ზომები აიღონ აპარატისთვის. ხმამაღლა საუბარს ვერ იგებს. ექსპერტებს თ.თ-სთან კომუნიკაციაში გვეხმარებოდნენ მისი თანასაკნელები, რომელთა გადმოცემითაც, გარკვეული პერიოდის ურთიერთობის შემდეგ თ.თ-მ მათი პირის მოძრაობების გარჩევა ისწავლა. თანასაკნელები ცდილობენ გამოკვეთილი პირის მოძრაობით ესაუბრონ.

თ.თ-ს გადმოცემით, დაწესებულებაში შემოსვლიდან გარკვეული პერიოდის განმავლობაში პრობლემას წარმოადგენდა დილაობით გაღვიძება. თ.თ-ს გადმოცემით, იგი საერთო წესით გაღვიძება/გამოძახებას ვერ იგებდა, რის შემდეგაც „შემოდდიოდნენ და რვეულის უხეში შეხებით მალვიდებდნენ. ორჯერ ვუთხარი ასე ნუ მალვიდებთ-მეთქი, რადგან ნერვებთან დაკავშირებული პრობლემა მაქვს და უფრო ვღიზიანდებოდი“. მონიტორინგის დროს აღნიშნული პრობლემა უკვე მოგვარებული იყო. „ახლა შემოდინ და „კარგად“ მალვიდებენ.“

სად-ის #12 დაწესებულების შესასვლელის წინ საფეხურია, შემდეგ კიბე (5 საფეხური). შესასვლელის სიგანეა 84 სმ. საკონტროლო პუნქტის შემდეგ ისევ კიბეა, შემდეგ ვიწრო გზა და ეზოა. ეტლით მოსარგებლე შშმ პირი დამოუკიდებლად ტერიტორიაზე ვერ შევა.

კორპუსის შესასვლელში მცირე დაქანებაა (პანდუსი). მისი სიგრძე არის 88 სმ, სიმაღლე - 33 სმ. შესაბამისად, დახრილობა შეადგენს 37,5%-ს (სტანდარტის - 6%, $\leq 6\%$) პანდუსის სიგანე არის 87 სმ (სტანდარტი 1.2 მ). როგორც მოგვიანებით გაირკვა, ეს პანდუსი გაკეთდა დაწესებულების საკუთარი ინიციატივით, პროფესიონალებთან კონსულტაციის გარეშე, სტანდარტების დაცვის გარეშე, რადგან წარსულში ამ დაწესებულებაში იმყოფებოდა 4-5 ეტლით მოსარგებლე პატიმარი. შემდგომში ისინი გადაიყვანეს სხვა დაწესებულებაში ან გაანთავისუფლეს. კორპუსში შესასვლელი კარის სიგანეა 80 სმ., ზღურბლი - 5 სმ. შესასვლელში დაფაზე გამოკრულია ინფორმაცია, შრიფტი-ჩვეულებრივი. გაჩერება ამ ადგილას ინფორმაციის წასაკითხად შესაძლებელია. გამოკრული ფურცლების ქვედა ზღვარი 140 სმ სიმაღლეზეა, რაც ეტლში მჯდომი ადამიანისთვის, ინფორმაციის წასაკითხად, იქნება პრობლემური.

„საპირფარეშო ავადმყოფებისათვის“ არის საერთო საპირფარეშოს გვერდით. ვიზიტის დროს ის იყო დაკეტილი, ექსპერტების თხოვნით გაიღო - აღმოჩნდა სარემონტო. ფანჯარაში შუშა არ არის, სიცივეა, ორპირი ქარი, დაბინძურებულია, დამონტაჟებულია აზიური ტიპის საპირფარეშო, ადაპტირების გარეშე, თუმცა კარებთან ახლოს დგას ადაპტირებული სკამი. საპირფარეშომდე ორი საფეხურია. გადაადგილების პრობლემების მქონე ადამიანი დამოუკიდებლად ვერ მივა საპირფარეშომდე. საპირფარეშო არ თბება. პატიმრებმა აღნიშნეს: „გათბობა საკნებში არ არის, აბაზანაში და ტუალეტში როგორ იქნებაო?!“.

საშხაპეში კედლები არ არის შეთეთრებული. კედლებზე ჩანს მწვანე ობი, ჭერზე ასევე ობის მწვანე ლაქებია. არ აქვს ფანჯარა.. გათბობა არ არის. ვიწრო შესასვლელში არის ერთი საფეხური. 52 სმ. არის კარის სიგანე, 21 სმ - საფეხურის სიმაღლე. საშხაპე შედგება შლანგისგან, რომელიც შეერთებულია წყლის გამათბობელთან. შუქის ჩამრთველი სადენზე კიდია, ოთახის შიგნით. შშმ პირისთვის აღნიშნული საშხაპე ფაქტობრივად ხელმიუწვდომელია.

სერვისების ხელმისაწვდომობა: სოციალური მუშაკი ეხმარება მსჯავრდებულებს პლასტიკურ ბარათებთან დაკავშირებულ საკითხებში, ასევე აწვდის ინფორმაციას მის უფლებებზე წერილობით.

მსჯავრდებული ეცნობა თავის უფლებებს და ეს ინფორმაცია შედის მისი ხელმოწერით პირად საქმეში. მსჯავრდებულთან დაბეჭდილი ინფორმაცია არ რჩება, ამ ინფორმაციის დამახსოვრება კი საკმაოდ პრობლემურია.

თანამშრომლები ამტკიცებენ, რომ ეს ინფორმაცია ყველგან არის გამოკრული, მაგრამ გადაადგილების ან მხედველობის პრობლემების მქონე ადამიანის შემთხვევაში კედელზე გამოკრული ინფორმაციის წაკითხვა რთულია ან საერთოდ შეუძლებელი.

თანამშრომლები ამტკიცებენ, რომ მათ პრაქტიკაში არ იყო სმენასთან ან მხედველობასთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე მსჯავრდებული. შესაბამისად, მათ არ იციან, რას გააკეთებენ, თუ ასეთი პრეცედენტი გაჩნდება, მაგ., არ იციან როგორ დაეხმარებიან ამ ადამიანს, თუ მას დასჭირდება საჩივრის დაწერა. არც ეკლესიის შემთხვევაში არ არის გათვალისწინებული გადაადგილების პრობლემების მქონე შშმ პატიმართა საჭიროებები. მის შესასვლელში 4 საფეხურია, ისე რომ ეტლით მოსარგებლე შშმ პატიმარი დამოუკიდებლად ვერ შევა.

სად-ის #8 დაწესებულების შესასვლელში კიბეა, მოაჯირის და პანდუსის გარეშე. ადმინისტრაცია მე-3 სართულზეა.

ინფორმაციის მიწოდება: სოციალური მუშაკები შემოსვლისას პატიმრებს არ აცნობენ უფლება-მოვალეობებს დროის სიმცირის გამო. ამ ფუნქციას ასრულებს ოპერატიული მორიგე. ინფორმაცია უფლებების შესახებ არის ცალკე, ოქმის სახით, რასაც პატიმარი ხელს აწერს. სოციალური განყოფილების უფროსის გადმოცემით, სოციალური მუშაკები პერიოდულად არიგებენ საინფორმაციო ფურცლებს საკნებში. ეკითხებიან პატიმრებს, მიწოდებული ინფორმაცია ხომ არ დაუხიეს. როგორც წესი, პატიმრები არ აკრავენ ამ ინფორმაციას კედლებზე, თუმცა, სოციალური განყოფილების უფროსის აზრით, ყოველ საკანში დაბეჭდილი ინფორმაცია უნდა იყოს. 1-ელ კორპუსში ინფორმაცია გამოკრულია კედელზე, საკნების ტერიტორიაზე – კორიდორში. 182 სმ. სიმაღლეზე იატაკის დონიდან. პირად საქმეში, ოქმში, ბრალდებულისათვის საკუთარი უფლება-მოვალეობების გაცნობის შესახებ დოკუმენტში წვრილი შრიფტითაა გამოყენებული, რომელიც არის რთულად წასაკითხი ნორმალური მხედველობის მქონე ადამიანისთვისაც კი, მისი წაკითხვა მით უმეტეს გაუძნელდება მხედველობადაქვეითებულ პატიმარს.

დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფა ხდება, თუმცა რიგ შემთხვევებში იმდენად არაადეკვატურია შერჩეული საშუალება, რომ მან შეიძლება დამატებით ჯანმრთელობის ზიანი გამოიწვიოს. ექსპერტების მიერ ინახა და შეფასდა ერთ-ერთი შშმ პირი, რომლის ეტლი არ შეესაბამება მისი სხეულის ზომებს. შესაბამისად, ეტლის გამოყენება მას აყენებს ფიზიკურ ტკივილსა და დისკომფორტს. პატიმრის თეძოს სიგანე 40 სმ-ია, ხოლო ეტლის საჯდომი ჩარჩოს სიგანე 39 სმ. სიგანე ბორბლებს შორის – 43.5 სმ. პატიმრის გადმოცემით, ეტლი მას მისცეს რესპუბლიკურ საავადმყოფოში.

შშმ პატიმრები საგანმანათლებლო-კულტურულ ღონისძიებებში ვერ ერთვებიან „ჩვენ არ გვინახია“ „არ ვიცოდი, რომ კულტურული ღონისძიებები ტარდება“ - აცხადებენ ისინი.

მათი გადმოცემით, ვერც ბიბლიოთეკას იყენებენ. „ძირითად ინფორმაციას ტელევიზიით ვიღებთ. ბიბლიოთეკაში ფიზიკურად ვერ გავდივართ. გვეუბნებიან, შეუკვეთეთ და მოგიტანენო, მაგრამ წიგნების კატალოგი არ მაქვს და აბა, რა შევუკვეთო?“ შესაბამისად, დაწესებულების ბიბლიოთეკას არ აქვს წიგნების კატალოგი, რომლითაც პატიმრები შესძლებდნენ წიგნების გამოწერას.

სად-ის #2, #17 და მონიტორინგის პროცესში ჩართული სხვა დაწესებულებები არ განსხვავდებიან ფიზიკური, ინფორმაციული და პროგრამული ბარიერების არსებობით. ყველა მათგანში შშმ პატიმართა უფლება ხელმისაწვდომობაზე მკვეთრად შეზღუდულია და ასევე ზღუდავს ყველა სხვა უფლების რეალიზაციას სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში.

სტანდარტი**პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესები**

მუხლი 20(1). ციხის ადმინისტრაციამ ყოველი პატიმარი უნდა უზრუნველყოს ჩვეულ საათებში ისეთი საკვებით, რომელიც იქნება საკმარისად კარგი ხარისხის, კარგად დამზადებული და მიწოდებული, აგრეთვე საკმარისად ნოყიერი ძალების აღსადგენად და ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად.

(2) სასმელი წყალი უნდა იყოს ხელმისაწვდომი ყოველი პატიმრისთვის ნებისმიერ დროს, შეუზღუდავი რაოდენობით.

რამდენიმე დაწესებულებაში საკვების ერთფეროვნებაა. წყლის ხარისხის შემოწმება კი ბევრ მათგანში კვლავ მოუგვარებელია. გამოვლინდა რელიგიური უმცირესობის წარმომადგენელ პატიმართათვის ადეკვატური საკვების მიწოდების პრობლემა.

სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #5 დაწესებულების პატიმრებს ეძლევათ 3-ჯერადი კვება. დღიურ მენიუმში ერთნაირი დასახელების კერძები არ მეორდება, თუმცა პატიმრები აღნიშნავენ წიწიბურასა და მაკარონის ხშირ მოწოდებას საკვებ რაციონში. ჩვეულებრივი მენიუს გარდა, დაწესებულებაში ხელმისაწვდომია დიაბეტით(#9), ტუბერკულოზით(#11), კუჭ-ნაწლავით დაავადებულთა (#1) დიეტური მაგიდები და ასევე ორსულთა და მეძუძურ ქალთა მენიუ. ამას გარდა, ბავშვიან პატიმრებს ეძლევათ უმი პროდუქტები ბავშვებისათვის საკვების ინდივიდუალურად მოსამზადებლად. დღიური რაციონის, კალორიულობის პროცენტული გადანაწილების დაანგარიშება თითოეულ კვებაზე არ ხდება.

მართალია, საკვები რაციონიდან ღორის ხორცი საერთოდ ამოღებულია, მიუხედავად ამისა, რელიგიური უმცირესობებისათვის სპეციფიკური მენიუ არ არის გათვალისწინებული და ხელმისაწვდომია მხოლოდ ამანათის მეშვეობით. საკვების ვარგისიანობას ამოწმებს ექიმი და ხდება საკვების სინჯების შენახვა 48 საათის განმავლობაში. დაწესებულებას წყლით ამარაგებს გარდახნის რაიონის წყალმომარაგების ქსელი.

#11 არასრულწლოვანთა დაწესებულებაში არის პატიმართა 3-ჯერადი კვება. საკვების მიღებათა შორის შუალედი არის 4 საათი. დღიურ მენიუმში ერთნაირი დასახელების კერძები არ მეორდება. ჩვეულებრივი მენიუს გარდა, დაწესებულებაში ვიზიტის დროს ხელმისაწვდომი იყო კუჭ-ნაწლავით დაავადებულთა (#5) დიეტური მაგიდა. დაწესებულებაში ღორის ხორცი არ შემოდის, თუმცა რელიგიური უმცირესობებისათვის სპეციფიკური მენიუ არ არის ხელმისაწვდომი. დღიური საკვები რაციონის ენერგეტიკული მაჩვენებელი მერყეობს 2763-დან 3779 კკალ-მდე. მსჯავრდებულთა მენიუმში დღიური კალორიის პროცენტული დაანგარიშება თითოეულ კვებაზე არ ხდება. საკვების ვარგისიანობას ყოველდღიურად ამოწმებს ექიმი, რაც ფიქსირდება შესაბამის ჟურნალში. სასმელი წყლის მიღება ხელმისაწვდომია შეუზღუდავად. წყლის სინჯის აღება ხდება ყოველ დღე და ინახება 48 სთ-ის განმავლობაში.

სად-ის #12 დაწესებულებაში პატიმართა კვება სამჯერადია. საკვები მენიუს დოკუმენტაციის მიხედვით, დღიურ რაციონში ერთნაირი დასახელების კერძები არ მეორდება, მაგრამ პატიმრები აღნიშნავენ ზოგადად დაბალ ხარისხიან და ერთფეროვან საკვებს. პატიმრებს მიეწოდებათ მხოლოდ ორი ტიპის მენიუ – სტანდარტული და #9 დიეტა. მიუხედავად იმისა, რომ დოკუმენტაციის მიხედვით ორივე მენიუს დღიური რაციონის კალორიის აკმაყოფილებს დადგენილ ენერგეტიკულ სტანდარტებს, პატიმრები მასობრივად აღნიშნავენ საკვების დაბალ ხარისხს და ხშირად უარს აცხადებენ სასადილოს საკვების მიღებაზე. დაწესებულებას არ გააჩნია სასადილო სივრცე და ამის გამო პატიმრები იკვებებიან თავიანთ ოთახებში. საგულისხმოა, რომ დაწესებულების ოფიცრებსა და თანამშრომლებს აქვთ ცალკე მოწყობილი სასადილო და სამზარეულო, სადაც ერთ-ერთი პატიმარი მიმაგრებულია მზარეულად. იგი დაწესებულების სასადილოში არსებული პროდუქტებისგან განსხვავებული, თანამშრომლების მიერ მოტანილი პროდუქტებისგან ამზადებს მათთვის საკვებს. დაწესებულებაში სასმელი წყლის ვარგისიანობის შემოწმების ფაქტს ადმინისტრაცია ვერ იხსენებს.

სად-ის #8 დაწესებულებაში პატიმრებს აქვთ 3-ჯერადი კვება. მენიუს დოკუმენტაციაში ერთნაირი დასახელების კერძები დღიურ რაციონში არ მეორდება. ძირითადი მენიუს გარდა, ხელმისაწვდომია #5, #9 და #11 დიეტური მაგიდები. გარდა ამისა, დაწესებულების სამზარეულო ემსახურება სამკურნალო დაწესებულებასაც (ამჟამად რემონტში იმყოფება) და მზადდება #15 დიეტური მენიუ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მყოფი პატიმრებისათვის. დოკუმენტაციის მიხედვით, დღიური საკვები რაციონის ენერგეტიკული მაჩვენებელი შეადგენს 2400-2970 კკალ-ს, რაც შეესაბამება მიღებულ სტანდარტებს.

სად-ის #2 დაწესებულებაში არის 3-ჯერადი კვება. მიუხედავად იმისა, რომ დღიურ მენიუმში არ მეორდება ერთნაირი დასახელების კერძები, პატიმრები ხშირად უჩივიან ზოგადად ერთფეროვან საკვებს. დღიური საკვები რაციონის ენერგეტიკული მაჩვენებელი აკმაყოფილებს დაშვებულ სტანდარტებს და შეადგენს 2400–3100 კკალ–ს. სტანდარტული მენიუს გარდა ხელმისაწვდომია #5, #9, #11 დიეტური მაგიდები და ასევე მენიუ ქალებისა და არასრულწლოვნებისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულების სამზარეულოში არ შედის ღორის ხორცი, ბევრი პატიმარი და განსაკუთრებით რელიგიური უმცირესობის წარმომადგენლები გამოხატავენ უკმაყოფილებას საკვების ხარისხის მიმართ და მენიუმში გარკვეული სახის პროდუქტების (განსაკუთრებით რძის პროდუქტების) ნაკლებობის გამო. ამ მიზეზით, თურქი ეროვნების პატიმრებს მოკლევადიანი საპროტესტო შიმშილობაც კი ჰქონდათ გამოცხადებული. საკვების ვარგისიანობას ამოწმებს ექიმი და სინჯები ინახება 48 საათის განმავლობაში. სასმელი წყლის ხარისხის შემოწმების აღრიცხვის დოკუმენტაცია არ იწარმოება. მონიტორინგის პირველ დღეს დაწესებულებას წყალი არ მიეწოდებოდა.

სად-ის #15 დაწესებულების დღიური საკვები რაციონის ენერგეტიკული მაჩვენებელი აკმაყოფილებს დადგენილ სტანდარტებს და შეადგენს 2400–3100 კკალ–ს. კვება 3-ჯერადია. შუალედი საუზმესა და სადილს შორის მნიშვნელოვნად აღემატება 4 საათს, რაც საკვების მიღების ნორმების დარღვევაა. დაწესებულებაში ხელმისაწვდომია ძირითადი მენიუ, #5 და #9 დიეტური მაგიდები. პრობლემას წარმოადგენს რელიგიური უმცირესობებისათვის სპეციფიკური საკვების მიღება. მიუხედავად იმისა, რომ ღორის ხორცი დაწესებულებაში საერთოდ არ შედის, ვინაიდან მორწმუნე მუსულმანისათვის დასაშვებია მხოლოდ სპეციალური რიტუალის შემდეგ დაკლული ცხოველის ხორცის მიღება, დაწესებულებაში მომზადებული ინდური ხორცისაგან მომზადებული საკვები არ წარმოადგენს შესაფერის საკვებს. ანალოგიური ვითარებაა ებრაელ პატიმრებთან მიმართებაშიც. მაგალითისათვის, ჩეჩენი ეროვნების მსჯავრდებული ა.ა., რომელიც სასჯელს იხდის მეორე წელია და ხერხემლის მძიმე დაზიანებების გამო მუდმივად წევს, დაწესებულების საკვების გარკვეულ რაოდენობას ვერ იღებს სარწმუნოებრივი მრწამსის გამო, ხოლო ამანათის სახით ოჯახიდან ხორციანი პროდუქტის მიღება პრობლემას წარმოადგენს.

სად-ის #17 დაწესებულების კვება 3-ჯერადია. შუალედი საუზმესა და სადილს შორის აღემატება 4 საათს, რაც კვების ნორმატივების დარღვევაა. ხელმისაწვდომია სტანდარტული მენიუ, #5 და #9 დიეტური მაგიდები. რელიგიური უმცირესობებისათვის სპეციფიკური მენიუ არ არის ხელმისაწვდომი. მაგალითისათვის, დაწესებულებაში იმყოფება ებრაელი მსჯავრდებული რ.გ. რომელიც სასჯელს იხდის უკვე 4 წელია, რელიგიური მრწამსიდან გამომდინარე, დაწესებულებაში მომზადებული ხორციანი კერძი საერთოდ არ უჭამია. ბოლო ხორციანი, ქაშერული წესით დამზადებული საკვები მიიღო 2013 წლის გაზაფხულზე ისრაელიდან გამოგზავნილი ამანათის სახით. პატიმრის განცხადებით, იგი იძულებულია, ძირითადად იკვებოს დიეტური საკვებითა და რძის პროდუქტებით, რომელთა შემენა დაწესებულების მაღაზიაში ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. ჩვენ მიერ მაღაზიის მონახულებისას რძის პროდუქტებში ხაჭო მართლაც არ იყო.

იმავე სახის პრობლემები აღნიშნა ირანელმა მსჯავრდებულმა ს.ი.ქ-მ. დაწესებულებაში ასევე იმყოფებოდნენ აზერბაიჯანელი და თურქი ეროვნების პატიმრები.

მიუხედავად იმისა, რომ საბუთების მიხედვით, დღიური საკვები რაციონის ენერგეტიკული მაჩვენებელი აკმაყოფილებს დადგენილ ნორმებს, მრავალი პატიმრის განცხადებით, საკვების ხარისხი ხშირად არ არის დამაკმაყოფილებელი და ბევრი მათგანი თავისი ხარჯით იკვებება მაღაზიიდან. დაწესებულების სამზარეულოს დათვალიერებისას გაირკვა, რომ ნარჩენი საკვები, რომლის რაოდენობრივი აღრიცხვა არ ხდება, ან იღვრება კანალიზაციის სისტემაში, ან ისხმება დიდი ზომის კონტეინერებში და ის დაწესებულებიდან ყოველდღე გააქვს უცნობი კუთვნილების სატვირთო მანქანას.

ვინაიდან დაწესებულების წყალმომარაგების სისტემა მიერთებულია ქალაქ რუსთავის ქსელს, წყლის მიწოდება ხშირად შეფერხებული ხდება. ამის გამო, დაწესებულების სამზარეულოს აქვს 5 ტონიანი წყლის რეზერვუარი. სასმელი წყლის ვარგისიანობის შემოწმების დამადასტურებელი დოკუმენტაცია დაწესებულებას არ გააჩნია.

პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესები

მუხლი 15 (1). პატიმრებს მოეთხოვებათ, რომ ყოველთვის იყვნენ სუფთად, რისთვისაც საჭიროა მათი მომარაგება წყლითა და პირადი ტუალეტისთვის საჭირო ისეთი ნივთებით, რომლებიც აუცილებელია სისუფთავისა და ჯანმრთელობის დასაცავად.

მუხლი 17(2). ტანსაცმელი უნდა ინახებოდეს სუფთად და მოწესრიგებულად. რეცხვა და თეთრეულის გაყვანა უნდა ხდებოდეს ჰიგიენის მოთხოვნის შესაბამისად.

მუხლი 19. ადგილობრივი და ეროვნული სტანდარტების შესაბამისად, ყოველ პატიმარს პირად სარგებლობაში უნდა ჰქონდეს საწოლი და შესაფერისი თეთრეული, რომელიც გაყვანის მომენტში უნდა იყოს სუფთა. ამასთან, სისუფთავის შენარჩუნების მიზნით, თეთრეული ხშირად უნდა იცვლებოდეს.

სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #5 დაწესებულების საკნებში არის საპირფარეშო და პირსაბანი, თუმცა რამდენიმე საკანში, რომელიც მოინახულა მონიტორინგის ჯგუფმა, ტუალეტის ჩასარეცხი ავზი დაზიანებული იყო. საკნების საპირფარეშო და პირსაბანი არ აკმაყოფილებს ისეთ პირობებს, რომ შშმ პატიმარმა (ეტლის მომხმარებელმა) შეძლოს ფიზიოლოგიური მოთხოვნების დაკმაყოფილება და პირადი ჰიგიენის დაცვა პატივისა და ღირსების შეუღებად.

რამდენიმე პატიმარმა აღნიშნა, რომ ინდივიდუალური ჰიგიენური პაკეტი არ მიეცათ (მისცეს მხოლოდ საპონი და 1 ჰიქა სარეცხი ფხვნილი). ერთი შშმ პატიმრის განცხადებით, რომელსაც აღენიშნება ინსულტის შემდგომი ნეიროსენსორული შარდის შეუკავებლობა (ეტლის მომხმარებელი), ეძლევა მხოლოდ ერთი პამპერსი ღამისათვის. დღის განმავლობაში მას უწევს ნაჭრის საფენების ხმარება, რომელთაც შემდეგ თავად რეცხავს.

შხაპის მიღების სიხშირე შეუზღუდავია. დაწესებულებაში არ შემოდის პარიკმახერი, პატიმრები თავად ჭრიან თმას და უკეთებენ ვარცხნილობას ერთმანეთს.

თეთრეულისა და ტანსაცმლის ჰიგიენაზე ადმინისტრაციის ან მედპერსონალის მიერ ორგანიზებული მეთვალყურეობა არ ხორციელდება და მას აკონტროლებენ თავად პატიმრები. დაწესებულების სამზარეულო და სასადილო ძირითად ჰიგიენურ სტანდარტებს აკმაყოფილებს, თუმცა სადუზინფექციო დამუშავების რეგისტრაციის დოკუმენტაცია მოუწესრიგებელი და ფრაგმენტულია.

სად-ის #11 დაწესებულების პატიმართა თეთრეულისა და ტანსაცმლის ჰიგიენას ამოწმებს და აკონტროლებს დაწესებულების ექიმი. არასრულწლოვანი პატიმრები სამრეცხაოს მომსახურებით სარგებლობენ.

ადმინისტრაციის განცხადებითა და პატიმართა დასტურით, შხაპის მიღების სიხშირე შეუზღუდავია. პარიკმახერი შემოდის დაწესებულებაში თვეში ერთხელ. სხვა შემთხვევაში პატიმრები თავად ემსახურებიან ერთმანეთს. დაწესებულებაში შემოსვლისას მსჯავრდებულს ეძლევა ჰიგიენური პაკეტი, რომელშიც შედის თეთრეული, პირსახოცი, ტუალეტის ქაღალდი, კბილის ჯაგრისი და კბილის პასტა. მიუხედავად ამისა, პატიმრები ძირითადად მაინც საკუთარი ოჯახებიდან ამანათის სახით გამოგზავნილ თეთრეულსა და ჰიგიენურ ნივთებს მოიხმარენ.

სად-ის #12 დაწესებულებას, ვინაიდან დაწესებულების შენობაში ადრე განთავსებული იყო ციხის რესპუბლიკური საავადმყოფო, აქვს არა საკნები, არამედ პალატების ტიპის ოთახები. სველი წერტილები არის მხოლოდ რამდენიმე ოთახში და ისინიც არ არის ადაპტირებული შშმ პირთათვის. მაგალითისათვის, 6 კაციან ოთახში, რომელშიც იმყოფება მწოლიარე პატიმარი გ.უ., სასჯელაღსრულების სისტემაში ცემისა და არასათანადო მოპყრობის შედეგად მიღებული ხერხემლის მძიმე დაზიანებებით, თუმცაღა მოწყობილია საპირფარეშო, მაგრამ იგი არათუ ადაპტირებულია გადაადგილების პრობლემების მქონე ადამიანებისათვის, არამედ არც კი ირეცხება წყლით. ამის გამო და თანასაკნელებთან უხერხულობის თავიდან აცილების მიზნით, პაციენტი იძულებულია სხვა პატიმრების დახმარებით საჭიროების დროს გავიდეს საერთო აზიური ტიპის ტუალეტში.

დაწესებულების სადუზინფექციო დამუშავების აღრიცხვის ჟურნალი არ იწარმოება. ხდება მხოლოდ მიღება-ჩაბარების აქტის შედგენა სამეურნეო სამსახურსა და სანიტარულ ეპიდემიოლოგიურ სამსახურს შორის. დამუშავება ტარდება საშუალოდ თვეში ერთხელ. მიუხედავად ამისა, ზაფხულის პერიოდში დაწესებულებისათვის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენენ ქვეწარმავლები.

ისევე, როგორც მთელი დაწესებულება, მისი სამზარეულოც ამორტიზებულია. შენობა და დანადგარები მოძველებულია, იატაკის ფილები ამოცვნილი, კედლები დაზიანებული. იატაკის მორეცხვის შემდეგ სამზარეულოში დგას წყლის გუბები. შესაბამისად, ჰიგიენის სრულფასოვნად დაცვა დაწესებულების სამზარეულოში ვერ მოხერხდება.

სად-ის #8 დაწესებულების საკნებში, მიუხედავად იმისა, რომ არის პირსაბანი და საპირფარეშო, ისინი ვერ აკმაყოფილებენ ისეთ პირობებს, რომ შშმ პატიმარმა შეძლოს ფიზიოლოგიური მოთხოვნების დაკმაყოფილება და პირადი ჰიგიენის დაცვა პატივისა და ღირსების შეუღლებად.

პირის გაპარსვა და თმის მოვლა შესაძლებელია განხორციელდეს მხოლოდ სამეურნეო განყოფილების პატიმართა დახმარებით. პატიმართა განცხადებით, ინდივიდუალური ჰიგიენური საშუალების ნაცვლად, დაწესებულებაში მათ მისცეს მხოლოდ თეთრეული და ჭურჭლის სარეცხი ჟელე.

პატიმართა პირად ჰიგიენაზე მეთვალყურეობას ადმინისტრაცია არ ახორციელებს და პატიმრები თავად ზრუნავენ პირად სისუფთავეზე ან შეძლებისდაგვარად ეხმარებიან ერთმანეთს საჭიროების შემთხვევაში. მაგალითისათვის, პატიმარ ფ.კ-ს, რომელსაც აღენიშნება მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობები და აქვს ინსულტის შემდგომი მარჯვენამხრივი ღრმა ჰემიპარეზი, ვინაიდან თავად ვერ ახერხებს ფრჩხილების ჰიგიენის უზრუნველყოფას, ფეხის თითებზე ფრჩხილები აქვს არაადეკვატურ სიგრძეზე გაზრდილი და მნიშვნელოვნად დეფორმირებული.

შხაპის მიღების სიხშირე არ რეგულირდება და შესაძლებელია მოთხოვნისამებრ, თუმცა შშმ პატიმრებისათვის ეს პროცედურა პრობლემატურია ხელმიუწვდომელი გარემოს მიზეზით, მათი შხაპის მიღება ასევე დაკავშირებულია პატივისა და ღირსების შელახვასთან.

ადმინისტრაციის განცხადებით, დაწესებულების სადეზინფექციო დამუშავება ტარდება გეგმიურად თვეში ერთხელ, ხოლო საჭიროებისამებრ არაგეგმიურადაც. საჭიროების რაიმე განსაზღვრული კრიტერიუმები დაწესებულებას არ გააჩნია და მას სუბიექტურად განსაზღვრავს ადმინისტრაცია. სადეზინფექციო დამუშავების სარეგისტრაციო ჟურნალი არ იწარმოება ან იწარმოება არაგეგმაზომიერად. მაგალითისათვის, ბოლო სადეზინფექციო დამუშავება, რომელიც გატარებულია ჟურნალში, ჩატარდა 2013 წლის 9 ოქტომბერს, ხოლო ბოლოს წინა სადეზინფექციო დამუშავება დათარიღებულია 2012 წლის დეკემბრით.

სად-ის #2 დაწესებულება, მიუხედავად იმისა, რომ საკნებში არის პირსაბანი და საპირფარეშო, შშმ პატიმრის მხრიდან ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება და პირადი ჰიგიენის დაცვა დაკავშირებულია მისი პატივისა და ღირსების ხელყოფასთან.

დაწესებულებას არ გააჩნია შშმ პირთათვის შესაფერისი ჰიგიენური პირობების უზრუნველყოფის რაიმე რეგულაცია. დაწესებულების შტატში არ არის გათვალისწინებული შშმ პატიმართა მოვლისა და მათზე ზრუნვისათვის საჭირო პერსონალი. ამის გამო, შშმ პატიმრები არიან ზრუნვას მოკლებულნი ან არიან სხვა პატიმართა მხრიდან დახმარების იმედად.

პატიმართა თეთრეულისა და სამოსის ჰიგიენაზე ორგანიზებული კონტროლი არ ხორციელდება და თავად პატიმრები ზრუნავენ პირად სისუფთავეზე. შხაპის მიღების სიხშირე სხვადასხვა დაწესებულებაში განსხვავებულია. შშმ პატიმართათვის შხაპის მიღების პროცედურა ძალზე პრობლემატურია. პატიმარი თ.ფ., რომელსაც აქვს ქვედა კიდურების დამბლა, საშხაპეში გადაადგილდება თანასაკნელთა ან სამეურნეო ნაწილის პატიმართა დახმარებით და იატაკზე დამჯდარი ბანაობს. მეორე პატიმარი ი.ჯ., 50 წლის ბრალდებული, რომელსაც ამპუტირებული აქვს ორივე ფეხი წვივის ზედა მესამედში, 3 კვირაა მოთავსებულია დაწესებულებაში და ვერ ბანაობს ელემენტარული პირობების არარსებობის გამო. პატიმარს არ აქვს არც ეტლი და მთელ დროს ატარებს საწოლზე მჯდარი. მისთვის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ასევე საპირფარეშოთი სარგებლობა.

თმისა და წვერის მოვლის სიხშირე არ არის შეზღუდული, თუმცა ამას ახორციელებენ სამეურნეო ნაწილის პატიმრების მეშვეობით.

დაწესებულებას არ გააჩნია სადეზინფექციო დამუშავების რეგისტრაციის ჟურნალი. სამზარეულოს ბოლო დეზინფექცია ჩატარდა 5 ნოემბერს, ხოლო იმის წინა - 3 კვირით ადრე. აღრიცხვის ჟურნალი არ იწარმოება.

სამზარეულოს ხელმძღვანელობის განცხადებით, პრობლემას წარმოადგენს მომსახურე პერსონალის ჩაცმულობა. ეს საკითხი არანაირად არ რეგულირდება, აცვიათ თავიანთი გადაწყვეტილებისამებრ, თავად რეცხავენ და, შესაბამისად, ტანსაცმლის ჰიგიენაზე კონტროლი გართულებულია.

სად-ის #15 დაწესებულების ინფრასტრუქტურაში არ არის გათვალისწინებული შშმ პატიმართა სპეციფიკური მოთხოვნები. შესაბამისად, საპირფარეშო და საშხაპეები ვერ აკმაყოფილებენ ისეთ პირობებს, რომ პატიმარმა შეძლოს ფიზიოლოგიური მოთხოვნების დაკმაყოფილება და პირადი ჰიგიენის დაცვა პატივისა და ღირსების შეუღებად.

წვერისა და თმის მოვლა დაწესებულებაში ხდება თავად პატიმრების ურთიერთდახმარებით.

მრავალი პატიმრის განცხადებით, ინდივიდუალური ჰიგიენური საშუალებები მათ არ დარიგებიან. მსჯავრდებული ა.ა-ს განცხადებით, მას დაწესებულებაში მისცეს მხოლოდ ლეიბი, ხოლო თეთრეული მისცეს სხვა პატიმრებმა.

დაწესებულების სადებიზფექციო დამუშავების რეგისტრაციის დოკუმენტაცია არ იწარმოება. სამზარეულოს ბოლო დებიზფექცია ჩატარდა 2013 წლის 14 ოქტომბერს, რაზეც მეტყველებს „შესრულებული სამუშაოს მიღება-ჩაბარების აქტი“. მიუხედავად ამისა, სამზარეულოში საკმაოდ თვალშისაცემი იყო მწერების სიმრავლე.

ტარაკნების სიმრავლე შეინიშნებოდა დაწესებულების სტაციონარშიც (ე.წ. ბალნიჩკა)

სად-ის #17 დაწესებულების საპირფარეშო და პირსაბანი, ისევე როგორც ციხის მთელი ინფრასტრუქტურა, არ აკმაყოფილებს ისეთ პირობებს, რომ პატიმარმა შეძლოს ფიზიოლოგიური მოთხოვნების დაკმაყოფილება და პირადი ჰიგიენის დაცვა პატივისა და ღირსების შეუღებად.

პატიმრები იძულებული არიან, დახმარებისათვის მიმართონ თანასაკნელ ან სამეურნეო ნაწილის პატიმრებს თმისა და წვერის მოვლისათვის.

დაწესებულების დებიზფექციის რეგისტრაციის ჟურნალი არ იწარმოება. ზეპირი განცხადებით, იგი ტარდება თვეში ერთხელ და შესაბამისი ფორმა, რომელთანაც სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს გაფორმებული აქვს ხელშეკრულება, თავისი განრიგით ახდენს ადმინისტრაციული კორპუსის დებიზფექციას. ზონებზე საკნების დებიზფექცია ხორციელდება არაგეგმავიერად.

დებიზფექციის ჟურნალი არ იწარმოება არც სამზარეულოში. აქვთ მხოლოდ მიღება-ჩაბარების აქტი და ისიც არასისტემატური.

სამზარეულოში თვალშისაცემი იყო ტარაკნების არსებობა.

პატიმართა განათლება

პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესები

მუხლი (1). პატიმრები უზრუნველყოფილი უნდა იყვნენ შემდგომი განათლების მიღების შესაძლებლობით, რელიგიური განათლების ჩათვლით, იმ ქვეყნებში, სადაც ეს დაშვებულია. წერაკითხვის უცოდინართა და ახალგაზრდა პატიმრების განათლება სავალდებულო უნდა იყოს და ციხის ადმინისტრაციამ ამას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს.

(2) პატიმრების განათლება, შეძლებისდაგვარად, დაკავშირებული უნდა იყოს ქვეყანაში არსებულ განათლების სისტემასთან იმ მიზნით, რომ მომავალში ამ პატიმრებმა დაუბრკოლებლად შეძლონ სწავლის გაგრძელება.

ზრდასრულთა განათლების შესაძლებლობა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში საკმაოდ შეზღუდული რაოდენობითაა წარმოდგენილი. აქედან ლოგიკურ გამონაკლისს წარმოადგენს სად-ის #11 დაწესებულება, სადაც არასრულწლოვანი პირები უზრუნველყოფილი არიან ფორმალური განათლების მიღების შესაძლებლობით. შეიძლება ითქვას, რომ ეს არის პოზიტიური გამონაკლისი ყველა სხვა დაწესებულებას შორის. სხვა ყველა დაწესებულებაში, პატიმართა განათლება ან მინდობილია არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და დონორთა ინიციატივას ან ატარებს საკმაოდ ზედაპირულ ხასიათს და რეალურად არ აკმაყოფილებს პატიმართა საჭიროებებს. უმრავლეს დაწესებულებაში პატიმრების მიერ საგანმანათლებლო წრეებში ჩაბმა არასერიოზულად აღიქმება და წრეების შევსება ხდება სოციალური მუშაკების მიერ დიდი ძალისხმევით გაწევით. თითო წრეში მაქსიმუმ 5-6 პატიმარი ერთვება. ხშირად იგივე პატიმართა გვარები მეორდება სხვადასხვა წრეებსა თუ საგანმანათლებლო ჯგუფებში.

სად-ის #5 დაწესებულების შშმ პატიმარი-ქალის გადმოცემით, გარკვეული პერიოდის წინ, მას მოუტანეს პროგრამების ჩამონათვალი, ეს იყო, ცეკვა, ქსოვა და ა.შ. მაგრამ მხედველობის პრობლემისა და ეტლის მოხმარების გამო, ვერც ერთში ვერ მიიღო მონაწილეობა. „ისეთი შემოთავაზება რომ ყოფილიყო რომელსაც წერა და მხედველობა არ უნდა მივიღებდი მონაწილეობას“, - განაცხადა პატიმარმა. სოციალური სამსახურის ინფორმაციით, აღნიშნულ დაწესებულებაში მთელი რიგი პროექტები მიმდინარეობს საგანმანათლებლო და კულტურული პროგრამების სახით. ესენია: ბიზნეს-ტრენინგი, კომპიუტერული კურსები, მასაჟის შემსწავლელი კურსები, სტილისტის სპეციალური კურსები, სამოქალაქო განათლების ტრენინგები, ინგლისური ენის შესწავლა, ჭრა-კერვის კურსები. აღსანიშნავია, რომ არც ერთ ზემოთ ჩამოთვლილ პროგრამაში არ მონაწილეობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი. მიზეზად კი დასახელდა არაადაპტირებული გარემო და სურვილის არქონა პატიმრების მხრიდან.

ასევე ხორციელდება დაწესებულების გარეთ პატიმრების გაყვანა პერიოდულად სხვადასხვა საგანმანათლებლო და კულტურულ ღონისძიებებზე მონაწილეობის თუ დასწრების მიზნით. ასეთი ღონისძიება იყო ბოლო პერიოდში გადაცემა „ეტალონი“, სადაც მონაწილეობა მიიღეს პატიმარმა ქალებმა, თუმცა არც ერთი მათგანი არ ყოფილა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი პატიმარი. სოციალური სამსახურის განმარტებით, არც ერთი არსებული პროგრამა არ მოიცავს სპეციალურ ღონისძიებებს (გონივრულ მისადაგებას) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის, რათა მათ შეძლონ ამ ღონისძიებებში მონაწილეობა ბარიერების მიუხედავად. რაც შეეხება განათლების მიღების უფლებას, სოციალური სამსახურის ინფორმაციით, სრულწლოვანი ქალი პატიმრებისთვის არ არსებობს ზოგადი ან უმაღლესი განათლების მიღების საშუალება/მექანიზმი. საშუალო განათლების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ არასრულწლოვან გოგონათათვის, რომლებსაც 123-ე სკოლა ემსახურება. პედაგოგები დაწესებულებაში დადიან არასრულწლოვნებთან, თუმცა ამ შემთხვევაშიც შშმ პატიმარ გოგონას მაინც ექმნება განათლების ხელმისაწვდომობის პრობლემა.

რამდენიმე წერა-კითხვის უცოდინარი პატიმარია დაწესებულებაში, ისინი ძირითადად ეთნიკურ უმცირესობას განეკუთვნებიან, თუმცა ასეთი კატეგორიის პატიმართათვის წერა-კითხვის შესწავლის მიზნით, არანაირი პროგრამა არ არსებობს.

დაწესებულებაში არსებული ხელობისა და კონკრეტული პროფესიის შემსწავლელ კურსებში არც ერთი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი არ არის ჩართული.

სად-ის #12 დაწესებულებაში, შშმ პატიმრების ინფორმაციით, დაწესებულებაში არანაირი საგანმანათლებლო პროგრამა არ მოქმედებს. რაც შეეხება კულტურულ და გასართობ ღონისძიებებს, იხსენებენ რამდენიმე ღონისძიებას, მათ შორის გასულ თვეში ჩატარებულ პოეზიის სადამოს. 7 თვის განმავლობაში მხოლოდ ორჯერ ჩატარდა მსგავსი სახის ღონისძიება. არ არსებობს შრომითი თერაპიის ან დასაქმების, რეაბილიტაციის ღონისძიება/პროგრამები.

სად-ის #8 დაწესებულებაში სოციალური სამსახურის უფროსის განმარტებით, #8 დაწესებულებაში განათლების მიღების ან გაგრძელების პირობები არ არის. რამდენიმე პატიმარმა ჩააბარა ეროვნული გამოცდები, მაგრამ სწავლის გაგრძელება ვერ შეძლო.

სად-ის #2 დაწესებულებაში, სოციალური სამსახურის უფროსის განმარტებით, განსაკუთრებით დიდი ძალისხმევა ჩაიდო პატიმართათვის სახელობო სწავლების განვითარებაში. კერძოდ, საკუთარი ინიციატივით გადააკეთეს საკნები სახელოსნოებად, დანერგეს პროფესიული თმის სტილისტის, ხეზე კვეთისა და კომპიუტერის კურსები. თუმცა ყოველივე ზემოაღნიშნული, კვლავ ხელმიუწვდომელი რჩება შშმ პატიმრებისათვის გარემოში არსებული ბარიერებისა და პროგრამების სათანადოდ ადაპტაციის განუხორციელებლობის მიზეზით.

ანალოგიური მდგომარეობაა სხვა დაწესებულებებშიც, არსებული საგანმანათლებლო/სახელობო პროგრამები არ ითვალისწინებს შშმ პირთა საჭიროებებს. ამავე დროს, მიუხედავად იმისა, რომ იგეგმება გარკვეული სიახლეების დანერგვა განათლების პროგრამების უზრუნველსაყოფად, აღნიშნულ სიახლეებსაც ემუქრება წარუმატებლობა ამ მიმართულებით კარგად ჩამოყალიბებული ხედვისა და პოლიტიკის არარსებობის გამო. როგორც ექსპერტებმა რამდენიმე დაწესებულებაში ყოფნისას შეიტყვეს, გარკვეული პერიოდის წინ, სად-ის ინიციატივით შემუშავდა კითხვარი, რომელიც პატიმრებს მისცემდა შესაძლებლობას გამოეკვეთათ მათთვის მნიშვნელოვანი სახელობო და საგანმანათლებლო კურსები. როგორც მონიტორინგის პროცესში აღმოჩნდა, აღნიშნული კითხვარები რამდენიმე დაწესებულებაში შეავსეს არა პატიმრებმა, არამედ თანამშრომლებმა (ფორმალურად, რათა აქტივობის შესრულებაში ჩათვლიდათ). სწორედ ამით უნდა იყოს განპირობებული ის ფაქტი, რომ ყველა დაწესებულებაში უახლოეს მომავალში იგეგმება კომპიუტერული პროგრამის Microsoft

Access-ის პროგრამის შემოტანა საგანმანათლებლო კურსის სახით, რაც ძალიან ნაკლებ სავარაუდოა, რომ შედეგიანი აღმოჩნდეს იმ პატიმრებისთვის, რომელთაც არ გააჩნიათ ელემენტარული კომპიუტერული უნარ-ჩვევები.

აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ-ის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტთა ჯგუფის მიერ განხორციელდა შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ (შემდგომში ფ/ჯ ეროვნული ცენტრი) მონიტორინგი, რაც მოიცავდა პაციენტის უფლებების რეალიზაციისა და არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების ეროვნულ კანონმდებლობასთან და ადამიანის უფლებების საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობის შეფასებას.

არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით, ბრალდებულები, რომლებიც სასამართლოს მიერ შეურაცხადად იქნენ ცნობილი, რომელსაც სტაციონარში თავსდებათ საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 191-ე მუხლის მე-2²² და მე-3²³ ნაწილებით, ხოლო თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი მსჯავრდებულების არანებაყოფლობითი სტაციონარული დახმარების გაწევის საკითხი წყდება ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის 2 პუნქტის შესაბამისად.²⁴

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ ბრალდებულები, რომლებიც შეურაცხად იქნენ ცნობილი, ფ/ჯ ეროვნულ ცენტრში თავსდებათ პროკურორის დადგენილების საფუძველზე და მხოლოდ ამის შემდგომ, მოთავსებიდან 48 საათის განმავლობაში, ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-7 პუნქტით დადგენილი წესით, ფ/ჯ ეროვნული ცენტრის ადმინისტრაცია მიმართავს სასამართლოს პაციენტის სტაციონარში მოთავსების შესახებ შესაბამისი ბრძანების გამოცემის მოთხოვნით. აღნიშნული პრაქტიკა ეწინააღმდეგება საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 191-ე მუხლის მე-2 და მე-3 ნაწილის დებულებებს, ვინაიდან თუ დანაშაულის ჩადენის მომენტში მსჯავრდებული შეურაცხი იყო, სისხლის სამართლის საქმის არსებითად განმხილველი სასამართლო უფლებამოსილია შეურაცხად ცნობილი პირის მიმართ გამოიყენოს ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული ღონისძიებები, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ ბრალდებული დანაშაულის ჩადენის შემდგომ გახდება შეურაცხი, სასამართლოს გამოაქვს გამამტყუნებელი განაჩენი და განსაზღვრავს მსჯავრდებულის მიერ სასჯელის მოხდას შესაბამის სამედიცინო (სამკურნალო) დაწესებულებაში მის გამოჯანმრთელებამდე, რის შემდეგაც მსჯავრდებულის მიერ სასჯელის მოხდა გრძელდება საერთო წესით.

მიუხედავად საქართველოს კანონმდებლობაში არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების ზუსტად გაწერილი სამართლებრივი პროცედურებისა, საქართველოს კანონმდებლობა და მათ შორის საქართველოს კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ არ განსაზღვრავს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების განხორციელების რეჟიმს.

მიუხედავად ამისა, ყოფილი ბრალდებულები და მსჯავრდებულები (მათ შორის ისინიც, ვინც სასჯელს ნახევრად ღია დაწესებულებებში იხდიდნენ), ფ/ჯ ეროვნულ ცენტრში არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიულ დახმარებას იღებენ სასჯელადსრულების დაწესებულების დახურული ტიპის დაწესებულების ანალოგიური რეჟიმის პირობებში.

22 თუ დადგინდა, რომ ბრალდებული დანაშაულის ჩადენისას შეურაცხი იყო, სასამართლო მხარის შუამდგომლობით წყვეტს სისხლის სამართლებრივ დევნას მის მიმართ. მოსამართლე უფლებამოსილია ამ პირის მიმართ გამოიყენოს „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული ღონისძიებები.

23 თუ დადგინდა, რომ ბრალდებული დანაშაულის ჩადენისას შერაცხადი იყო, მაგრამ მისი ჩადენის შემდეგ შეურაცხი გახდა, სასამართლოს გამოაქვს გამამტყუნებელი განაჩენი, რომლითაც განსაზღვრავს მსჯავრდებულის მიერ სასჯელის მოხდას შესაბამის სამედიცინო (სამკურნალო) დაწესებულებაში მის გამოჯანმრთელებამდე, რის შემდეგაც მსჯავრდებულის მიერ სასჯელის მოხდა გრძელდება საერთო წესით.

24 თუ პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფ მსჯავრდებულს, რომლის მიმართაც დასრულებულია სამართალწარმოება, აღენიშნება ფსიქიკური აშლილობის ნიშნები, პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულების ადმინისტრაცია მიმართავს უფლებამოსილ საექსპერტო დაწესებულებას სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების მიზნით. თუ უფლებამოსილი საექსპერტო დაწესებულების დასკვნით დადასტურდება არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის აუცილებლობა, პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია უფლებამოსილი საექსპერტო დაწესებულების დასკვნის საფუძველზე მიმართოს სასამართლოს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის შესახებ. სასამართლო საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით იღებს გადაწყვეტილებას არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის თაობაზე მსჯავრდებულის გამოჯანმრთელებამდე, რომლის შემდეგაც მსჯავრდებულის მიერ სასჯელის მოხდა გრძელდება საერთო წესით.

ფ/ჯ ეროვნული ცენტრი არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიწოდებას ახორციელებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რომლის თანახმად, არანებაყოფლობითი სტაციონარული მომსახურების მოსარგებლები არიან როგორც საქართველოს მოქალაქეები, ასევე პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მყოფი სხვა პირები³. სტაციონარული მომსახურება გულისხმობს „იმ პაციენტების მკურნალობით და დამატებითი მომსახურებით (დაცვა და უსაფრთხოება) უზრუნველყოფას, რომელთა მიმართაც არსებობს საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 191-ე მუხლით გათვალისწინებული სასამართლო გადაწყვეტილება არანებაყოფლობითი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიზნით პირის სტაციონარში მოთავსების შესახებ და დამატებითი მომსახურება იმ პაციენტების კვებით, პირადი ჰიგიენის საგნებითა და გადაუდებელი ქირურგიული და თერაპიული, სტომატოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფა, რომლებიც გადიან სტაციონარულ მომსახურებას“.²⁵

მონიტორინგის პროცესში გაესაუბრნენ პაციენტებს, განყოფილების ექიმებს, ექთნებს, დიასახლისებს, ასევე პაციენტების ჯგუფებს. გამოყენებული იქნა ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუების მეთოდი. პაციენტების ინფორმირებული თანხმობით მოხდა სამედიცინო დოკუმენტაციის, განყოფილებაში არსებული მედიკამენტების აღრიცხვის ჟურნალებისა და ექთნების მორიგეობის დღიურების შესწავლა/შეფასება, შემთხვევითი შერჩევით ამოღებული იქნა სამედიცინო დოკუმენტაციის ქსეროასლები.

ფ/ჯ ეროვნული ცენტრის ადმინისტრაცია სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებებში მყოფი შშმ პირის სტატუსის მქონე პაციენტების შესახებ სტატისტიკურ ინფორმაციას არ ფლობს.

განყოფილების ექიმების გადმოცემით, მათ განყოფილებაში მკურნალობა პაციენტებს ზოგჯერ რამდენიმე ათეული წლობით უტარდებათ. პაციენტი მ.ჩ. ფ/ჯ ეროვნული ცენტრის სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში არანებაყოფლობით მკურნალობაზე 1990 წლიდან იმყოფება. ექიმები პაციენტის სტაციონარში ხანგრძლივად დაყოვნების მიზეზად ასახელებენ დაავადების ქრონიკულ მიმდინარეობას, დაავადების უწყვეტობას, აგრესიულ ხასიათს და არა პაციენტის მხრიდან მოსალოდნელ საფრთხეს და საკუთარი ფსიქიატრიული მდგომარეობის გაცნობიერების უნარს. როგორც მიღებული ინფორმაციიდან იკვეთება, ექიმები არ ახდენენ მოსალოდნელი საფრთხის დინამიკურ შეფასებას, საფრთხის შეფასების ალგორითმი შემუშავებული არ აქვთ, გადაწყვეტილებას სუბიექტურ რწმენაზე დაყრდნობით იღებენ და მსგავს არგუმენტებს იშველიებენ: „დაუწერელი კანონია, ჩვენ ხომ ვიცით, რომ ერთხელ თუ ჩაიძინა დანაშაული, შემდეგშიც იგივეს გააკეთებს“, „ეს დაავადება ხომ ქრონიკულია“ და ა.შ.

განყოფილების ექიმის განცხადებით, უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში, მხოლოდ ერთი პაციენტი გადაიყვანეს სამოქალაქო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტების აზრით, პაციენტის სოციალური იზოლირება, ინსტიტუციაში ხანგრძლივი დროით მისი დაყოვნება ზოგადად და ფ/ჯ ეროვნულ ცენტრში არსებულ ადამიანის ღირსების შემლახავ პირობებში კიდევ უფრო მეტად, პაციენტს სრულად უკარგავს სოციალურ უნარ-ჩვევებს, შეუძლებელს ხდის გაწერის შემდეგ მის რეადაპტირებას, რესოციალიზებას და ზრდის სტიმულს.

ინფორმირებული თანხმობა და კონფიდენციალურობა

ფ/ჯ ეროვნული ცენტრის სამედიცინო პერსონალს არანებაყოფლობითი მკურნალობა გაიგივებული აქვთ ინფორმაციის მიღებაზე და მკურნალობაზე თანხმობის გაცემის - პაციენტის უფლებების სრულ უგულებელყოფასთან. პაციენტი არ არის ინფორმირებული საკუთარი დაავადების, დანიშნული პრეპარატების, მათი ძირითადი მოქმედებისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების შესახებ.

დარღვეულია სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალურობის პრინციპი, პაციენტის გადმოცემით და, ამას არც ექიმები არ უარყოფენ, პაციენტების ექიმთან საუბარს და ექთნის მიერ სამედიცინო პროცედურების ჩატარებას სისტემატურად ზედამხედველი ესწრება, პალატიდან პაციენტის გამოყვანაც მხოლოდ ზედამხედველის მიერ ხდება და პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვაც ზედამხედველის უფლებამოსილებაში შედის.

25 2013 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები, დანართი #11, „ფსიქიკური ჯანმრთელობა“ (მუხლი 2. პარ.2).

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი/ფსიქიატრის მიერ სამედიცინო დოკუმენტაციის შეფასებით ირკვევა, რომ მკურნალობის დაწყებამდე პაციენტის მულტიდისციპლინური შეფასება და თერაპიული გეგმის შედგენა არ ხდება.

სტაციონარის პაციენტთა სამედიცინო ბარათებში პაციენტის შშმ პირის სტატუსი, ქმედუნარიანობა ან მეურვეობა, ასეთის არსებობის შემთხვევაშიც კი, აღნიშნული არ არის. სამედიცინო პერსონალის გადმოცემით, პაციენტებს უტარდებათ ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, თუმცა ამის შესახებ სამედიცინო ბარათში ჩანაწერი არ არის. პაციენტების უმრავლესობა არ ადასტურებს ფსიქო-სოციალურ აქტივობებში მათ მონაწილეობას.

მკურნალობა ძირითადად ძველი თაობის პრეპარატების საინექციო ფორმებით ხდება, რაც პაციენტების მხრიდან პრეტენზიის ან პროტესტის გამოხატვის შემთხვევების საპასუხო დასჯად აღიქმება.

პაციენტების გადმოცემით, ექიმი მათი მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილებას ერთპიროვნულად იღებს, არანებაყოფლობით მკურნალობის გაგრძელების პროცედურა ფორმალურ ხასიათს ატარებს და პაციენტს „არავინ არაფერს არ ეკითხება“, განსაკუთრებულ პრობლემად ასახელებენ იმ ფაქტს, რომ მათი მკურნალი ექიმი ამავე დროს არანებაყოფლობითი მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიმღებ კომისიაშია. აღნიშნული, მათი აზრით, ყოველთვის ტენდენციური გადაწყვეტილების გამოტანის საფუძველია.

საინექციო-ფსიქოტროპული მედიკამენტების გადაჭარბებული მოხმარება

სტანდარტი

გაერთიანებული ერების ფსიქიკური დაავადების მქონეთა დაცვისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზრუნვის გაუმჯობესების პრინციპები

პრინციპი 10

მედიკამენტოზური მკურნალობა მაქსიმალურად უნდა აკმაყოფილებდეს პაციენტის საჭიროებებს. იგი გამოყენებულ უნდა იქნეს მხოლოდ თერაპიული თუ დიაგნოსტიკური მიზნებისათვის. არასოდეს არ უნდა მოხდეს მათი გამოყენება დასჯისა თუ სხვათა ინტერესების სასარგებლოდ.

განყოფილების მორიგე ექთნის ჩანაწერებში მრავლადაა მორიგე ექიმის განკარგულებით, მკურნალი ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების გარდა, დამატებით სხვა ანტიფსიქოზური პრეპარატების საინექციო ფორმით პაციენტისათვის გაკეთების ფაქტები და ექთნის ჩანაწერში უმეტესად არ არის მითითებული ამ პრეპარატების გამოყენების აუცილებლობის დამადასტურებელი ფსიქიკური სიმპტომები, მაგალითად:

პაციენტი #1: „შემოვიდა დღის მეორე ნახევარში, ფიზიკური დაზიანების ნიშნები არ აღენიშნებოდა, მორიგე ექიმის დანიშნულებით გაუკეთდა ენზედან ინექცია კუნთებში ერთი შპრიცით, რომელშიც შერეული იყო მედიკამენტები ტიზერცინი 1,0 მლ, კორდიამინი 2,0 მლ და დიმედროლი 1,0 მლ „ლამით ეძინა“.

პაციენტი #2: „პაციენტი იყო აფორიაქებული, მოუსვენარი არ ჩაეძინა, მორიგე ექიმის მითითებით 22⁰⁰ სთ. გაუკეთდა „მარაგიდან“ ინექცია ტიზერცინი 1,0 მლ, კორდიამინი 2,0 მლ“ – კუნთებში ერთი შპრიცით, რომელშიც შერეული იყო ჩამოთვლილი მედიკამენტები“.

პაციენტი #3: „ჩხუბი მოუვიდა პაციენტთან, მინა ჩაამსხვრია, დაზიანება არ მიუღია მორიგე ექიმის დანიშნულებით ენზედან გაუკეთდა...“ ინექცია კუნთებში ერთ შპრიცში შერეული სახით მედიკამენტები: ტიზერცინი, კორდიამინი და დიმედროლი (დოზები მითითებული არ არის), „გაუკეთდა 17 სთ-ზე შეზღუდვა... ორი საათის შემდეგ მოეხსნა შეზღუდვა... ღამით ეძინა“.

პაციენტი #4: „პაციენტი შემოვიდა 18²⁵ წთ-ზე, ფიზიკური დაზიანებებიდან მარცხენა ხელზე აღენიშნებოდა ძველი დახურული ჭრილობა, მორიგე ექიმის მითითებით „მარაგიდან“ გაუკეთდა“ ინექცია კუნთებში ერთი შპრიცით, რომელშიც შერეული იყო მედიკამენტები ტიზერცინი 1,0 მლ და კორდიამინი 2,0 მლ“. ამავე ჩანაწერიდან ირკვევა, რომ 23³⁵ წთ-ზე მორიგე ექიმის მითითებით, კუნთებში ერთ შპრიცში, შერეული სახით, გაუკეთდა ჰალოპერიდოლის და

რელანიუმის ინექცია და მიიღო დასაღვეად „სედარექსი -1“ (მედიკამენტის დოზები მითითებული არ არის). „მოგვიანებით ჩამშვიდდა და ჩაეძინა, დილით იყო ისევ აფორიაქებული, მორიგე ექიმის მითითებით“, ექთანმა კვლავ ერთ შპრიცში, შერეული სახით, ჰალოპერიდოლის და რელანიუმის ინექცია გაუკეთა კუნთებში და 1ტ. ციკლოდოლი დააღვეინა.

პაციენტი #5: „პაციენტი შემოვიდა განყოფილებაში საღამოს 23 სთზე... მ/ექიმის მითითებით ეწვეს მარაგიდან გაუკეთდა ტიზერცინი 1,0მლ და კორდიამინი 2,0მლ.“ მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობის ან მოტორული აგზნების ნიშნები და სიმპტომები ან პაციენტის რეაქცია სტაციონირებაზე, მედიკამენტის მიღებაზე და, კერძოდ, ინექციის გაკეთებაზე ან პაციენტის ინფორმირებაზე აღწერილი არ არის.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტთა აზრით, მხოლოდ ჩადინების გამწვანების ან აფორიაქების გამო, არ არის საჭიროება, ინექციური ფორმით, სამი სხვადასხვა სახის ანტიფსიქოზური მედიკამენტის ინტრამუსკულარულად გაკეთებისა და შესაძლებელია შემთხვევის მართვა უფრო დამზოგავი და ჰუმანური გზით (მაგ., ტაბლეტების ფორმით ერთი მედიკამენტის თერაპიული დოზა და ფსიქოთერაპია)

ანტიფსიქოზური პრეპარატების საინექციო ფორმების ჭარბ მოხმარებას ფსიქოტროპული მედიკამენტების ხარჯვისა და აღრიცხვის ჟურნალის შეფასებაც ადასტურებს ქალთა მწვავე განყოფილებაში, სადაც სასამართლო ფსიქიატრიული 10 პაციენტი ქალი გადის მკურნალობას, თვეში 21-25 პაციენტზე, საშუალოდ, სამი ფსიქოტროპული პრეპარატის -ჰალოპერიდოლის, ტრიფტაზინის, ტიზერცინის 152-155-159 ამპულა იხარჯება.

ფსიქიკური აშლილობის მართვის სახელმძღვანელო პრინციპები რეკომენდაციას უწევს მედიკამენტური მკურნალობის დაწყებას მონოთერაპიის სახით, უპირატესობა ენიჭება ახალი თაობის პრეპარატებს, ძირითადად, ამ პრეპარატების გვერდითი ეფექტების გამოვლინების დაბალი რისკის გამო.

პრეპარატები-დიმედროლი და კორდიამინი ფსიქიატრიული შემთხვევის მართვის სახელმძღვანელო პრინციპებით, რეკომენდებული არ არის.

საინექციო სახის ფსიქოტროპული მედიკამენტების სხვა მედიკამენტებთან ერთ შპრიცში შერევა და ინტრამუსკულარულად გაკეთება რეკომენდებული არ არის.

საძილე მოქმედების მქონე ანტიფსიქოზური მედიკამენტების, ინექციების სახით, ასეთი ინტენსივობით და ხანგრძლივობით გამოყენება, დაავადების მართვის სახელმწიფო პრინციპების დარღვევით, აშკარა თერაპიული საჭიროების გარეშე, არაადეკვატური მკურნალობის და არაჰუმანური მოპყრობის პრეცედენტს ქმნის. ირღვევა პაციენტის უფლება, მიიღოს ადეკვატური მკურნალობა.

ფ/ჯ ეროვნული ცენტრის ადმინისტრაციას არ აქვს შემუშავებული და დანერგილი სუიციდის და აგრესიული ქცევის მართვის შინაგანაწესი, არ ხდება სუიციდის შემთხვევების რეგისტრაცია და ანალიზი, სამედიცინო დოკუმენტაციაში ხშირად გამოიყენება გამოთქმა „განსაკუთრებული მეთვალყურეობა“, თუმცა განსაკუთრებული მეთვალყურეობის სტანდარტები შემუშავებული არ არის.

ექსპერტებმა პაციენტებისგან ასევე მიიღეს არაერთი შეტყობინება იმის თაობაზე, რომ პაციენტებისთვის დამამშვიდებელი ინექციების გაკეთება ხდება არა სამედიცინო მიზნებით, არამედ რაიმე ტიპის პროტესტის შემცველი ქცევის განეიტრალების და/თუ დასჯის მიზნით.

როგორც ერთ-ერთი პაციენტი ამბობს, აღნიშნულ დაწესებულებაში როგორც კი გამოთქვამენ პრეტენზიას საკვების ხარისხის მიმართ, რომელიც მათი გადმოცემით საშინლად უგემურია, „მერე იწყება მუქარა ნემსებით“ (ამ პროცესს „დანემსვად“ მოიხსენიებენ პაციენტები). ინექციის შემდეგ, მათი გადმოცემით, ისინი დუნდებიან და ვეღარ აპროტესტებენ აქტიურად რაც არ მოსწონთ.

პაციენტი იხსენებს შემთხვევას, როდესაც რამდენიმე პატიმარი შეხვდა და ესაუბრა დაწესებულებაში მოსულ სახალხო დამცველის აპარატის თანამშრომლებს. საუბარი ეხებოდა იქ არსებულ პირობებს. ისინი ითხოვდნენ დახმარებას. მათი წასვლის შემდეგ კი, დასჯის მიზნით, მათ ნემსები გაუკეთეს. აღნიშნული ფაქტი დაადასტურა 5-ზე მეტმა პაციენტმა დამოუკიდებელ საუბარში. ინექციების გარდა, მათი გადმოცემით, პროტესტის შემთხვევაში, ასევე ემუქრებიან დაწესებულებაში დიდხანს დატოვებით.

სტანდარტი

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის, 2007 წლის 20 მარტის #92/ნ ბრძანება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტისათვის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების წესისა და პროცედურების შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე:

1. პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ეს ერთადერთი საშუალებაა, რათა თავიდან ავიცილოთ პაციენტის ან სხვების დაუყოვნებლივი და გარდაუვალი ზიანი.

3. დაშვებულია ფიზიკური შეზღუდვის შემდეგი ორი მეთოდი:

ა) პაციენტის სპეციალიზებულ პალატაში იზოლაცია,

ბ) პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა.

4. პაციენტის იზოლაციის შემთხვევაში პალატა უნდა იყოს სპეციალურად აღჭურვილი, რათა თავიდან ავიცილოთ პაციენტის თვითდაზიანება.

5. ფიზიკური შეზღუდვისათვის გამოიყენება ფიზიკური შეზღუდვისთვის არსებული სპეციალური საშუალებები.

6. პაციენტის მიმართ ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს მკურნალი ექიმი ან სტაციონარის მორიგე ექიმი, რომელიც აფიქსირებს პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში ფიზიკური შეზღუდვის მიზეზსა და არსს შეზღუდვის დაწყების დროის ზუსტი მითითებით.

7. ფიზიკური შეზღუდვის ნებართვა გაიცემა 4 საათით.

8. ფიზიკურ შეზღუდვას ახორციელებს დაწესებულების შინაგანაწესით განსაზღვრული შესაბამისი პერსონალი, რომელსაც გააჩნია საჭირო კვალიფიკაცია და გამოცდილება ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების საკითხებში.

9. დაწესებულების შინაგანაწესით განსაზღვრული პასუხისმგებელი პირი მეთვალყურეობას უწევს პაციენტს, რომლის მიმართაც განხორციელდება ფიზიკური შეზღუდვა.

10. პასუხისმგებელი პირი ყოველ 15 წუთში აკვირდება პაციენტის მდგომარეობას საჭიროების შემთხვევაში მისთვის დახმარების აღმოსაჩენად.

11. დაკვირვებისას ყურადღება ექცევა შემდეგ ფაქტორებს:

ა) საჭიროებს თუ არა პაციენტი დამატებით სამედიცინო დახმარებას;

ბ) აქვს თუ არა პაციენტს რაიმე სახის მექანიკური - ტრავმული დაზიანების ნიშნები;

გ) განიცდის თუ არა სერიოზულ დისკომფორტს;

დ) არის თუ არა საკვების, სითხის მიღებისა და სხვა ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების აუცილებლობა.

12. პაციენტი, რომლის მიმართაც განხორციელდა ფიზიკური შეზღუდვა, უნდა იმყოფებოდეს სათანადო პირობებში.

13. თუ 4 საათის გასვლის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა კვლავ საჭიროებს ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენებას, ფსიქიატრი ხელახლა აკეთებს ჩანაწერს და გრძელდება მეთვალყურეობა იმავე პირობებით.

14. ფიზიკური შეზღუდვის შეწყვეტის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს ფსიქიატრი, როგორც კი ამოიწურება ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების აუცილებლობა და აკეთებს შესაბამის ჩანაწერს სამედიცინო დოკუმენტაციაში დროის ზუსტი მითითებით.

წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი

„ფსიქიკურად მერყევი და აგრესიული პაციენტების მკურნალობა უნდა ხდებოდეს მკაცრი კონტროლის, მზრუნველობის ქვეშ და, თუ საჭიროდ იქნება მიჩნეული, დამაწყნარებელი საშუალებების გამოყენებით“ და „ექიმის უშუალო მითითებით ან ასეთი გამოყენების შემთხვევაში უნდა ეცნობოს ექიმს მისგან თანხმობის მისაღებად. ფიზიკური ზემოქმედების მეთოდები უკუგდებული უნდა იქნეს პირველივე შესაძლებლობისას. ასეთი მეთოდები არასდროს არ უნდა იქნეს გამოყენებული ან მათი გამოყენება გახანგრძლივებული როგორც დასჯის საშუალება. ფიზიკური ზემოქმედების გამოყენების შემთხვევაში, საჭიროა გაკეთდეს შესაბამისი ჩანაწერი, როგორც პაციენტის ანკეტაში, ასევე სპეციალურ ჟურნალში, იმის მითითებით, თუ როდის დაიწყო ასეთი ზემოქმედება და როდის დამთავრდა იგი, ასევე საქმის გარემოებები და ამ საშუალების მიმართვის მიზეზები“²⁶.

საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშებში, არაერთხელ გაკეთდა მითითება ფ/ჯ ეროვნულ ცენტრში ფიზიკური შეზღუდვის წესების დარღვევაზე და შესაბამისი რეკომენდაციებიც იქნა გაკეთებული.

მიუხედავად ამისა, ფ/ჯ ეროვნულ ცენტრში პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა საქართველოს კანონმდებლობის და საერთაშორისო სტანდარტების უხეში დარღვევით ხდება, რაც პაციენტის უფლებების აშკარა დარღვევას და მის მიმართ სასტიკ მოპყრობას განაპირობებს.

როგორც მონიტორინგის განხორციელებისას გამოიკვეთა, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ ადმინისტრაციას არ აქვს შემუშავებული პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის შიდა სტანდარტი, რომელშიც გაწერილი იქნებოდა პროცედურა და განსაზღვრული ამ პროცედურის ჩატარებაზე პასუხისმგებელი, შესაბამისად, ტრენირებული სამედიცინო პერსონალი.

ადმინისტრაციის გადმოცემით, შეზღუდვის საშუალებებიდან გააჩნიათ მხოლოდ დამაწყნარებელი პერანგი. თუმცა მოგვიანებით მონიტორინგის ჯგუფმა მიიღო ინფორმაცია პაციენტებისგან იმის თაობაზე, რომ მათი ფიზიკური შეზღუდვისთვის გამოიყენება ფიზიკური შებოჭვისთვის არსებული სპეციალური თოკები. არა მხოლოდ ოთახში, არამედ ასევე კორიდორშიც. მართლაც, ექსპერტთა ჯგუფმა ფიზიკური შეზღუდვისთვის გამოყოფილი კაპრონის ქამრები (პაციენტებმა დაადასტურეს, რომ სწორედ მათი საშუალებით ხდება შეზღუდვა) აღმოაჩინა არა საპროცედუროში, არამედ დერეფანში, ტელევიზორის მაგიდის ქვეშ გადამალული. აღნიშნულთან დაკავშირებით შედგა ოქმი.



პაციენტებმა აღნიშნეს: „ერთნაირად იყენებენ თოკებს და პერანგებს. კორიდორშიც აბამენ. მაგრამ ცემა არ ხდება“.

ექსპერტებმა ასევე აღმოაჩინეს შებოჭვის სხვა კუსტარული საშუალებებიც (ნაჭრის ნახევები), რომელიც გამოსახულია სურათზე.

26 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) მე-3 ზოგადი ანგარიში. პარ. 44.



აღნიშნულ ფაქტს შეესწრნენ დაწესებულებაში მყოფი თანამშრომლები, რომლებიც ექსპერტებს დაბეჯითებით უმტკიცებდნენ, რომ მხოლოდ პერანგებით ხდება პაციენტის შებოჭვა და, რომ ფიქსაციის საშუალებები მარტო საპროცედუროში ინახება. აღნიშნულის დასამტკიცებლად მათ მონიტორინგის ჯგუფს გაუთოვებული პერანგები წარუდგინეს. თუმცა ფოტოებზე ასახული მტკიცებულებების ნახვის შემდეგ, კურატორმა ექიმმა განაცხადა, რომ ის საქმის კურსში არ იყო, იმის თაობაზე, რომ პაციენტებს კაპრონის ქამრებით აბამდნენ, ასევე, რომ ეს ქამრები საპროცედუროს გარეთ ინახებოდა. თუმცა სხვა ექიმი იყო საქმის კურსში, რომ პაციენტების შებოჭვა ხდებოდა არა მხოლოდ პერანგებით, არამედ თოკებით. თანამშრომლების პასუხები არ იყო კოორდინირებული. აღნიშნულ საკითხზე მონიტორინგის წევრებმა შეადგინეს ოქმი, რომელშიც დაფიქსირდა კურატორი ექიმის მხრიდან ფიზიკური შეზღუდვის გაუთვალისწინებელი საშუალებების შესახებ ინფორმაცია. ამ უკანასკნელს კი მოჰყვა მძიმე რეაქცია დაწესებულების ხელმძღვანელისგან, რომელმაც ექსპერტების თანდასწრებით გამოხატა უარყოფითი დამოკიდებულება კურატორი ექიმის მიმართ - აღნიშნული ოქმის შედგენის ფაქტთან დაკავშირებით.

განყოფილებებში გამოყოფილია იზოლირების ოთახი, რომლის მოწყობილობა ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის უსაფრთხოებას, არ აქვთ ფიზიკური შეზღუდვის რეგისტრირების ჟურნალი, რომელშიც ზუსტად იქნებოდა გაწერილი პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის მიზეზები, ადგილი, ხანგრძლივობა და ობსერვაციის მიმდინარეობა დადგენილი წესით. განყოფილებაში არსებული იზოლირების ოთახები, რომლებიც არ გამოირჩეოდა პაციენტის იზოლირებისა და ფიზიკური შეზღუდვისათვის საჭირო სპეციფიკურობით, მონიტორინგის მომენტისათვის ჩვეულებრივ ერთსაწოლიან პალატად იყო მოწყობილი.

ფიზიკური შეზღუდვის პროცესს პაციენტები „გაკოჭვად“ ან „დაბმად“ მოიხსენიებენ და „გასაკოჭად“ გამოყენებულ საშუალებას უწოდებენ „თოკს“ - „აი ის რა, ბაზრობებზე რო იყიდება“.

პაციენტების ფიზიკურ შეზღუდვას საზედამხედველო სამსახურის თანამშრომლები ახორციელებენ, ამაზე მიუთითებენ როგორც ქალი, ასევე მამაკაცი პაციენტები და ამბობენ, „დაცვამ დამაბა“ ან „დაცვამ დააბა“ და „ექთანმა ნემსი გამიკეთა“.

მამაკაცი პაციენტები ფიზიკური შეზღუდვის პროცედურას დასჯად აღიქვამენ და ამის გამო გაღიზიანებას, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტ/ფსიქიატრთან ინტერვიუს დროს აშკარად გამოხატავენ: „თუ ხმა ამოიღე და ერთი რამე საყვედური თქვი, დაცვა გაგკოჭავს და მერე იმდენ ნემსებს გაგიკეთებენ ფეხზე ვეღარ დადგები“, „ამათ რა უნდა ელაპარაკო, ზაფხულში ვშიმშილობდით და სამი თუ ოთხი მოშიმშილე დაცვამ დერეფანში გამოათრია და იქ გაკოჭა, კარმუშკიდან ვუყურებდით... ერთი ათი კაცი ვშიმშილობდით, ტელეფონს ვითხოვდით და მალაღეტკა იყო აქ ერთი და იმის გამოც, იზოლატორიდან ჩვენთან რომ გადმოეყვანათ იმას ვითხოვდით“.

როგორც მორიგე ექთნის დაკვირვების ჟურნალში შესაბამისი ჩანაწერების შეფასებით და პაციენტების ინტერვიუებით ირკვევა, ფიზიკური შეზღუდვა ქალთა განყოფილებაში იგივე წესით ხდება.

ზედამხედველობის სამსახურის თანამშრომლების მიერ და თანაც ქალი პაციენტების ფიზიკური შეზღუდვის პროცედურის კანონით განსაზღვრული წესების დარღვევით ჩატარებას სამედიცინო პერსონალი და პაციენტებიც, როგორც ჩანს, ჩვეულებრივ მოვლენად მიიჩნევენ.

შემთხვევა #1

პაციენტი ქალი გადმოყვანილია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის #5 დაწესებულებიდან, სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნის საფუძველზე, არანებაყოფლობითი სტაციონარული მკურნალობის ჩატარების მიზნით.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტებთან საუბარში სიტყვაძუნწია, პასუხობს მოკლედ და უინტერესოდ, სახე ამიმიურია და მოძრაობები შეზღუდული აქვს, მისი გადმოცემით: პაციენტი დაპატიმრებამდე დაექვემდებარა სექსუალურ ძალადობას. მკურნალობის პერიოდში ორჯერ ჰქონდა სუიციდის მცდელობა, ღამით ცდილობდა საკუთარი ზეწრით განყოფილების ტუალეტში თავის ჩამოხრჩობას, როგორც თვითონ ამბობს, „ნერვები მოეშალა და იმიტომ“ უჭირს გარემოსთან შეგუება, სხვა პაციენტებთან საერთო ენის გამოძებნა, რადგან „ისინი რაღაცნაირები არიან“, არ მოწონს საკვები, ეზოში იშვიათად გაჰყავთ სასეირნოდ. „როცა მოეპრიანებათ მაშინ გაგიყვანენო“ - ამბობს. განსაკუთრებით უჭირს შვილის გარეშე გაძლება და „ზონაზე“ დაბრუნების სურვილი აქვს, რადგან აქ შვილს ვერ ნახულობს, „ზონაზე დედას მოყავდაო ჩემი შვილი, აქ შორია და ვერ მოდიანო“.

მისივე გადმოცემით, ერთხელ თუ ორჯერ, პალატაში, სხვა პაციენტების თვალწინ, „თოკებით გაკოჭეს და ნემსი გაუკეთეს“, რამდენ ხანს იყო „თოკებით გაკოჭილი“ და საწოლზე დაფიქსირებული არ ახსოვს, მაგრამ „ერთი თვე უკეთებდნენ ნემსებს და ახლა აღარ უკეთებენ“.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტის აზრით, სუიციდური მცდელობის გამო, პაციენტის, სავარაუდოდ, ხანგრძლივი დროით (განყოფილების სხვა პაციენტების გადმოცემით - მთელი ღამე) და საძილე ეფექტის ანტიფსიქოზური ნეიროლეპტიკების ზემოქმედების ფონზე ფიზიკური შეზღუდვა პაციენტების თვალწინ, საერთო სარგებლობის საძინებელ ოთახში, ლახავს პაციენტის ღირსებას და უფლებებს. პაციენტი წარმოადგენს არაჰუმანური მოპყრობის მსხვერპლს.

შემთხვევა #2

მსჯავრდებული გადმოყვანილია 7 თვის წინ სად-ის #5 დაწესებულებიდან სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნის საფუძველზე, არანებაყოფლობითი სტაციონარული მკურნალობის ჩასატარებლად.

სუბიექტური ინფორმაციით, 2007 წლიდან აღრიცხვაზე იყო ქ. თბილისის ფ/ნ დისპანსერში, 2007 წელს სამი თვე მკურნალობდა ფსიქიატრიულ კლინიკაში. 2008 წლიდან მინიჭებული აქვს შშმპ სტატუსი, იღებდა პენსიას. პატიმრობაშია 2009 წლიდან, დაპატიმრების შემდეგ შეუწყდა პენსია.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტებთან საუბარში პაციენტი ვრცლად და დაწვრილებით ყვება საკუთარ ისტორიას, ავადმყოფურ განცდებს და სტაციონარში შემოსვლის პერიოდს. აღწერს მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობას და ამბობს: „თავიდან აღელვებული ვიყავი ... ხმებში ვიყავი ... მაბამდნენ, ასე ერთი საათით, მაგრამ საჭირო იყო ალბათ“, „აქ რომ ქალი იყო, ის მთელი ღამე დააბეს, აბა რა ექნათ, ამტვრევდა ყველაფერს“.

მორიგე ექთნის ჩანაწერი: „...ექიმის მითითებით გაუკეთდა ტიზერცინი 1,0 მლ+კორდიამინი+დიმედროლი 1,0 მლ. დაცვის თანამშრომლების მიერ იქნა დაფიქსირებული, რომ რამდენიმე ხნის შემდეგ დამშვიდდა და მთელი დღე იყო მშვიდად“.

პაციენტს ამ ფორმით ფიზიკურ შეზღუდვასა და არსებულ პირობებზე პრეტენზია არ აქვს და გარკვეულ გამართლებასაც კი უძებნის. თუმცა არ უნდა გამოვრიცხოთ არც ის ფაქტი, რომ პაციენტებმა არ იციან თუ როგორი წესით უნდა ხდებოდეს მათი ფიზიკური შეზღუდვა და, შესაბამისად, არ აქვთ რეაგირებაც.

სტაციონარული არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარება ეროვნული კანონმდებლობით, ექვს თვეში ერთხელ, ექიმთა კომისიის დასკვნის სასამართლოსათვის წარდგენისა და პაციენტისა და მისი ადვოკატის მონაწილეობით სასამართლო მოსმენის შემდეგ მოსამართლის მიერ გამოტანილი

განჩინების საფუძველზე გრძელდება. პაციენტების გადმოცემით, სასამართლო პროცესი ფორმალური ხასიათისაა, მათ არავინ არაფერს არ ეკითხება და უმეტეს შემთხვევაში ადვოკატი პაციენტს არც კი იცნობს. არა მხოლოდ არ იცნავენ სასამართლოს შესახებ, არამედ სასამართლოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილებების გაცნობაც არ ხდება პაციენტებისათვის (სავარაუდოდ, პროტესტის პრევენციის გამო). აბსოლუტურად ყველა შემთხვევაში პაციენტს სასამართლო უგრძელებს არანებაყოფლობით ფსიქიატრიულ დახმარებას, რაც პაციენტებში პროტესტის რეაქციას იწვევს, გამოხატავენ პროტესტს და აგრესიის სამიზნე ძირითადად ექიმები ხდებიან. მაგისტრი მოსამართლის გადაწყვეტილების გასაჩივრებაც პაციენტისათვის უშედეგოდ მთავრდება და წლობით ინსტიტუციაში რჩებიან, რაც მათში უსამართლობის განცდას და ნიჰილიზმს ბადებს. ყოველი სასამართლო პროცესი პაციენტისათვის სტრესის წყარო ხდება.

ექსპერტების მიერ პაციენტების ჯგუფთან განხორციელებული ინტერვიუ ცხადყოფს, რომ მათ არ აქვთ მინიმალური ინფორმაცია საკუთარი უფლებების შესახებ, თითოეული მათგანი გამოხატავდა პროტესტს მათი უფლებების დარღვევისა და არაპუნქტუალური პირობებში ყოფნის გამო: „ბოლოს და ბოლოს გაგვაცნონ ჩვენი უფლებები, დაწერილი ოთახში დაგვიკიდონ და გვეცოდინება, რისი უფლება გვაქვს და რისი არა, დერეფანში თუ არის კედელზე გაკრული, იქ ჩვენ ვინ გაგვაჩერებს, ის რომ ვიკითხოთ“, „უმრავლესობა ზონიდან გამოსულები ვართ და აქ მკაცრ რეჟიმში მოვხვდით“

შემთხვევა #3 - დაყოვნების ხანგრძლივი ვადა

პაციენტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სასამართლო ფსიქიატრიული განყოფილების უზუცესია სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობით, მოთავსდა 1990 წელს სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზის მიერ შეურაცხად ცნობის შემდეგ, ანუ ყოფილი ბრალდებულია და 22 წელია იმყოფება არანებაყოფლობით ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე გარე სამყაროდან სრულიად იზოლირებული.

სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათზე არ არის აღნიშნული არც შშმ სტატუსი და არც ქმედუუნარობა. განყოფილების გამგის გადმოცემით, პაციენტი არ იღებს ასაკობრივ პენსიას და არც შშმ სტატუსი აქვს განსაზღვრული, რადგან თვითონ პაციენტს ამ პრობლემით მისთვის არ მიუმატრთავს და, თუ მიმართავდა, მისი საექიმო სოციალურ ექსპერტიზაზე გატარებისა და პენსიის დანიშვნის პრობლემა არ იქნებოდა. სტაციონარში ხანგრძლივი დაყოვნების მიზეზად, ექიმი პაციენტის აგრესიულ ქცევას ასახელებს.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტებთან საუბრისადმი დაინტერესებას არ იჩენს, მხოლოდ პირდაპირ შეკითხვებს პასუხობს მოკლედ, ზის (უაზრო) განურჩეველი გამომეტყველებით, ინტრავერტირებულია, პერიოდულად მხერით კონტაქტს ამყარებს და ეჭვით აკვირდება მოსაუბრეს, ქცევები ფორმალურად მოწესრიგებული აქვს, დისტანციას არ არღვევს, მოსაუბრისადმი თავაზიან დამოკიდებულებას ჟესტებით გამოხატავს და გვთხოვს, ექიმს ვუთხრათ, რომ გაწერონ საავადმყოფოდან, თუმცა სად იცხოვრებს გაწერის შემდეგ, ჯერ ზუსტად არ იცის. ამბობს, რომ მასთან და მოდიოდა, მაგრამ დიდი ხანია რაც აღარ მოუკითხავს.

პაციენტის ინსტიტუციაში ხანგრძლივი დაყოვნება, სოციალური იზოლირებულობა, იწვევს დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარ-ჩვევების გაქრობას და აძნელებს მის რე-სოციალიზებას. პაციენტი ვერ სარგებლობს დაავადებით ან ასაკით განსაზღვრული სოციალური ბენეფიტებით და დაკარგული აქვს ოჯახის მხარდაჭერაც.

გარემო პირობები და ხელმისაწვდომობა

მონიტორინგის წევრებმა დაათვალიერეს ოთახები, სადაც სერვისის მომხმარებლები 24 საათს ატარებენ, გასაღებისათვის გამოყოფილი 1.5 საათის გარდა. თითქმის არც ერთი ოთახის მდგომარეობა არ შეესაბამება გონივრული მისადაგების სტანდარტებს. გარემო არა მხოლოდ ხელმიუწვდომელია, არამედ - ხშირად ღირსების შემლახავიცაა. საპირფარეშო, რომელიც ყველა ოთახს აქვს, ნესტიანია, ბევრგან კედლები მუდმივად სველია, გამწოვი სისტემის არარსებობის გამო კი გაუსაძლისი სუნი დგას. თითქმის ყველა საპირფარეშო აზიური ტიპისაა, ე.წ. „ჩეჩმა“, რომლითაც სარგებლობა რამდენიმე პაციენტისთვის შეუძლებელია. მაგალითად, ერთ-ერთი პაციენტი, რომელსაც მკვეთრად შეზღუდული აქვს ქვედა კიდურების სახსრების მობილობა, იძულებულია, თურქული ტიპის საპირფარეშოთი, რომელიც მკვეთრად დაბინძურებულია, ისარგებლოს. ექსპერტების მიერ სამედიცინო პერსონალთან აღნიშნული პრობლემის შესახებ შეტყობინებისას

აღმოჩნდა, რომ ექიმებმა არ იცოდნენ პაციენტის სახსრების პრობლემის შესახებ, მიუხედავად იმისა, რომ მათი ინფორმაციით, ყველა პაციენტის მდგომარეობა ზედმიწევნით არის შესწავლილი დაწესებულებაში.

გარე სამყაროსთან კონტაქტის საშუალებები, როგორცაა ტელეფონით სარგებლობა ან პაემანი, მხოლოდ თანამშრომლის თანდასწრებით ხორციელდება.

სრული საქმიანობით და საინფორმაციო დეპრივაცია

დაწესებულების რამდენიმე ოთახში მონიტორინგის ჯგუფმა აღმოაჩინა პალატები, რომლებშიც მყოფი ყველა პაციენტი (4-5) 24 საათს (1 საათის გამოკლებით) ატარებენ საწოლში - წოლით მდგომარეობაში. მათ არ გააჩნიათ არანაირი საშუალება, რომ მიიღონ ინფორმაცია, დაკავდნენ რაიმე საქმიანობით, არ აქვთ არც ტელევიზორი, არც რადიო. ოთახში ეკრძალებათ ყავის და ჩაის მოდუღება, არ არიან ჩართული არანაირი თერაპიულ საქმიანობაში. ისინი სრულად დეპრივირებულნი არიან რაიმე სახის ფიზიკური თუ გონებრივი საქმიანობისგან, არ იღებენ და არ გასცემენ ინფორმაციას, არ შედიან ერთმანეთთან თუ სხვებთან აზრიან კომუნიკაციაში, ყოველივე ეს კი იწვევს მათი ფუნქციონალური სტატუსის მკვეთრად გაუარესებას, ინვალიდობის ხარისხის პროგრესს. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულების ერთ-ერთ კორპუსში ადმინისტრაციამ წარმოადგინა არტ-თერაპიის ნიმუშები, ექსპერტებმა ფაქტობრივად ვერ აღმოაჩინეს ვერც ერთი პაციენტი რომელიც ჩართული იქნებოდა არტ-თერაპიის პროცესში. ასევე არ აღმოჩნდა არანაირი დაგეგმილი, მტკიცებულებაზე-დაყრდნობილი პროგრამა.

პაციენტების მდგომარეობა არის სრულად იზოლირებული და გარიყული არა მხოლოდ საზოგადოებისგან, არამედ ზოგადად ადამიანისათვის დამახასიათებელი არსებობის ნორმებისგან.

მაშასადამე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში არსებულ ძირითად პრობლემას წარმოადგენს ქვემოთ საკითხები, რომლებიც დაუყოვნებელ გადაჭრას მოითხოვენ პასუხისმგებელი უწყებებისგან:

პაციენტის სტაციონარში მიღებისას არ ხდება ინდივიდუალური მოკლევადიანი ან გრძელვადიანი თერაპიული გეგმის შედგენა, არ ხდება პაციენტის ძლიერი მხარეების ან საფრთხეების შეფასება და, შესაბამისად, პრევენციული ღონისძიებების დაგეგმვა. აუტოანჰეტეროაგრესიული ქცევის პრევენცია ხორციელდება პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვითა და საძილე მოქმედების ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ინექციების ინტენსიური დოზების დანიშვნით.

ფსიქიატრიული შემთხვევის მართვა არ შეესაბამება თანამედროვე ფსიქიატრიის მოთხოვნებს და დაავადების მართვის სახელმწიფო სტანდარტებს (გაიდლაინი, პროტოკოლი).

ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობა ძველი თაობის ფსიქოტროპული მედიკამენტებით, მათი საინექციო ფორმების მაღალი დოზების ხანგრძლივი გამოყენებით და არარეკომენდებულ პრეპარატებთან კომბინირებული სახით ხდება, რაც არ შეესაბამება თანამედროვე ფსიქიატრიის სტანდარტებს.

არ ხდება ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვისათვის სავალდებულო კლინიკური, ლაბორატორიული და კლინიკური ინსტრუმენტული გამოკვლევა.

არ ხდება ფსიქიატრიული შემთხვევის მულტიდისციპლინური მართვა, მკურნალობა ძირითადად ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობით ამოიწურება. პაციენტები არ არიან ჩართული ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებში, რაც ხელს შეუწყობდა მათ რე-სოციალიზებასა და რე-ადაპტირებას.

არ არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეფექტურ მიწოდებასა და პაციენტის უფლებების დაცვაზე ორიენტირებული თერაპიული გარემო.

არ ხდება პაციენტების სოციალური სტატუსის შეფასება და, სტაციონარში ხანგრძლივი დაყოვნების შემთხვევაშიც კი, არ ხდება ამ საკითხის ინიცირება და პაციენტის სოციალური სტატუსის შესაბამისი ბენეფიტებით უზრუნველყოფა.

მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი პაციენტის ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების უნარი და ქმედითობა მნიშვნელოვნადაა დაქვეითებული და სამედიცინო სოციალური-ექსპერტიზის განხორციელება თავად ეროვნულ ცენტრში ხორციელდება, ასევე ბევრ ბენეფიციარს არ აქვს

განსაზღვრული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის სტატუსი და არ იღებს კუთვნილ სახელმწიფო კომპენსაციას - პენსიას.

პაციენტები სოციალური სრულიად გარიყულები და იზოლირებულები არიან, ფსიქიატრიული დაავადების გამო განიცდიან დისკრიმინაციას, ვერ იღებენ ადეკვატურ ფსიქიატრიულ დახმარებას და ვერ სარგებლობენ უნარშეზღუდული პირისათვის განსაზღვრული ბენეფიტებით. ირღვევა პაციენტის უფლებები, წარმოადგენენ არაჰუმანური მოპყრობის მსხვერპლს.

დროებითი მოთავსების იზოლატორები

შსს-ს გარდაზნის დროებითი მოთავსების იზოლატორი

ზოგადი ინფორმაცია

იზოლატორი განთავსებულია პოლიციის შენობის სარდაფში. დღის სინათლე ვერ აღწევს ვერც საკნებში, ვერც დერეფანში და ვერც პერსონალის სამუშაო სივრცეში.

დაწესებულების ვენტილაციის სისტემა არ მუშაობს, ამიტომაც ჰაერი პრაქტიკულად არ მოძრაობს. იზოლატორში არ აღწევს მობილური სატელეფონო კავშირის სიგნალიც კი.

იზოლატორში არის 5 საკანი, რომელთაგან მოქმედია 4. სამი საკანი 2 ადგილიანია, ერთი – 3 ადგილიანი. საკნები ბნელია, უჰაერო, არ არის დამონტაჟებული მაგიდა და სკამები. ყველა საკანში არის ე.წ. „ნარები“ – შემაღლებული ფიცარნაგი, რომელზეც სძინავთ დაკავებულებს.

შშმ პირთა მოთავსების ფაქტს იზოლატორის ხელმძღვანელობა ვერ იხსენებს და არც ამ პირთა იდენტიფიცირების რაიმე კრიტერიუმი გააჩნიათ.

ნორმალური საკვებისა და სასმელის წყლის უფლება (სტანდარტი #4)

საკვები მენიუ, რომლითაც დროებითი მოთავსების იზოლატორი უზრუნველყოფს დაკავებულებს, არის ერთგვაროვანი ყოველ დღე: საუზმე – ჩაი და პური; სადილი – მშრალი სუფი და პამტეტის პატარა ქილა; ვახშამი – ხორცის კონსერვი (ე.წ. „ტუშონკა“). სასმელი წყალი იზოლატორს მიეწოდება გრაფიკით. ამის გამო წყალს აგროვებენ ავზებში, რომელსაც შემდეგ მოიხმარენ წყლის არქონის პერიოდში.

გრაფიკით მიწოდების გამო, წყლის რაოდენობა ლიმიტირებულია და, შესაბამისად, შეზღუდულია მისი მოხმარების თავისუფლება.

უფლება ჯანმრთელობის დაცვაზე

იზოლატორში, დაკავებულის მოთავსებისას, ხდება სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გამოძახება, რომელიც ახდენს დაკავებულის გარეგან დათვალიერებას და ადგენს პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

იზოლატორში არ გააჩნიათ პირველადი სამედიცინო დახმარების არავითარი საშუალება და ყველა საგანგებო შემთხვევის დროს ელოდებიან სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მოსვლას.

სუფთა ჰაერზე გასეირნების უფლება არ ეძლევათ სსკ-ით დაკავებულებს, ამ უფლებით სარგებლობენ მხოლოდ „ადმინისტრაციული“ პატიმრები.

ჰიგიენა

ადმინისტრაციული წესით დაკავებულებს, შემოსვლისას, ეძლევათ პლედი, თეთრეული. საპონი და ქაღალდი ხვდებათ საკანში. კბილის ჯაგრისები არ ეძლევათ და შესაძლებელია მხოლოდ ამანათის სახით შემოგზავნა. სისხლის სამართლის წესით დაკავებულებს აძლევენ მხოლოდ პლედს.

შხაპის მიღების უფლება ეძლევათ 2–5 დღეში ერთხელ მხოლოდ „ადმინისტრაციულ“ პატიმრებს. პირსახოცი კიდეა საშხაპეში, რომელიც საერთოა ყველა დაკავებულისათვის. მას პერიოდულად რეცხავს იზოლატორის დამლაგებელი. საკნებში მოწყობილია ე.წ. „ჩეჩმა“, რომლის ზედაპირიდან 20 სმ-ის სიმაღლეზე კედლიდან გამოშვებულია წყლის მილი. ამ მილიდან, რომლის ონკანი მოთავსებულია დერეფანში და მის გახსნა-დაკეტვასთან ხელი მიუწვდება მხოლოდ იზოლატორის

მორიგე პერსონალს, ხდება როგორც ტუალეტის ჩარეცხვა, ასევე დაკავებულთა მიერ წყლის მოხმარება პირადი მიზნებისათვის.

იზოლატორის სადეზინფექციო დამუშავება პრაქტიკულად არ ხდება და, შესაბამისად, ამ სამუშაოების აღრიცხვიანობის ჟურნალი არ არსებობს. დაწესებულების ხელმძღვანელობის განცხადებით, ბოლო 10 თვის განმავლობაში დეზინფექცია და დერატიზაცია ჩატარდა მხოლოდ ერთხელ. ადმინისტრაციის განცხადებით, იზოლატორში, განსაკუთრებით ზაფხულის პერიოდში, სერიოზულ პრობლემას ქმნის მღრღნელების დიდი რაოდენობა. ისინი შემოდის როგორც გარედან, ასევე ამოდის საკანალიზაციო სისტემიდანაც.

შსს-ს #1 დროებითი მოთავსების იზოლატორი

ზოგადი ინფორმაცია

მონიტორინგის ჯგუფის ვიზიტის მომენტში იზოლატორში არც ერთი დაკავებული არ ჰყავდათ. ადმინისტრაციის განცხადებით, შშმ დაკავებულ პირთა ყოფნას #1 იზოლატორში ვერ იხსენებენ ბოლო 2 წლის განმავლობაში, თუმცა ამ კატეგორიის პირთა იდენტიფიცირების რაიმე ინსტრუმენტი დაწესებულებას არ გააჩნია.

იზოლატორში არის 7 საკანი, თითოეული საკანი 4 ადგილიანია, ფართობით 10,8 კვ.მ. საკნებში ფანჯარა არ იღება. არ არის დამონტაჟებული არც მაგიდა და არც სკამი. ბუნებრივი განათება არასაკმარისია. საპირფარეშო, პირსაბანი და საშხაპე საერთოა ყველა საკნისთვის. სველი წერტილი უფანჯროა, არის ჰაერის გამწოვი. საშხაპესა და ტუალეტში არ არის დამონტაჟებული შშმ პირთათვის დამხმარე მოაჯირი- ან სახელური.

დაწესებულებაში შემოსვლისას ხდება დაკავებულის გარეგანი დათვალიერება მორიგე ექიმის მიერ. დგება ოქმი და დაკავებული პირის პირველადი სამედიცინო დახმარების ფურცელი. დაწესებულებას არ გააჩნია ფსიქო-ემოციური რისკის შეფასების რაიმე ინსტრუმენტი.

იზოლატორიდან დაკავებული პირის გასვლისას, მას თან არ მიჰყვება არანაირი სამედიცინო დოკუმენტაცია იზოლატორში მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

დმი-ში სტომატოლოგიური სერვისი არ არის ხელმისაწვდომი.

ჰიგიენა

იზოლატორის 7 საკანზე გათვალისწინებულია ერთი საერთო საპირფარეშო და პირსაბანი. საშხაპეც არის ასევე ერთი, საერთო ყველა საკნისთვის. შხაპის მიღების სიხშირე შეზღუდული არ არის, თუმცა 28 ადგილიან იზოლატორში, სადაც ერთსა და იმავე დროს შეიძლება განთავსებული იყვნენ როგორც მამაკაცები, ასევე ქალები, დაკავებულთა მიერ საშხაპით, საპირფარეშოთი და პირსაბანით სარგებლობის რეგულირება მრავალ კითხვას ბადებს. პირადი ჰიგიენის ნივთები და თეთრეული დაკავებულებს იზოლატორში არ ეძლევათ (მოაქვთ დაკავებულთა ოჯახის წევრებს). იზოლატორის სანიტარული დამუშავება ხორციელდება დაწესებულების უფროსის შეხედულებისამებრ. იგი შენობის კომენდანტს ატყობინებს დეზინფექციის საჭიროების შესახებ და ეს უკანასკნელი აკეთებს ამის ორგანიზებას. ადმინისტრაციის განცხადებით, სადეზინფექციო დამუშავება ხდება საშუალოდ ერთხელ თვეში.

შსს-ს კახეთის რეგიონალური დროებითი მოთავსების იზოლატორი

ზოგადი ინფორმაცია

იზოლატორში არის 6 საკანი. თითოეული საკანი 4 ადგილიანია, ფართობით 9,7 კვ.მ. საკნები საშუალოდ ნათდება ბუნებრივი შუქით. ფანჯარა იღება. გათბობა საკნებში არის საკმაოდ სუსტი.

იზოლატორში იმყოფებოდა 2 დაკავებული, რომელთაგან ერთს მისჯილი ჰქონდა 30 დღიანი ადმინისტრაციული სასჯელი, ხოლო მეორე დაკავებული ელოდებოდა სასამართლოზე გაყვანას.

დაწესებულებას არ გააჩნია რაიმე კრიტერიუმი შშმ პირთა იდენტიფიცირებისათვის და არც რაიმე სპეციალური რეგულაციები აქვთ ამ კატეგორიის დაკავებულებთან მიმართებაში.

საკვები მენიუ, რომლითაც დროებითი მოთავსების იზოლატორი უზრუნველყოფს დაკავებულებს, არის ერთგვაროვანი ყოველ დღე: საუზმე – ჩაი და პური; სადილი – მშრალი სუფი და პაშტეტის პატარა ქილა; ვახშამი – ხორცის კონსერვი. საკვები რაციონის კალორიულობა არ აღემატება 800–900 კკალ–ს. იმის გათვალისწინებით, რომ „ადმინისტრაციულმა“ მსჯავრდებულმა შესაძლოა 90 დღემდე დაჰყოს იზოლატორში, მისი უფლება ნორმალურ საკვებზე არ არის უზრუნველყოფილი.

უფლება ჯანმრთელობის დაცვაზე

იზოლატორში არ გააჩნიათ პირველადი ან გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების არანაირი საშუალება ან მედიკამენტი. იზოლატორის პერსონალს არ უტარდება პირველადი სამედიცინო დახმარების რაიმე ტრენინგი და საჭიროების შემთხვევაში ყოველთვის იძახებენ სასწრაფო დახმარების ბრიგადას, რომელიც ზოგჯერ საკმაოდ დაგვიანებით მოდის.

ადმინისტრაციული პატიმარი იზოლატორში შემოსვლისას ინახულა და გარეგნულად დაათვალიერა გამოძახებულმა სასწრაფო დახმარების ბრიგადის ექიმმა. პატიმრის განცხადებით, სამედიცინო დათვალიერებას ესწრებოდა იზოლატორის თანამშრომელიც, რაც პროცედურული ნორმების უხეში დარღვევაა.

მეორე დაკავებული იზოლატორში შემოსვლისას სასწრაფოს ექიმს საერთოდ არ მოუწოდებია და მხოლოდ მეორე დღეს მოხდა მისი გაყვანა ექსპერტიზაზე, სადაც მოხდა მისი გარეგნული დათვალიერება.

ჰიგიენა

საკნებში არ არის საპირფარეშო. ადმინისტრაციულ პატიმარს თეთრეული შემოუგზავნა ოჯახმა, თუმცა 15 დღის განმავლობაში არ გამოუცვლიათ. შხაპის მიღებაში შეზღუდვას არ აღნიშნავს. საშხაპის დათვალიერებისას კედლებზე არ აღმოჩნდა არც ერთი საკიდი საშუალება.

მეორე პატიმრისთვის თეთრეული, პირადი ჰიგიენის ნივთები და პირსახოცი (არც მცირე ზომის) არ მიუციათ, ისევე როგორც არ ეძლევა საპარსი მოწყობილობა. პატიმარი ვერ იღებს შხაპს. ვინაიდან საკნებში არ არის მაგიდა და სკამები, საკვები პროდუქტები უწყვიათ ცელოფნის პარკებით პირდაპირ იატაკზე.

დაწესებულებას არ გააჩნია სადებიზინფექციო დამუშავების აღრიცხვის ჟურნალი. იზოლატორის დებიზინფექციის საჭიროებას წყვეტს დაწესებულების უფროსი პირადი შეხედულებისამებრ

რეკომენდაციები

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს

- უზრუნველყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სტატისტიკის წარმოება;
- შეიმუშაოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა იდენტიფიცირებისა და საჭიროების შეფასების მექანიზმი;
- უზრუნველყოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის ხელმისაწვდომობა და გონივრული მისადაგების მინიმალური სტანდარტების შექმნა;
- უზრუნველყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სტატუსის დადგენა პენიტენციურ სისტემაში;
- უზრუნველყოს პენიტენციურ სისტემაში არსებული სამედიცინო მოსამსახურეთა მხრიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯანმრთელობის სპეციალური/განსაკუთრებული საჭიროებების დაკმაყოფილება;
- შეიმუშაოს პატიმრობის პირობებზე ადაპტირებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებზე ზრუნვის სტანდარტები;
- დანერგოს შეზღუდულ შესაძლებლობებთან დაკავშირებული სპეციალიზებული მომსახურებები;

- განახორციელოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პატიმრების სარეაბილიტაციო პროგრამა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მდგომარეობის გაუარესების, ფუნქციონალური სტატუსის დაქვეითებისა და ქრონიკულად მწოლიარე ავადმყოფების პრევენციის მიზნით;
- უზრუნველყოს გადაადგილების შეზღუდვის მქონე პატიმრები პერსონალური დამხმარით;
- უზრუნველყოს ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა იმ პატიმრებისთვის, რომლებსაც სენსორული ან მენტალური პრობლემები აქვთ;
- უზრუნველყოს ბიბლიოთეკაში არსებული წიგნების კატალოგის შექმნა და მისი ხელმისაწვდომობა ყველა პატიმრისთვის, განსაკუთრებით მათთვის, ვისაც მოძრაობა უჭირს ან/და დამოუკიდებლად ბიბლიოთეკას ვერ გამოიყენებს;
- უზრუნველყოს ნებისმიერი ინფორმაციის კედელზე ისეთ სიმაღლეზე გამოკვრა, რომ ეტლით მოსარგებლე პირმა შეძლოს ამ ინფორმაციის წაკითხვა;
- უზრუნველყოს ტელეფონების ისეთ სიმაღლეზე დამონტაჟება, რომ ეტლით მოსარგებლე პირისთვის შესაძლებელი იყო ტელეფონით დამოუკიდებლად სარგებლობა;
- უზრუნველყოს დაწესებულების სტომატოლოგების გადამზადება სპეციალური საჭიროებების სტომატოლოგიის საფუძვლებში;
- უზრუნველყოს სასჯელაღსრულების სისტემის პერსონალის დამატებითი სწავლება პატიმრობის ყველა ეტაპზე შშმ პირების გამოვლენის, მათი ფსიქოლოგიური/სომატური/სოციალური საჭიროებების შეფასების და შესაბამისი დახმარების მიწოდების საკითხებში. ასევე, წვრთნა სტრესული რეაქციის, ადაპტაციის დარღვევის, დეპრესიის, აუტო და ჰეტეროაგრესიული ქცევის პრევენციის, სიმპტომების და ნიშნების შეცნობის, რისკების შეფასებისა და მართვის საკითხებში, ასევე ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების ქრონიკული და მწვავე შედეგების შეცნობისა და მართვის საკითხებში;
- უზრუნველყოს ხარისხიანი და დროული ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობა, ფსიქიატრიული სამსახურის გაძლიერება და გუნდური პრინციპის გამოყენებით (ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოთერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი) პირველადი ჯანდაცვის რგოლში დანერგვა;
- უზრუნველყოს ფსიქოაქტიური მედიკამენტების (ნივთიერებების) არასამედიცინო მიზნით ჭარბი რაოდენობით მოხმარების პრევენცია, ფსიქოტროპული მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვით, მედიკამენტების აღრიცხვასა და ხარჯვაზე მკაცრი კონტროლის დაწესებით, სამედიცინო პერსონალის პროფესიონალიზმის გაძლიერებით და მათი დამოუკიდებლობისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფით;
- უზრუნველყოს მწვავე ქრონიკულადან პერსისტენტულად მიმდინარე ფსიქიკური აშლილობების დროული დიაგნოსტიკა, ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების უნარის შეფასება და სასჯელის მოხდის დიფერენცირებული რეჟიმის პირობებში ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარებითა და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციით უზრუნველყოფა;
- უზრუნველყოს ბენეფიციარის ინდივიდუალური საჭიროებების სიღრმისეული შეფასება და ინტენსიური ინდივიდუალური ფსიქოლოგიური და სოციალური მუშაობა. პერსონოლოგიური ფსიქიკური პრობლემების, ოპოზიციურობის, ბრაზის დაძლევის, აუტო და ჰეტეროაგრესიული ქცევის მართვის და გარემოსთან ადაპტირების მიზნით ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის დიფერენცირებული პროგრამების შემუშავება/დანერგვა;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს

- უზრუნველყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბრალდებულ/მსჯავრდებულთა ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარების მიწოდება;
- უზრუნველყოს სტრუქტურირებული, სისტემური და შედეგზე ორიენტირებული ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამების შემუშავება და იმპლემენტაცია;
- გადაიხედოს ფ/ჯ ცენტრის უსაფრთხოების სამსახურის როლი და ფუნქცია;
- უზრუნველყოს გასაჩივრების მექანიზმის მარეგულირებელი ნორმატიული ბაზის შექმნა;

- შეიმუშაოს ფ/ჯ ცენტრის მკაცრი რეჟიმის შესუსტებისა და უფრო გახსნილი მომსახურებების მიწოდების მიზნით, დიფერენცირებული რეჟიმის პირობებში ფსიქიატრიული დახმარების მიწოდების სტანდარტები პაციენტების ფსიქიკური მდგომარეობის, ჩადენილი დანაშაულის ხასიათის და სასტიკი ქცევის განმეორების ალბათობის გათვალისწინებით
- შეიმუშაოს პაციენტების სტაციონარიდან გაწერის სტანდარტები, ასევე ზრუნვისა და ზედამხედველობის ისეთი სტანდარტები, რომლებიც უზრუნველყოფს, საქართველოს კანონმდებლობის დაცვით, ხარისხიანი ფსიქიატრიული დახმარების გაწევას, თერაპიული გარემოს შექმნას და სასამართლო ფსიქიატრიული პაციენტის უფლებების დაცვას;
- ზედამხედველობისა და კონტროლის გზით უზრუნველყოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების მიმართ ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდის ეროვნული კანონმდებლობისა და საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად გამოყენება;
- შეიმუშაოს ფსიქიატრიული სერვისების მუშაობისა და ფსიქიატრიული დახმარების მიწოდების სპეციალური ზედამხედველობის სისტემა, რომელიც აღიარებს ადამიანის უფლებების უნივერსალობას, დამყარებული იქნება კორპორატიულობის პრინციპზე და არ ექნება რეპრესიული ფუნქცია;
- უზრუნველყოს ინსტიტუციაში ხანგრძლივად მყოფი პაციენტების თემში დაბრუნება მათი ფსიქო-სოციალური სტატუსის შესაბამისი ბენეფიტებით უზრუნველყოფითა და საჭიროებებზე მორგებული თემზე დაფუძნებული ამბულატორიული სერვისების განვითარებით;
- შეიმუშაოს და დანერგოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვისა და ფსიქიატრიული შემთხვევის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების იმპლემენტირების მექანიზმები ადამიანის უფლებათა დამცველი საერთაშორისო და ეროვნული ორგანიზაციების რეკომენდაციების გათვალისწინებით;
- შეიმუშაოს/დანერგოს შშმ პატიმრების ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული ფსიქო-სარეაბილიტაციო პროგრამები და ამ პროგრამების განხორციელების მექანიზმები.

რეკომენდაცია საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს

- უზრუნველყოს დროებითი მოთავსების იზოლატორების ინფრასტრუქტურის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის ხელმისაწვდომობა;
- უზრუნველყოს სამედიცინო პერსონალის დროებით მოთავსების იზოლატორებში დასაქმება დაკავებულების პირველადი სამედიცინო შემოწმების, სამედიცინო ბარათების წარმოებისა და პირველადი სამედიცინო დახმარების ადგილზე აღმოჩენის მიზნით;
- შეიმუშაოს დაკავებულთაშორის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა იდენტიფიცირებისა და მათი სპეციალური საჭიროებების უზრუნველყოფის რეგულაციები;
- უზრუნველყოს დროებითი მოთავსების იზოლატორებიდან დაკავებულის სხვა დაწესებულებაში გადასვლისას მისი სამედიცინო დოკუმენტაციის გადაგზავნა;
- უზრუნველყოს ჰიგიენისა და პირველადი საყოფაცხოვრებო პირობების გაუმჯობესება დროებითი მოთავსების იზოლატორებში;
- შეიმუშაოს/დანერგოს დაკავებულთა ფსიქო-ემოციური რისკების შეფასების ინსტრუმენტი;
- უზრუნველყოს დროებითი მოთავსების იზოლატორები საკმარისი მედიკამენტებით.