

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობის
ხელმისაწვდომობა საქართველოს
პენიტენციურ სისტემაში

არსებული გამოწვევების და
ბარიერების შესწავლა

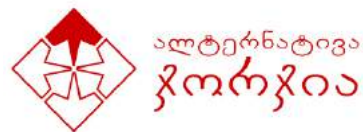
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის
ადიქტოლოგიის ინსტიტუტი და
ალტერნატივა ჯორჯია

დეკემბერი, 2019
თბილისი

წინამდებარე კვლევა განხორციელდა „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის“ დაფინანსებით, Bread for the World-ის მხარდაჭერით, პროგრამის „ჯანმრთელობის, ზრუნვის და სოციალური უფლებებისთვის“ ფარგლებში.



ანგარიში მომზადებულია ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ინსტიტუტის და დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრის ალტერნატივა ჯორჯიას კვლევითი გუნდის მიერ. დოკუმენტის შინაარსზე სრულად პასუხისმგებელია ავტორთა ჯგუფი და ტექსტში გადმოცემული მოსაზრებები არცერთ ვითარებაში არ შეიძლება ჩაითვალოს „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის“ და Bread for the World-ის პოზიციის გამომხატველად.



მადლიერების გამოხატვა

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის „ადიქციის კვლევების ინსტიტუტი“ და დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“ მადლობას უხდებიან „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრს“ და Bread for the World-ს კვლევითი პროექტის „ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობის ხელმისაწვდომობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში: არსებული გამოწვევების და ბარიერების შესწავლა“ - ფინანსური მხარდაჭერისთვის, რამაც შესაძლებელი გახადა მისი განხორციელება.

განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრს, ზიანის შემცირების ცენტრებს: ბათუმში „იმედს“, თელავში „ნაბიჯი მომავლისკენ“, ზუგდიდში ახალგაზრდა ფსიქოლოგთა და ფსიქოთერაპევტთა ორგანიზაცია „ქსენონს“, კონსულტაციისა და საინფორმაციო ცენტრს „ურანტი“ - რესპონდენტების მოზიდვაში დახმარებისა და ინტერვიუების ჩატარების ხელშეწყობისთვის. მადლობა ყველა რესპონდენტს სპეციალისტებს, ზიანის შემცირების სერვისების ბენეფიციარებს, ვინც გამონახა დრო და დათანხმდა კვლევაში მონაწილეობას.

სამწუხაროდ, კვლევაში მონაწილეობას არ დათანხმდა იუსტიციის სამინისტრო. შესაბამისად, კვლევაში ვერ მიიღო მონაწილეობა და ვერ დაფიქსირდა პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის, ოპიოიდებით დეტოქსიკაციის და პრობაციის სამსახურების სპეციალისტთა შეხედულებები.

კვლევის ანგარიში მოამზადეს: **ბესელია ადა** (ადიქციის კვლევების მაგისტრი, ალტერნატივა ჯორჯია), **კირთაძე ირმა** (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, ილიაუნი), **მღებრიშვილი თამარ** (ადიქციის კვლევების მაგისტრი, ალტერნატივა ჯორჯია), **ოთიაშვილი დავით** (მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ალტერნატივა ჯორჯია), **რამმაძე მარიამ** (ფსიქოტრავმატოლოგიის მაგისტრი, ილიაუნი), **სიხარულიძე ქეთევან** (ადიქციის კვლევების მაგისტრი, ილიაუნი), **ჯავახიშვილი დარეჯან (ჯანა)** (ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიაუნი)

ავტორები მადლობას უხდებიან **მზია ტაბატაძეს** (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი) ანგარიშის კომენტარების, შენიშვნებისა და მიმოხილვისთვის.

სარჩევი

გამოყენებული შემოკლებები	5
ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობის ხელმისაწვდომობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში: არსებული გამოწვევების და ბარიერების შესწავლა	6
შესავალი	6
კვლევის მიზანი	6
მეთოდოლოგია.....	6
შედეგები	7
დასკვნები და რეკომენდაციები.....	10
შესავალი.....	12
კონტექსტი და პრობლემა	12
კვლევის მიზანი და ამოცანები.....	13
მეთოდოლოგია.....	14
კვლევის დიზაინი	14
კვლევის ეთიკის საკითხები	14
თვისებრივი მონაცემების ანალიზი	15
თვისებრივი კვლევის შეზღუდვა	15
სამაგიდე მიმოხილვის შედეგები.....	16
წამალდამოკიდებულების მკურნალობა სასჯელაღსრულების სისტემაში.....	16
ნარკოტიკების მოხმარება და ციხის პოპულაცია	16
წამალდამოკიდებულების მექანიზმები, ანუ რატომ არ იწვევს სასჯელი ნარკოტიკების მოხმარების შემცირებას?	17
რატომ არის რეკომენდებული სასჯელის ალტერნატივები?	18
რა სახის ალტერნატიული ზომები არსებობს?	19
როგორი უნდა იყოს სერვისები ციხეებში?	20
სასჯელაღსრულების სისტემაში წამალდამოკიდებულების მკურნალობის საერთაშორისო სტანდარტები და ვალდებულებები	22
ქვეყნების მიდგომები	25
რატომ მედიკამენტით მხარდაჭერილი მკურნალობა?	26
რამდენად ეფექტურია მედიკამენტით მხარდაჭერილი მკურნალობა?	26
რა შედეგს გვაძლევს მედიკამენტით მხარდაჭერილი მკურნალობა ციხეებში?	27
ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი პროგრამების საკანონმდებლო რეგულირება საქართველოში	27
ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი პროგრამების რეგულირება სამოქალაქო სექტორში	27
ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი პროგრამების რეგულირება პენიტენციურ სისტემაში	29
თვისებრივი კვლევის შედეგები	32
კვლევის მონაწილეები	32
მედპერსონალი.....	32
ბენეფიციარები	32
წინასწარი დაკავებიდან პატიმრობამდე	32
მედპერსონალი.....	32
ბენეფიციარები	33
მეთადონით დეტოქსიკაცია ციხეში	35
ბენეფიციარები	35
ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის შემთხვევა.....	36
მეთადონით დეტოქსიკაციის შემდგომი პერიოდი	37
ციხიდან გასასვლელად მოსამზადებელი პროგრამები პატიმრებისთვის, ვინც დაკავებამდე მოიხმარდა ნარკოტიკებს	38
ციხიდან გათავისუფლებული ორთ დეტოქსიკაციის პაციენტების სამოქალაქო სექტორში დაბრუნების გამოცდილება და შექმნილი ბარიერები	39
სამოქალაქო და ციხის მეთადონის პროგრამის ურთიერთობა	40

ციხის მეთადონის პროგრამის ყოფილი პერსონალის მოსაზრება ციხეში მეთადონით გრძელვადიან ჩანაცვლებაზე.....	43
სასჯელალსრულების სისტემაში ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი მკურნალობის დანერგვის მსდებლობები...	44
დასკვნები და რეკომენდაციები.....	44
ბიბლიოგრაფია	47

გამოყენებული შემოკლებები

- აივ** ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
- დსკ-10** დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორი- მეთე გადასინჯვა
- ოჩთ** ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია
- ნიმ** ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი
- Nvivo** თვისებრივი ინფორმაციის ანალიზისთვის მონოდებული კომპიუტერული პროგრამა
- EMCDDA** ნარკოტიკების და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ევროპული ცენტრი
- UNODC** გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ოფისი
- WHO** ჯანმო - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობის ხელმისაწვდომობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში:

არსებული გამოწვევების და ბარიერების შესწავლა

შეჯამება

შესავალი

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია (ოჩთ) ოპიოიდებზე დამოკიდებულების მკურნალობის ყველაზე ეფექტური მიდგომაა. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამები ეფექტური საშუალებაა, რომ მნიშვნელოვნად შემცირდეს არალეგალური ოპიოიდური ნარკოტიკების მოხმარება, აივ-თან დაკავშირებული სარისკო ქცევები, დოზის გადაჭარბებისგან გამონვეული სიკვდილი, კრიმინალური აქტივობები, ფინანსური და სხვა სახის სტრესი, რომლის წინაშეც დგებიან ნარკოტიკის მოხმარებლები და მათი ოჯახები. გარდა ამისა, ოჩთ-ის პროგრამები მოიზიდავს ნარკოტიკის ინექციურ მოხმარებლებს, რომლებსაც სხვაგვარად არასოდეს ექნებოდათ კონტაქტი სამკურნალო დაწესებულებებთან, რაც ამ პროგრამებს სძენს კარიბჭის ფუნქციას ჯანდაცვის, აივ-ის ტესტირების, ანტირეტროვირუსული თერაპიის, ტუბერკულოზის, C ჰეპატიტის და სხვა ინფექციების სამკურნალო სერვისებში ჩართვის კუთხით. ოჩთ პროგრამები მხარდაჭერილია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის, გაეროს აივ/შიდსის გაერთიანებული პროგრამის და გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ოფისის მიერ. მეთადონი და ბუპრენორფინი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი მედიკამენტების სიაშია შეტანილი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ.

2018 წლის მონაცემებით, ოჩთ-ში ჩართული იყო 12,179 ადამიანი, მათ შორის 763 ადამიანმა სერვისი მიიღო პენიტენციურ სისტემაში. მიუხედავად იმისა, რომ ოჩთ-ს დაფარვა სამოქალაქო სექტორში იზრდება, სასჯელაღსრულების სისტემაში ამ მკურნალობის ხელმისაწვდომობა მკაცრად შეზღუდულია - იგი ხელმისაწვდომია მხოლოდ ორ საპატიმრო დაწესებულებაში და შეთავაზებულია მხოლოდ დეტოქსიკაციური კურსის სახით, რომელიც მაქსიმუმ 3-5 თვე გრძელდება. შედეგად, ის პატიმრებიც, ვინც დაპატიმრებამდე ჩართული იყვნენ ამ სასიცოცხლო მნიშვნელობის მკურნალობაში, იძულებულები არიან მედიკამენტის დოზის სწრაფი კლების რეჟიმში შეწყვიტონ მკურნალობა.

კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანს წარმოადგენს, შეისწავლოს ბარიერები, რომელიც არსებობს პენიტენციურ სისტემაში ოჩთ-ის სრულფასოვნად დანერგვისთვის პენიტენციურ სისტემაში ოპიოიდებით დეტოქსიკაციის პროგრამის ყოფილი ბენეფიციარების გამოცდილებისა და დარგში მომუშავე სპეციალისტების საექსპერტო მოსაზრებების შესწავლის გზით. ასევე, გააანალიზდეს საერთაშორისო სტანდარტები და რეკომენდაციები, საქართველოს მარეგულირებელი ჩარჩო და მათი ანალიზის საფუძველზე ჩამოყალიბდეს რეკომენდაციები პენიტენციურ სისტემაში გრძელვადიანი ოჩთ მკურნალობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

მეთოდოლოგია

სამაგიდე მიმოხილვის და თვისებრივი კვლევის გამოყენებით 2019 წლის ივლისი-ოქტომბრის პერიოდში ჩატარდა საერთაშორისო გაიდლაინების და საქართველოში მოქმედი

მარეგულირებელი დოკუმენტების შესწავლა; დისკუსიები ფოკუს-ჯგუფებში და ინდივიდუალური, ჩაღრმავებული ინტერვიუები: თბილისში, თელავში, ბათუმში, ზუგდიდსა და ქუთაისში (45 რესპონდენტი) - ციხეში ორთ დეტოქსიკაციის გამოცდილების მქონე ნარკოტიკების მომხმარებლებთან; ასევე სამოქალაქო სექტორის ორთ (ბუპრენორფინის და მეთადონის) ცენტრების ხელმძღვანელებთან და ნარკოლოგებთან; დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლებთან და ციხის მეთადონით დეტოქსიკაციური მკურნალობის მოქმედ და ყოფილ მენეჯერსონალთან. დაგეგმილი გვექონდა ინდივიდუალური ინტერვიუების ჩატარება ციხის ჯანდაცვის სამსახურის ხელმძღვანელობასთან, კონსულტანტ ნარკოლოგთან, პრობაციის სამსახურის სამედიცინო და სოციალური სამსახურის პერსონალთან, მაგრამ, მიუხედავად ორჯერ წერილობითი მიმართვისა, იუსტიციის მინისტრისგან ვერ მივიღეთ ამ რესპონდენტების კვლევაში მონაწილეობაზე ინსტიტუციური თანხმობა. გამოყენებულ იქნა თემატური და კონტენტ-ანალიზი ინდუქციური მიდგომით და მიღებული შედეგების საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები.

შედეგები

სამაგიდე მიმოხილვის შედეგები

წამალდამოკიდებულებას აქვს კოგნიტური, ქცევითი და ფიზიოლოგიური მახასიათებლები, რომელსაც წვლილი შეაქვს ნარკოტიკის მოხმარების გაგრძელებაში, მიუხედავად მისი საზიანო შედეგებისა. ნარკოტიკისგან იძულებითი თავშეკავება არ არის მკურნალობა და არ კურნავს წამალდამოკიდებულებას. ეფექტური მკურნალობა ამცირებს მომავალში ნარკოტიკების მოხმარებას და ნარკოტიკთან დაკავშირებულ კრიმინალურ ქცევას, შეუძლია გააუმჯობესოს პირის ურთიერთობები ოჯახთან და დასაქმების პერსპექტივა. გარდა ამისა, მკურნალობა ადამიანებს სიცოცხლეს უნარჩუნებს. წამალდამოკიდებულების მქონე 10 პატიმრიდან 9 ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ უბრუნდება მოხმარებას, თუკი მათ ციხეში ყოფნის პერიოდში არ ჩაუტარდათ წამალდამოკიდებულების მკურნალობა.

მკურნალობას, რომელიც არასაკმარისი ხარისხისა და ინტენსივობისაა ან საჭიროებებზე არასაკმარისად არის მორგებული, შესაძლოა, არ მიეყვადეთ ნარკოტიკის მოხმარებისა და რეციდივის შემცირებამდე. მკურნალობის გარეშე დარჩენილი ნარკოტიკების მოხმარებელი მსჯავრდებული უფრო მეტად არის რეციდივისა და კრიმინალური ქცევის განმეორებისადმი მონყვლადი, ვიდრე მკურნალობაში ჩართული იმავე გამოცდილების მქონე მსჯავრდებული. ამას შესაძლოა, შედეგად მოჰყვეს ხელახალი დაპატიმრება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების რისკის ქვეშ დაყენება და მართლმსაჯულების სისტემის რესურსების ირაციონალური ხარჯვა. როდესაც ნარკოტიკებით გამოწვეული აშლილობების მქონე ადამიანს აქვს კონტაქტი მართლმსაჯულების სისტემასთან, მისთვის ეს შესაფერისი მკურნალობის მისაღებად წახალისების შესაძლებლობაა. ეს შეიძლება განხორციელდეს, როგორც მკურნალობაში რეფერირების გზით, ასევე მართლმსაჯულების სისტემასა და ჯანდაცვის სისტემას შორის მჭიდრო თანამშრომლობით, სადაც პიროვნებას შესაძლებლობა ექნება, მიიღოს მკურნალობა. მართლმსაჯულების სისტემის ქმედებები განსხვავდება იმის მიხედვით, პირი ჩაერთვება თუ არა მკურნალობაში, ასევე დამოკიდებულია მართლმსაჯულების სისტემაში მოხვედრის მიზეზზე. ციხის გარემოსთან დაკავშირებული დამატებითი რისკ-ფაქტორებისა და პატიმრობაზე დახარჯული თანხებიდან გამომდინარე, რეკომენდებულია გამოყენებულ იქნას ალტერნატიული ზომები, რომლებიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მართლმსაჯულების სისტემათა პერსპექტივიდან მიზანშეწონილი იქნება. დასჯის სანაცვლოდ განეული მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობა არა მარტო ამცირებს ციხეში ყოფნასთან ასოცირებულ რისკებს, არამედ ამცირებს რეციდივიზმის (განმეორებით დანაშაულის ჩადენა)

დონეს და ნარკოტიკების მოხმარების დონეს მართლმსაჯულების სისტემასთან კონტაქტში მყოფ ნარკოტიკის მოხმარებლებში.

ციხეებში ჯანდაცვითი ინტერვენციების ორი მნიშვნელოვანი პრინციპია დასაცავი: თანაბარი წვდომა და თანაბარი ზრუნვა. თანაბარი წვდომა - ყველა სერვისი, რომელიც არსებობს სამოქალაქო სექტორში, ხელმისაწვდომია ციხეში და სამოქალაქო სექტორსა და ციხეებში სერვისებს შორის უწყვეტობა უზრუნველყოფილია. ეს გულისხმობს, რომ საჭიროა, ციხეებში მიწოდებული იყოს ყველა შესაბამისი პრევენციული, ზიანის შემცირების და მკურნალობის სერვისები; განსაკუთრებული ყურადღება კი უნდა მიექცეს სერვისების მიწოდებას ციხეში მიღებისა და ციხიდან გათავისუფლების პროცესში.

სამოქალაქო სექტორისა და ციხის სერვისებს შორის ზრუნვის უწყვეტობა მოიცავს, როგორც ციხეში შესვლის, ასევე, გათავისუფლების შემდგომ წამალდამოკიდებულების მკურნალობის, ასევე, ნებისმიერი სახის ჯანდაცვითი ზრუნვის სერვისებს. ევროპის ბევრ ქვეყანას აქვს პარტნიორობა ციხის ჯანდაცვის სერვისებსა და ამ სერვისების მიწოდებელთა შორის იმისათვის, რომ ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობის შესახებ განათლებისა და სამკურნალო ინტერვენციების დანერგვას ციხეებში, საპატიმროში მიღების და საპატიმროდან გამოსვლის პერიოდის ჩათვლით.

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დანერგულებებში ოპიოიდებით ჩანაცვლებით მკურნალობას არეგულირებს საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრისა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 14 ივლისის ერთობლივი ბრძანება N92 N01-266 „პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დანერგულებებში ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პირთათვის ჩანაცვლებითი მკურნალობის პრაგრამების განხორციელების და წესის დამტკიცების შესახებ“. მოცემული ბრძანების თანახმად, განისაზღვრა ჩანაცვლებელი პრეპარატით დეტოქსიკაცია სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს №2 და №8 პენიტენციურ დანერგულებებში. აქვე მითითებულია, რომ 2018 წლის დასაწყისისთვის სამინისტროს უნდა უზრუნველყო ხანმოკლე და გრძელვადიანი ჩანაცვლებითი მკურნალობის განხორციელების დანერგვისთვის ყველა საჭირო ღონისძიების გატარება. თუმცა 2017 წლის 29 დეკემბერს შევიდა ცვლილება აღნიშნულ ბრძანებაში (№148/№01-74/6) და რედაქტირდა მეორე მუხლი, რომელიც განსაზღვრავს, რომ პროგრამით გათვალისწინებული ხანმოკლე ჩანაცვლებითი და ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი მკურნალობის განხორციელების დანერგვისათვის ყველა საჭირო ღონისძიება გატარდეს 2020 წლის პირველ იანვრამდე.

თვისებრივი კვლევის შედეგები

ოჩთ-ს პერსონალის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, სამოქალაქო ოჩთ-ში ჩართული პაციენტებიდან წელიწადში საშუალოდ 2-დან 15-მდე პაციენტი ხვდება სასჯელაღსრულების სისტემაში. წინასწარი დაკავების საკანში მოხვედრილი ბრალდებული (ქუთაისსა და თბილისში), რომელიც არის სამოქალაქო ოჩთ-ში ჩართული, ბადრაგის თანხლებით გადაჰყავთ სამოქალაქო სექტორის ოჩთ-ში კუთვნილი ულუფის მისაღებად 24 საათის განმავლობაში. პერსონალის გამოცდილებით, ხშირ შემთხვევაში პატიმრები ითხოვენ, რომ წინასწარი დაკავების იზოლატორში ყოფნისას მიიღონ მეთადონი ან სუბუქსონი. რესპონდენტების უმრავლესობა ციხეში მოხვედრისას იყო სამოქალაქო მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის ბენეფიციარი, რაც მათ დაკავების მომენტიდან ოჩთ-ში ჩართვაში ხელს უწყობდა. ამჟამად, როგორც ირკვევა, წინასწარი დაკავების მომენტისთვისაც კი უზრუნველყოფილია ასეთი პირისთვის დღიური დოზის მიწოდება ყოველგვარი შეფერხების გარეშე. განსხვავებულია იმ პირთა გამოცდილება, რომლებიც დაკავების მომენტისთვის მოიხმარდნენ ნარკოტიკულ საშუალებებს და არ იყვნენ ჩართული სამოქალაქო ოჩთ-ში. ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ

არ დაუჯერეს, რომ მოიხმარდა ნარკოტიკულ საშუალებებს და არ იქნა მიწოდებული მისთვის დეტოქსიკაციის სერვისი. ქალთა პენიტენციურ დაწესებულებებში არ არსებობს ორთ პროგრამა და ეს უქმნის დიდ პრობლემებს ქალ პატიმრებს, რომლებიც სამოქალაქო სექტორში იყვნენ პროგრამაში, რომ ციხეში ჩაიტარონ დეტოქსიკაცია მაინც. ზოგ შემთხვევებში, გამონაკლისის სახით, ქალები ქალთა დაწესებულებიდან სპეციალურად მიჰყავთ გლდანის საპატიმროში, რომ მიიღონ მეთადონი. რესპონდენტები პენიტენციურ სისტემაში დეტოქსიკაციის არსებობას ერთხმად დადებითად აფასებენ და აღნიშნავენ, რომ ამ პროგრამის არსებობამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მათი მდგომარეობა. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ პროგრამაში ჩართვის წამყვანი მოტივი აბსტინენციის სინდრომის შემსუბუქება და სიმპტომების მსუბუქად გადატანაა;

ქუთაისის მიმღებ დაწესებულებაში მოხვედრილი რესპონდენტის გამოცდილების თანახმად, ციხეში ყოფნის პერიოდში მოუწია მეთადონით დეტოქსიკაციის შეწყვეტა, რადგან მას აღმოაჩნდა ტუბერკულოზი და სავალდებულო იყო გადაყვანა ქსნის დაწესებულებაში, სადაც ტუბერკულოზით დაავადებულები იხდიან სასჯელს და შეუწყვიტეს მეთადონის მიწოდება, რადგან ქსანში არ ხდება დეტოქსიკაციის სერვისის მიწოდება. რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ ძალიან რთული პერიოდი გაიარა და ის პრეპარატები, რითაც ცდილობდნენ მისთვის „ლომკა“ მოეხსნათ იყო არაეფექტური და მისი მდგომარეობა იყო ძალიან მძიმე.

ციხიდან გათავისუფლებამდე, ტრანზიციის პროგრამის არსებობა ვერ დაგვიდასტურა ვერც ერთმა რესპონდენტმა. აღნიშნავენ, რომ ჰქონდათ გასაუბრებები ფსიქიატრთან ან ფსიქოლოგთან, მაგრამ რაიმე პროგრამა, რომელიც ამზადებს ციხეებში ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირებს გათავისუფლებამდე, მათი გადმოცემით, არ გაუვლიათ.

ციხის შემდგომ სამოქალაქო ორთ-ში ჩართვის ბარიერს არ აღნიშნავენ რესპონდენტები, მაგრამ არის განსხვავება; კერძოდ, თუ პირი გათავისუფლდა პენიტენციური სისტემიდან ჯერ კიდევ დეტოქსიკაციის დასრულებამდე, მას იმ დღესვე შეუძლია დაბრუნდეს სამოქალაქო სექტორის ორთ პროგრამაში, ვინაიდან მას ერთი თვის განმავლობაში „ენახება“ ადგილი პროგრამაში; მაგრამ თუკი პაციენტი ციხიდან გამოდის სასჯელის მოხდის შემდეგ და სამოქალაქო სექტორში ცდილობს ორთ-ში დაბრუნებას, მას უწევს იმავე პროცედურის გავლა, რაც ორთ-ში პირველად ჩართვის შემთხვევაში: შარდის ანალიზის ჩაბარება, რომ დადგინდეს ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარება და ჯანმრთელობის ცნობის (ფორმა 100) წარდგენა. აღნიშნული კი, პირს უბიძგებს მოიხმაროს ნარკოტიკი, რათა დადებითი იყოს შარდის ანალიზი ნარკოტიკზე.

სუბუქსონის პროგრამაში მომუშავე პერსონალი უფრო მეტად აღნიშნავს პენიტენციურ სისტემასთან კომუნიკაციის პრობლემებს, ვიდრე მეთადონის პროგრამის წარმომადგენლები. სუბუქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პერსონალი ამბობს, რომ პრეპარატის თავისებურებიდან გამომდინარე მნიშვნელოვანია, დროულად მიიღონ ინფორმაცია მეთადონის რა დოზას იღებდა პაციენტი ციხეში. იმის გამო, რომ ციხიდან ახლადგათავისუფლებულ პაციენტს უწევს აგონისტი პრეპარატიდან (მეთადონიდან) გადასვლა ნაწილობრივ აგონისტ-ანტაგონისტ პრეპარატზე (ბუპრენორფინისა და ნალოქსონის კომბინაციაზე), ექიმებს უწევთ, სთხოვონ პაციენტს რაღაც პერიოდით მოცდა (დღეების „ჩაგდება“), სანამ ჩართავენ სუბუქსონის პროგრამაში.

სამოქალაქო სექტორის პერსონალის თანახმად, ხშირად საპატიმროდან გამოსული პაციენტების მოთხოვნიდან გამომდინარე, უწევთ ჩართვის პირველივე დღიდან დოზის მატება, რაც პაციენტის ჩივილებიდან გამომდინარე ხდება. მათთვის ეს ტენდენცია მიანიშნებს იმას, რომ ციხეში სწრაფად ხდება დოზის კლება და დეტოქსიკაციის პერიოდი არ არის საკმარისი. შესაბამისად, გათავისუფლების შემდეგ სამოქალაქო ორთ-ში ჩართული პაციენტები პირველივე დღიდან ითხოვენ დოზის ზრდას. ბევრისთვის დოზის კლება (დეტოქსიკაცია) საერთოდ არ იყო სასურველი და ხდებოდა მათი სურვილის საწინააღმდეგოდ.

მეთადონის პროგრამის მედპერსონალს პაციენტისთვის ციხეში მეთადონის გარდა სხვა პრეპარატის დანიშვნის უფლება არ აქვს. გარკვეული სიმპტომების შემთხვევაში კონსულტაციას ატარებს ფსიქიატრი ან მონვეული კონსულტანტი ნარკოლოგი და შესაბამისი ჩვენებით ნიშნავს სხვა საჭირო მედიკამენტს.

დასკვნები და რეკომენდაციები

ქვეყანაში არსებულ სერვისებზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში მყოფ პირთათვის, მათ შორის ქალებისათვის. რეკომენდებულია, საქართველოს მთავრობამ დააჩქაროს გრძელვადიანი ორთ მკურნალობის დანერგვა პენიტენციურ სისტემაში და უზრუნველყოს სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. პენიტენციური სისტემის ორთ-ის ინფრასტრუქტურა, უსაფრთხოების პროცედურები, ძირითადად გათვლილია მამაკაც პატიმრებზე და არ ითვალისწინებს ქალი პატიმრების სპეციფიკურ მოთხოვნებს. რეკომენდებულია, განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდეს ქალთა საპატიმრო დაწესებულებებში და ქალი პატიმრებისთვის უზრუნველყოფილი იქნას ორთ-სერვისი, რომელიც სამოქალაქო სექტორში არსებული სერვისების ეკვივალენტურია. ასევე ციხეში მკურნალობის ინტერვენცია არ უნდა შემოიფარგლებოდეს წამალდამოკიდებულების მხოლოდ ერთი რომელიმე მკურნალობის თუ რეაბილიტაციის კურსით, არამედ მრავალფეროვანი ინტერვენციები უნდა იქნას შეთავაზებული წამალდამოკიდებული პატიმრისთვის, მის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული, რათა უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტის ჩართულობა და სასურველი სერვისის არჩევანის უფლება, რომელიც მას არ განასხვავებს სამოქალაქო სექტორის ეკვივალენტური სერვისის მიღებისგან.

მონიტორინგი და ადვოკატირება სამოქალაქო საზოგადოების და თემის მხრიდან. 2016 წლის 14 ივლისის ბრძანების (N92 N01-266) მიხედვით 2018 წლის დასაწყისისათვის სამინისტროს უნდა გაეტარებინა ყველა საჭირო ღონისძიება ხანმოკლე და ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი მკურნალობის ციხეში განსახორციელებლად. თუმცა 2017 წლის 29 დეკემბერს შევიდა ცვლილება აღნიშნულ ბრძანებაში (N^o148/N^o01-74/6) და გადავადდა ამ ღონისძიებების გატარება 2020 წლის პირველ იანვრამდე. იმის გათვალისწინებით, რომ ანგარიში მომზადდა 2019 წლის დეკემბერში, როცა ერთ თვეზე ნაკლები რჩებოდა დადგენილ ვადადღე და კვლევის ფარგლებში არ გამოიკვეთა ნიშნები, რომ ამ მხრივ ქმედითი ღონისძიებები უკვე გატარებულია, არსებობს რეალური საფრთხე, რომ მოხდეს აღნიშნული ღონისძიებების კვლავ გადავადება. ამიტომ, სამოქალაქო საზოგადოებამ და თემმა უნდა გააძლიეროს ბრძანების შესრულებაზე მონიტორინგი და ადვოკაცია პროცესების დასაჩქარებლად.

პოლიტიკის დიალოგი სასჯელის ალტერნატიული ღონისძიებების დანერგვისათვის. საქართველოში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული მკაცრი არაპროპორციული სასჯელების შედეგად საპატიმროებში ბევრი ისეთი ადამიანი ხვდება, ვინც უფრო დაბალანსებული პოლიტიკისა და კანონმდებლობის პირობებში არ აღმოჩნდებოდა გისოსებს მიღმა. ამის ერთ-ერთი მიზეზი არის ქვეყანაში სასჯელის ალტერნატივების არარსებობა. საერთაშორისო გამოცდილება და საუკეთესო პრაქტიკა ადასტურებს სასჯელის ალტერნატიული ღონისძიებების ეფექტიანობას, როგორც ნარკოტიკების მოხმარების, ასევე, ზიანის შემცირების და საზოგადოებრივი უსაფრთხოების თვალსაზრისით. რეკომენდებულია, დაიწყოს პოლიტიკის დიალოგი ოფიციალური პირების, პოლიტიკის განმსაზღვრელების, დარგის ექსპერტების, სამოქალაქო საზოგადოების და თემის მონაწილეობით, რომ საქართველომაც გადადგას ქმედითი ნაბიჯები სასჯელის იმ ალტერნატიული ღონისძიებების დანერგვისათვის, რომლებიც ევროკავშირის ნევრ 28 ქვეყანაში უკვე ხელმისაწვდომია.

ცვლილებები მარეგულირებელ ჩარჩოში. „ოპიოიდური დამოკიდებულების მეთადონით შემანარჩუნებელი ჩანაცვლებითი მკურნალობის“ კლინიკური მდგომარეობის მართვის

სახელმწიფო სტანდარტში (პროტოკოლი), ოპიოიდური დამოკიდებულების სინდრომის დეფინიცია განსხვავდება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვის (დსკ-10) დეფინიციისგან; კერძოდ, განმასხვავებელია ჩანაწერი - აქტიური დამოკიდებულება. ამავდროულად, არ არის განსაზღვრული თუ რას ნიშნავს აქტიური დამოკიდებულება და სამედიცინო პერსონალი ამ მოთხოვნას აიგივებს ბიოლოგიურ მასალაში (შარდში) ოპიოიდების არსებობასთან. აღნიშნული შეუსაბამობაშია დსკ-10 გადასინჯვით ოპიოიდური დამოკიდებულების სინდრომის კრიტერიუმებთან, რაც რიგ შემთხვევაში ართულებს დიაგნოსტიკას და პაციენტის ოჩო-ში ჩართვას.

პენიტენციური სისტემა სამოქალაქო სექტორის მეთადონის და სუბუქსონის პროგრამასთან მონაცემთა გაცვლის მსგავსი პროტოკოლით უნდა ხელმძღვანელობდეს. სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურათა შორის მონაცემთა დროული, შეუფერხებელი მიმოცვლა, კოორდინაცია და გადამისამართების ეფექტური მექანიზმების არსებობა უწყვეტი მკურნალობის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი წინაპირობაა. შესაბამისად, რეკომენდებულია, ციხიდან გათავისუფლებისთანავე პირს მიენდოს ციხეში ჩატარებული დეტოქსიკაციის თუ სხვა ჩატარებული მკურნალობის ამსახველი სამედიცინო დოკუმენტაცია (ფორმა 100), რათა თავიდან იქნას არიდებული ციხიდან გათავისუფლებული პირის დროში განვლილი დამატებითი კომუნიკაცია შუალედურ რგოლთან ფორმა 100-ის მისაღებად, რაც აფერხებს მის ოჩო (სუბუქსონით) მკურნალობაში დროულად ჩართვას.

მულტიდისციპლინური გუნდის პრინციპის შემოტანა ოჩო პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვისთვის. კვლევაში განხილული ტუბერკულოზით დაავადებული ოჩო-მკურნალობაში ჩართული პატიმრის შემთხვევა, ცხადყოფს, რომ სწორედ კომპეტენტური მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ უნდა იქნას გადწყვეტილება მიღებული, რომელიც დააკმაყოფილებს პაციენტის საჭიროებებს და წარმოადგენს მის საუკეთესო ინტერესს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ერთი მკურნალობის (ამ შემთხვევაში ოჩო) შეწყვეტა მეორე მკურნალობის (ტუბერკულოზი) მიღების სანაცვლოდ არ წარმოადგენს სამოქალაქო სექტორში არსებული სერვისების ეკვივალენტურს. ამასთანავე მეთადონით დეტოქსიკაციის უეცარი შეწყვეტა ტუბერკულოზით დაავადებული პატიმრისთვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების სერიოზული მიზეზიც შეიძლება გამხდარიყო. მოქმედი კანონმდებლობით არ არის განსაზღვრული ოპიოიდებზე დამოკიდებულების მქონე პატიმრის მკურნალობის წესი, რომელიც სხვა ქრონიკული თუ თანმხლები დაავადებების მკურნალობას საჭიროებს მეთადონით მკურნალობასთან ერთად. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მსგავსი შემთხვევებიც იქნას მიღებული მხედველობაში და ოპიოიდებზე დამოკიდებულებასთან ერთად თანმხლები დაავადებების მართვის საკითხი სათანადოდ იქნას განვიხილო მოქმედ საკანონმდებლო აქტებსა თუ ბრძანებებში, რაც უზრუნველყოფს მკურნალობის უწყვეტობის და ხელმისაწვდომობის პრინციპების დაცვას.

გათავისუფლებისწინა და გათავისუფლების შემდგომი ზიანის შემცირების და ზრუნვის პროგრამების ხელშეწყობა. გათავისუფლებისთვის მომზადება (ე.წ. გარდამავალი მენეჯმენტი) იწყება ჯერ კიდევ პატიმრობის პერიოდში, გათავისუფლებამდე და გრძელდება ციხიდან გათავისუფლების შემდეგაც. საქართველოში არ ფუნქციონირებს გარდამავალი მენეჯმენტი, თუმცა საერთაშორისო პრაქტიკა აჩვენებს, რომ ასეთი პროგრამების არ არსებობა სართხეს უქმნის ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პირს ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ, მოსალოდნელი რეციდივის და ზედოზირების მაღალი რისკის გამო. ამ კუთხით მნიშვნელოვანია მჭიდრო კომუნიკაცია პრობაციის ეროვნულ სააგენტოსთან, დანაშაულის პრევენციის ცენტრთან და სხვა სამთავრობო, თუ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, ვისაც შესაძლოა ჰქონდეს შესაძლებლობა უკვე გათავისუფლებულ პატიმრებს შესათავაზოს სხვადასხვა სახის პროგრამები.

შესავალი

კონტექსტი და პრობლემა

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია (ოჩთ) ოპიოიდებზე დამოკიდებულების მკურნალობის ყველაზე ეფექტური მიდგომაა. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამები ეფექტური საშუალებაა, რომ მნიშვნელოვნად შემცირდეს არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარება, აივ-თან დაკავშირებული სარისკო ქცევები, ღოზის გადაჭარბებისგან გამონწეული სიკვდილი, კრიმინალური აქტივობები, ფინანსური და სხვა სახის სტრესი, რომლის წინაშეც დგებიან ნარკოტიკის მოხმარებლები და მათი ოჯახები. გარდა ამისა, ოჩთ-ის პროგრამები მოიზიდავს ნარკოტიკის ინექციურ მოხმარებლებს, რომლებსაც სხვაგვარად არასოდეს ექნებოდათ კონტაქტი სამკურნალო დაწესებულებებთან, რაც ამ პროგრამებს სძენს კარიბჭის ფუნქციას ჯანდაცვის, აივ-ის ტესტირების, ანტირეტროვირუსული თერაპიის, ტუბერკულოზის, C ჰეპატიტის და სხვა ინფექციების სამკურნალო სერვისებში ჩართვის კუთხით. ოჩთ პროგრამები მხარდაჭერილია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო), გაეროს აივ/შიდსის გაერთიანებული პროგრამის და გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ოფისის მიერ (WHO, UNODC, & UNAIDS, 2012). მეთადონი და ბუპრენორფინი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი მედიკამენტების სიაშია შეტანილი ჯანმოს მიერ. თუმცა ეჭვები/შითები ოჩთ-ს შესახებ კვლავ გავრცელებულია განვითარებად ქვეყნებში და დეტოქსიკაცია ხშირად ერთადერთ ლეგიტიმურ მკურნალობის მეთოდად მიიჩნევა, რითაც წამალდამოკიდებულ ადამიანებს ეზღუდებათ შესაძლებლობა მიიღონ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი მკურნალობა.

პირველი ოჩთ პროგრამა საქართველოში 2005 წლის ბოლოს ამოქმედდა შიდსთან, მალარიასთან და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდის მხარდაჭერით. მას შემდეგ მკურნალობის ეს მიდგომა სწრაფი ტემპით ვითარდება. 2017 წლის 1 ივლისიდან გლობალური ფონდის ოჩთ პროგრამა გადავიდა მთლიანად სახელმწიფო დაფინანსებაზე; სერვისები გახდა სრულად უფასო და ბენეფიციარებს აღარ უწევთ თანაგადახდა, რამაც მნიშვნელოვნად გაზარდა ქვეყანაში ოჩთ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა. ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა იმ ადამიანების რაოდენობა, ვინც ოჩთ პროგრამებში ჩაერთო. 2018 წლის მონაცემებით, ოჩთ-ში ჩართული იყო 12,179 ადამიანი, მათ შორის 763 ადამიანმა სერვისი მიიღო პენიტენციურ სისტემაში (Beselia et al., 2019). მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში ზიანის შემცირების სფერო ვითარდება და სამოქალაქო სექტორში ხელმისაწვდომობა ოჩთ-ზე იზრდება, პენიტენციურ სისტემაში მსგავს სერვისებზე წვდომა პატიმრებისთვის კვლავ შეზღუდული რჩება. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ნარკოტიკის მოხმარებლებისათვის ოჩთ პროგრამებზე წვდომა გაცილებით დაბალია, ვიდრე მის გარეთ. რადგან პატიმრები გაცილებით მონყვლადი არიან ნარკოტიკის მოხმარებასთან დაკავშირებული ზიანის მიმართ და ნარკოტიკის მოხმარების პატერნები გაცილებით სახიფათოა ციხეში, ვიდრე მის გარეთ (მაგ., საზიარო საინექციო აღჭურვილობის გამოყენება), აუცილებელია, მათ ჰქონდეთ, სულ მცირე, თანაბარი უფლება, რომ ოჩთ პროგრამებზე ისეთივე წვდომა მიეცეთ, როგორც ექნებოდათ ციხის გარეთ. საქართველოში დღეისათვის მეთადონით მხარდაჭერილი დეტოქსიკაციის თერაპია ხელმისაწვდომია პენიტენციური სისტემის ორ მიმღებ დაწესებულებაში - თბილისის N8 და ქუთაისის N2 დაწესებულებებში და წარმოადგენს ახლად შემოსული პატიმრებისთვის დეტოქსიკაციის კურსს (Beselia et al., 2019), რაც უზღუდავს პატიმრებს უფლებას, რომ ჰქონდეთ გაცილებით ეფექტური უწყვეტი მკურნალობის შესაძლებლობა. ის პატიმრები, ვინც დაპატიმრებამდე გადიოდა მკურნალობას ჩანაცვლებით პროგრამაში, საკუთარი სურვილის საწინააღმდეგოდ იძულებული არიან, შეწყვიტონ მკურნალობა. გაერო-ს მონაცემების თანახმად,

ციხიდან გათავისუფლებულ პატიმართა 90%-მდე უბრუნდება ნარკოტიკის მოხმარებას, თუ მათ ციხის პირობებში არ მიუწვდებოდათ ხელი ეფექტურ მკურნალობაზე (UNODC, 2003). ასევე, პატიმრებში, რომლებიც ციხეში ვერ იღებენ ადეკვატურ მკურნალობას, გათავისუფლების შემდეგ მნიშვნელოვნად იზრდება ზედღობის შემთხვევები (Merrall et al., 2010). ციხიდან გამოსვლის შემდეგ ნარკოტიკებით გამოწვეული სიკვდილი დაკავშირებულია ოპიოიდებისადმი შეცვლილ ტოლერანტობასთან. ამ მიზეზით, ციხიდან გათავისუფლების შემდგომ 2 კვირის განმავლობაში 12-ჯერ მეტი ალბათობაა იმის, რომ გარდაიცვალოს ყოფილი პატიმარი, ვიდრე ზოგადი პოპულაციის წარმომადგენელი. ასეთ კვირებში დამდგარი სიკვდილის შემთხვევების 90% გამოწვეულია ნარკოტიკის მოხმარებით (UNODC/WHO, 2013). საერთაშორისო გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ციხიდან გათავისუფლებიდან 12-თვიან პერიოდში, ჰეროინის მომხმარებლების 58%, რომლებიც ციხეში არ იყვნენ ჩართული ორთ პროგრამებში, კვლავ დააპატიმრეს (EMCDDA, 2015).

კვლევის მიზანი და ამოცანები

პატიმრების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა ორთ სერვისზე ადამიანის უფლებების დაცვის კუთხით კრიტიკულად მნიშვნელოვანი გამოწვევაა. საერთაშორისო სტანდარტების თანახმად, პატიმრებს პენიტენციურ სისტემაში ყოფნისას უნარჩუნდებათ უფლება, მიიღონ მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის სერვისი, რაც მოიცავს შეუზღუდავ ხელმისაწვდომობას ჯანდაცვის პრევენციულ და ზიანის შემცირების პროგრამებზე. პატიმრების ჯანმრთელობისა და პატიმართა უფლებების შესახებ ფართოდ მიღებული ისეთი მინიმალური სტანდარტები და სახელმძღვანელო პრინციპები, როგორცაა „გაეროს ძირითადი სტანდარტები პატიმართა მკურნალობისთვის“, მოუწოდებს ქვეყნებს, რომ ზიანის შემცირების სერვისებზე პატიმართა წვდომის შეზღუდვა ადამიანის უფლებების კანონების უხეში დარღვევაა. უკანასკნელ წლებში, ევროკავშირის ნარკოსტრატეგიის ერთ-ერთ პრიორიტეტად დაისახა პენიტენციურ სისტემაში ზიანის შემცირების დაფარვისა და ხელმისაწვდომობის გაზრდა (Council of the European Union, 2012).

მიუხედავად იმისა, რომ ორთ-ს დაფარვა სამოქალაქო სექტორში იზრდება, სასჯელსრულების სისტემაში ამ მკურნალობის ხელმისაწვდომობა მკაცრად შეზღუდულია - იგი ხელმისაწვდომია მხოლოდ ორ საპატიმრო დაწესებულებაში (Beselia et al., 2019) და შეთავაზებულია მხოლოდ დეტოქსიკაციური კურსის სახით, რომელიც მაქსიმუმ 3-5 თვე გრძელდება. შედეგად, ის პატიმრებიც, ვინც დაპატიმრებამდე ჩართული იყვნენ ამ სასიცოცხლო მნიშვნელობის მკურნალობაში, იძულებულები არიან მედიკამენტის დოზის სწრაფი კლების რეჟიმში შეწყვიტონ მკურნალობა. გაეროს მონაცემებით, ასეთი პატიმრების უმეტესობა გათავისუფლების შემდეგ უბრუნდება ნარკოტიკების მოხმარებას, ვინაიდან მკურნალობის კურსი ნაადრევად შეწყდა. შესაბამისად კვლევის მიზანს წარმოადგენს, შეისწავლოს ბარიერები, რომელიც არსებობს პენიტენციურ სისტემაში ორთ-ის სრულფასოვნად დანერგვისთვის პენიტენციურ სისტემაში ოპიოიდებით დეტოქსიკაციის პროგრამის ყოფილი ბენეფიციარების გამოცდილებისა და დარგში მომუშავე სპეციალისტების საექსპერტო მოსაზრებების შესწავლის გზით. ასევე, გაანალიზდეს საერთაშორისო სტანდარტები და რეკომენდაციები, საქართველოს მარეგულირებელი ჩარჩო და მათი ანალიზის საფუძველზე ჩამოყალიბდეს რეკომენდაციები პენიტენციურ სისტემაში გრძელვადიანი ორთ მკურნალობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

მეთოდოლოგია

კვლევის დიზაინი

სამაგიდე მიმოხილვისა და თვისებრივი კვლევის გამოყენებით შევისწავლეთ პენიტენციურ სისტემაში ოპოიდიური ჩანაცვლებითი მკურნალობის მინოდების ბარიერები. სამაგიდე მიმოხილვის ფარგლებში ჩატარდა საერთაშორისო გაიდლაინების და საქართველოში მოქმედი მარეგულირებელი დოკუმენტების შესწავლა. თვისებრივი მიდგომის ფარგლებში ჩატარდა დისკუსიები ფოკუს-ჯგუფებში და ინდივიდუალური, ჩაღრმავებული ინტერვიუები: თბილისში, თელავში, ბათუმში, ზუგდიდსა და ქუთაისში (45 რესპონდენტი), საიდანაც:

- ნარკოტიკების მოხმარებლებთან, რომლებსაც აქვთ ციხეში ორთ დეტოქსიკაციის გამოცდილება და კვლევის მომენტისთვის არიან ჩართული სამოქალაქო ორთ მკურნალობაში, ჩატარდა 2 ფოკუსირებული დისკუსია (თბილისსა და ბათუმში) და მონაწილეობა მიიღო 10-მა მონაწილემ და ჩატარდა 12 ინდივიდუალური ინტერვიუ;
- ჩატარდა ინდივიდუალური-ჩაღრმავებული ინტერვიუები ნარკოტიკების მოხმარებლებთან, რომლებსაც აქვთ ციხეში ორთ დეტოქსიკაციის გამოცდილება და კვლევის მომენტისთვის არ არიან ჩართული ორთ მკურნალობაში, მაგრამ განაგრძობენ ნარკოტიკების მოხმარებას (თბილისში, ზუგდიდში, ქუთაისში, ბათუმსა და თელავში; სულ 6 მონაწილე);
- ინდივიდუალური-ჩაღრმავებული ინტერვიუები სამოქალაქო სექტორის ორთ (ბუპრენორფინის და მეთადონის) ცენტრების ხელმძღვანელებთან და ნარკოლოგებთან (თბილისში, ზუგდიდში, ქუთაისში, ბათუმსა და თელავში), დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლებთან და ციხის მეთადონით დეტოქსიკაციური მკურნალობის მოქმედ და ყოფილ მედპერსონალთან (სულ 17 ინტერვიუ);

ასევე დაგეგმილი გვქონდა ინდივიდუალური ინტერვიუების ჩატარება ციხის ჯანდაცვის სამსახურის ხელმძღვანელობასთან, პრობაციის სამსახურის სამედიცინო და სოციალური სამსახურის პერსონალთან, მაგრამ, მიუხედავად ორჯერ წერილობითი მიმართვისა, იუსტიციის მინისტრისგან ვერ მივიღეთ კვლევაში მონაწილეობაზე ინსტიტუციური თანხმობა.

კვლევაში პოტენციურ მონაწილეთა მოზიდვა განხორციელდა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის მხარდაჭერით, კონსულტაციისა და საინფორმაციო ცენტრ ურანტის და ზიანის შემცირების ცენტრების (იმედი, ქსენონი, ნაბიჯი მომავლისკენ) დახმარებით. ფოკუსირებული დისკუსიები საშუალოდ 1 საათს გავრძელდა, ხოლო ინდივიდუალური ინტერვიუები - 20-30 წუთი. განხორციელდა დისკუსიების და ინდივიდუალური ინტერვიუების აუდიო ჩანერა შემდგომი ტრანსკრიფციის მიზნით.

კვლევის ეთიკის საკითხები

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის, მეცნიერებისა და ხელოვნების ფაკულტეტის კვლევის ეთიკის საბჭოს მიერ შეფასდა კვლევაში მონაწილეთა კონფიდენციალურობის და პირადი ინფორმაციის დაცვის ხარისხი და გაიცა კვლევის ჩატარების ნებართვა. კვლევაში მონაწილეებს

ინტერვიუები აცნობდნენ კვლევის მიზნებს და კონფიდენციალურობის საკითხებს. კვლევაში მონაწილეობის სურვილს თითოეული მონაწილე ინფორმირებულ თანხმობაზე ნებაყოფლობით ხელმოწერით ადასტურებდა და მხოლოდ შემდეგ ტარდებოდა ინტერვიუ. ორმა რესპონდენტმა განაცხადა უარი აუდიო ჩანწერაზე, ამიტომ ინტერვიუებისას მოხდა ჩანაწერებით ტრანსკრიპტის შედგენა. ყველა ინტერვიუ თუ ფოკუსირებული დისკუსია ტარდებოდა ცალკე, იზოლირებულ ოთახში, სადაც ინტერვიუების გარდა სხვა პარალელური აქტივობა არ მიმდინარეობდა, რითაც იქმნებოდა კონფიდენციალური და მყუდრო გარემო რესპონდენტებისთვის. კვლევაში მონაწილე ნარკოტიკების მომხმარებლების და ოჩთ-ში ჩართული ბენეფიციარებისთვის გათვალისწინებული იყო დახარჯული დროის და მგზავრობის თანხების კომპენსაცია 20 ლარის ოდენობით. ასევე გათვალისწინებული იქნა მსგავსი კომპენსაცია იმ პირებისთვის, ვინც დაგვეხმარა პოტენციური რესპონდენტების მოზიდვაში. რესპონდენტი მედპერსონალის მიერ კვლევაში მონაწილეობაზე დახარჯული დროის საკომპენსაციოდ გათვალისწინებული იყო მცირე სამახსოვრო საჩუქრები.

თვისებრივი მონაცემების ანალიზი

აუდიო ჩანაწერის ტრანსკრიპტები, მომზადებული ტექსტური მასალა, გაანალიზდა თვისებრივი მონაცემების ანალიზისთვის მოწოდებული პროგრამით Nvivo.10 (<https://www.qsrinternational.com/nvivo/nvivo-products>) გამოყენებულ იქნა თემატური და კონტენტ-ანალიზი ინტუქციური მიდგომით. რისთვისაც შემუშავდა კოდირების სქემა კვლევისთვის სიანტერესო თემებზე და გამოყენებულ იქნა ტექსტური მასალის ღია (აქსიალური) კოდირება. ღია კოდირების მიდგომით პირველად იერარქიულ კრებულს დაემატა კოდირების პროცესში აღმოცენებული ახალ-ახალი თემების შესაბამისი კოდები, რამაც კოდირების პროცესის გაუმჯობესებას შეუწყო ხელი. გაკეთდა წყაროთა (ტრანსკრიპტების) და სიტყვათა კოდირების რაოდენობრივი შეფასება და მონაცემთა ვიზუალიზაციისთვის კლასტერიზაციის და კოდირების მატრიცათა შედარებითი ანალიზი.

ოთხი დამოუკიდებელი შემფასებლის მიერ შედგა ჯამში 93 იერარქიული კოდი, რომლითაც მოხდა 35 ტრანსკრიპტის კოდირება, რაც თავისთავად მოიცავს 45 რესპონდენტის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას. თითოეული შექმნილი კოდი ერთ ტრანსკრიპტში საშუალოდ 5-ჯერ (მინიმუმ ერთხელ, მაქსიმუმ 12-ჯერ) იქნა გამოყენებული. თითოეული ტრანსკრიპტი კოდირებულ იქნა საშუალოდ 14 სხვადასხვა კოდით (მინიმუმ 6 და მაქსიმუმ 24 კოდით) საშუალოდ 28-ჯერ (მინიმუმ 9 და მაქსიმუმ 77-ჯერ). სულ 93 იერარქიული კოდი გამოყენებულ იქნა 871-ჯერ. ყველაზე ხშირად კოდირებული იყო ინფორმაცია ციხეში ოჩთ-ს გამოცდილება (ხანგრძლივობა, ჩართვის პროცედურები, დოკუმენტაცია და ა.შ.), ციხიდან გათავისუფლების შემდგომ სამოქალაქო ოჩთ-ში დაბრუნების ან პირიქით, სამოქალაქო სექტორიდან ციხეში ტრანსფერის ინფორმაცია. ტრანსკრიპტების კლასტერული ანალიზი კოდირების მსგავსებაზე მიუთითებს, კერძოდ კი, თემატურად მსგავსი რესპონდენტების ინფორმაცია მსგავსად იქნა კოდირებული.

თვისებრივი კვლევის შეზღუდვა

თვისებრივი და მცირემასშტაბიანი კვლევა შესაძლებელია სრულად არ ასახავდეს საქართველოს მასშტაბით არსებულ სიტუაციას და მიღებული შედეგების განზოგადებისგან შეზღუდულები ვართ. თუმცა 45 პირისგან 5 სხვადასხვა ქალაქიდან მიღებული ინფორმაცია შესაძლოა, აღწერდეს ჩვენს მიერ შესწავლილ ქალაქებში არსებულ ზოგად ტენდენციებს ოჩთ-თან

მიმართებაში. აღსანიშნავია, რომ ნარკოტიკების მოხმარება სენსიტიური თემაა და შესაძლებელია, რესპონდენტებს არ მოეწოდებინათ სრული ინფორმაცია. თუმცა, კვლევა ტარდებოდა მონაწილეებისათვის კომფორტულ გარემოში და რიგ შემთხვევაში, მათი მოთხოვნის საფუძველზე, ჯგუფური დისკუსიის ნაცვლად ტარდებოდა ინდივიდუალური ჩაღრმავებელი ინტერვიუები, კონფიდენციალურობის სრული დაცვით.

სამაგიდე მიმოხილვის შედეგები

წამალდამოკიდებულების მკურნალობა სასჯელალსრულების სისტემაში

ნარკოტიკების მოხმარება და ციხის პოპულაცია

2018 წლის ნარკოტიკებზე მსოფლიო ანგარიშის მიხედვით, ზრდასრული მოსახლეობის დაახლოებით 5%-ს სულ მცირე ერთხელ მაინც მოუხმარია ნარკოტიკული საშუალება 2017 წელს. მათგან ყოველი მეათე არის წამალდამოკიდებული და ესაჭიროება მკურნალობა (UNODC, 2018b). ნარკოტიკების მოხმარება, მათ შორის პრობლემური მოხმარება, შედარებით გავრცელებულია იმ პოპულაციაში, რომელიც სასჯელალსრულების სისტემაში ხვდება. ევროკავშირში პატიმართა დაახლოებით ნახევარს ცხოვრების გარკვეულ ეტაპზე მოუხმარია არალეგალური ნარკოტიკული საშუალება (Zurhold, Haasen, & Stöver, 2005). ევროპის 17 ქვეყანაში, რომელთაც ციხეებში ნარკოტიკის მოხმარების შესახებ მონაცემები გამოაქვეყნეს, დაპატიმრებამდე ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ნებისმიერი სახის არალეგალური ნარკოტიკის მოხმარების გამოცდილების მქონე პატიმართა წილი შეადგენს 16%-ს რუმინეთში და 79%-ს ინგლისში, უელსსა და ნიდერლანდებში. ამ დიაპაზონში შედის 9 ქვეყანა, სადაც ნარკოტიკის მოხმარების დონე 50%-ს აღარაღწევს (EMCDDA, 2012). საერთაშორისო კვლევების სისტემატური მიმოხილვები, რომელშიც დომინანტური ადგილი აშშ-ში ჩატარებულ კვლევებს უკავია, აჩვენებს, რომ კაცების 10–48% და ქალების 30–60% ციხეში მოხვედრის წინა თვეში იყვნენ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულები ან მოიხმარდნენ არალეგალურ ნარკოტიკს (Fazel, Bains, & Doll, 2006). პატიმრებზე კვლევების ერთ-ერთი საერთაშორისო მიმოხილვის თანახმად, დაკავებულთა 25–50%-ს კლინიკური შეფასების შედეგად დაუდგინდა ნარკოტიკთან დაკავშირებული მწვავე პრობლემები, მათ შორის, ხშირად, ოპიოიდებზე დამოკიდებულება (World Health Organisation Regional Office for Europe, 2014).

პატიმრები მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან ზოგადი პოპულაციისგან ჰეროინის მოხმარების გამოცდილების კუთხით. მაშინ, როცა ზოგადი მოსახლეობის 1%-ზე ნაკლებს აქვს ოდესმე მაინც მოხმარებული ჰეროინი (0.3% ევროპისთვის), ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარების პრევალენტობა გაცილებით მაღალია ევროპელ პატიმრებს შორის. ცამეტი ქვეყნიდან, რომლებმაც ინფორმაცია მიაწოდეს მკვლევარებს, 8 ქვეყანაში პატიმრებს შორის ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ჰეროინის მოხმარების პრევალენტობა მერყეობდა 15% - 39% შორის (EMCDDA, 2012). ცხოვრების მანძილზე ნარკოტიკის ინექციურად მოხმარების პრევალენტობა არსებითად მაღალია პატიმართა შორის, ვიდრე ზოგად მოსახლეობაში. უკრაინაში პატიმრების მიერ დაპატიმრებამდე ნარკოტიკის ინექციური მოხმარება მერყეობს 37% - 47% შორის (Boci et al., 2017). ევროპის ქვეყნებში პატიმართა 2%-დან 38%-ს დაპატიმრებამდე ოდესმე მაინც მოუხმარია ინექციურად ჰეროინი ან სხვა ნარკოტიკი.

წამლადამოკიდებულების მექანიზმები, ანუ რატომ არ იწვევს სასჯელი ნარკოტიკების მოხმარების შემცირებას?

წამლადამოკიდებულება წარმოადგენს ტვინის დაავადებას, რომელიც გავლენას ახდენს ქცევაზე. წამლადამოკიდებულებას აქვს კოგნიტური, ქცევითი და ფიზიოლოგიური მახასიათებლები, რომელსაც წვლილი შეაქვს ნარკოტიკის მოხმარების გაგრძელებაში, მიუხედავად მისი საზიანო შედეგებისა. მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ ნარკოტიკის ქრონიკულად მოხმარება ცვლის ტვინის ანატომიას და ქიმიას და ეს ცვლილებები გრძელდება თვეები ან წლები მას შემდეგ, რაც ადამიანი შეწყვეტს ნარკოტიკის მოხმარებას. ეს ცვლილება შესაძლოა, დაგვეხმაროს, რომ ავხსნათ, თუ რატომ არის წამლადამოკიდებული ადამიანი რეციდივის მაღალი რისკის წინაშე (National Institute on Drug Abuse, 2014; UNODC, 2018a).

რატომ არ აჩერებს სასჯელი ნარკოტიკის მოხმარებას? ტვინის ანატომიასა და ქიმიამი მომხდარი ცვლილებები ხსნის, თუ რატომ არ წყვეტენ წამლადამოკიდებული პირები მოხმარებას მაშინაც კი, როცა სერიოზული სამართლებრივი პრობლემების წინაშე დგანან. ისინი, ვინც წამლადამოკიდებულები არ არიან (რეკრეაციული მომხმარებლები) და აქვთ უნარი, რომ არეგულირონ ნარკოტიკის მოხმარება, არ არიან სენსიტიურები მკაცრი ნარკოკონტროლის ზომების მიმართ. რეალობაში, პოლიციის მიერ გამოვლენის რისკი საკმაოდ დაბალია და გამოვლენის მაჩვენებლის გაუმჯობესება არარეალისტურად ძვირი დაჯდება (UK Drug Policy Commission, 2012). აშშ-ში კანაფის მომხმარებლებს 3000-მომხმარებლის ეპიდოლიდან 1 შემთხვევაში აქვთ მცირე ალბათობა, რომ დააპატიმრონ კანაფის მოხმარებისთვის (Reuter et al., 2009). თუკი იმავე მიდგომით, ვიხელმძღვანელებთ, საქართველოს შემთხვევაში, რომელსაც ჰყავს სავარაუდოდ ნარკოტიკების 52,000 ინექციური მომხმარებელი, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ დღეში საშუალოდ ერთი ინექცია ხორციელდება; ასევე, თუ ავიღებთ შსს-ს მიერ ჩატარებული შარდის ნარკოტიკზე სწრაფი ტესტის 5,000 დადებით შემთხვევას 2018 წელს, დავადგენთ, რომ საქართველოში ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლისთვის 2,300 მოხმარების ეპიდოლიდან 1 შემთხვევაში არსებობს დაკავების რისკი. უფრო ზუსტად, ეს რისკი კიდევ უფრო დაბალია, რადგან ტესტირების 5,000 დადებითი პასუხი მოიცავს აგრეთვე არაინექციურად მოხმარებულ ნარკოტიკებს, ძირითადად - კანაფს. აშკარაა, რომ ეს ალბათობა არის საკმაოდ დაბალი, რათა მხარი დავეჭიროთ ვარაუდს, რომ დასჯის შიში უბიძგებს ადამიანს, შეწყვიტოს ნარკოტიკის მოხმარება.

რატომ განაგრძობენ მართლმსაჯულებასთან კონტაქტში მყოფი პირები ნარკოტიკების მოხმარებას?

ამ კითხვაზე პასუხი ნეირობიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და გარემო ფაქტორებშია. დამოკიდებულების პოტენციალის მქონე ნარკოტიკის განმეორებითი მოხმარება ცვლის ტვინის ფუნქციონირებას. შედეგად, ტვინში მომხდარი ცვლილებები, რომელთაც თან ახლავს ნებაყოფლობითი მოხმარებიდან კომპულსიურ მოხმარებაზე გადასვლა, გავლენას ახდენს ტვინის ბუნებრივ ინჰიბიციასა და დამაჯილდოვებელ ცენტრებზე და წაახლისებს ნარკოტიკის განმეორებად მოხმარებას მიუხედავად შესაძლო მძიმე ჯანმრთელობის, სოციალური და სამართლებრივი შედეგებისა (Baler & Volkow, 2006; Chandler, Fletcher, & Volkow, 2009; Volkow et al., 2010). ნარკოტიკისადმი ლტოლვა შესაძლოა, გაჩნდეს იმ პირებთან, ადგილებთან და ნივთებთან კონტაქტის შედეგად, რომელიც წინ უსწრებდა ნარკოტიკის მოხმარებას; ასევე, ტრიგერის როლი შესაძლოა, შეასრულოს სტრესმა. სამწუხაროდ, ციხის ბევრ ექიმს, ექთანს და ჯანდაცვის მუშაკს სჯერა, რომ ნარკოტიკების მომხმარებელი პატიმრების განკურნება მოხმარების ძალდატანებითი შეწყვეტითაა შესაძლებელი (World Health Organisation Regional Office for Europe, 2014). **ნარკოტიკისგან იძულებითი თავშეკავება არ არის მკურნალობა და არ კურნავს წამლადამოკიდებულებას.** თავშეკავების პერიოდში მყოფ პირებს, მათ შორის ისეთ ადამიანებს,

ვინც დიდი ხნის განმავლობაში ციხეში ყოფნისას არ მოიხმარენ ნარკოტიკებს, ასევე სჭირდებათ ისწავლონ, როგორ არ მიუბრუნდნენ ნარკოტიკებს ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ.

რატომ უნდა ვუმკურნალოთ პატიმრებს? წამალდამოკიდებულების მკურნალობის დადებითი შედეგები უდავოა. ნარკოტიკების მოხმარებაზე მიმართული მკურნალობა აუმჯობესებს მსჯავრდებული მომხმარებლების ჯანმრთელობას და ქცევას და სასარგებლო ეფექტი აქვს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების მხრივაც. ეფექტური მკურნალობა ამცირებს მომავალში ნარკოტიკების მოხმარებას და ნარკოტიკთან დაკავშირებულ კრიმინალურ ქცევას, შეუძლია გააუმჯობესოს პირის ურთიერთობები ოჯახთან და დასაქმების პერსპექტივა. გარდა ამისა, მკურნალობა ადამიანებს სიცოცხლეს უნარჩუნებს. წამალდამოკიდებულების მქონე 10 პატიმრიდან 9 ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ უბრუნდება მოხმარებას, თუკი მათ ციხეში ყოფნის პერიოდში არ ჩაუტარდათ წამალდამოკიდებულების მკურნალობა (UNODC, 2003). რეტროსპექტული კვლევის მიხედვით, რომელშიც მონაწილეობას იღებდა ვაშინგტონის შტატის 30,000 პატიმარი, გათავისუფლების შემდეგ პირველ 2 კვირაში ყოფილი პატიმრების სიკვდილის რისკი 12-ჯერ უფრო მაღალი იყო სხვა ადამიანებთან შედარებით. ნარკოტიკების დოზის გადაჭარბება სიკვდილის წამყვანი მიზეზი იყო (I. A. Binswanger et al., 2007).

მნიშვნელოვანია! მკურნალობას, რომელიც არასაკმარისი ხარისხისა და ინტენსივობისაა ან საჭიროებებზე არასაკმარისად არის მორგებული, შესაძლოა, არ მიყვავდეთ ნარკოტიკის მოხმარებისა და რეციდივის შემცირებამდე. მკურნალობის გარეშე დარჩენილი ნარკოტიკების მომხმარებელი მსჯავრდებული უფრო მეტად არის რეციდივისა და კრიმინალური ქცევის განმეორებისადმი მონყვლადი, ვიდრე მკურნალობაში ჩართული იმავე გამოცდილების მქონე მსჯავრდებული. ამას შესაძლოა, შედეგად მოჰყვეს ხელახალი დაპატიმრება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების რისკის ქვეშ დაყენება და მართლმსაჯულების სისტემის რესურსების ირაციონალური ხარჯვა. მკურნალობა ყველაზე ეფექტური საშუალებაა მსჯავრდებული ნარკოტიკების მომხმარებლებისათვის ნარკოტიკის მოხმარების/მართლმსაჯულების ციკლის შესაწყვეტად (National Institute on Drug Abuse, 2014).

რატომ არის რეკომენდებული სასჯელის ალტერნატივები?

ნარკოტიკების მოხმარება სხვადასხვაგვარად შეგვიძლია, დავეუკავშიროთ დანაშაულს: (1) ნარკოტიკის ფლობა და მოხმარება ნარკოტიკებთან დაკავშირებული კანონების დარღვევაა; (2) დანაშაულები, მათ შორის ნარკოტიკის მინოდება, შესაძლოა, ჩადენილი იქნას იმისთვის, რომ მოიპოვოს ნარკოტიკი ან სახსრები მისი შეძენისთვის; (3) დანაშაული, შესაძლოა, ჩადენილი იქნას ნარკოტიკული თრობის ქვეშ; (4) ასევე, არსებობს ნარკოტიკით ვაჭრობასთან დაკავშირებული დანაშაულები, მაგალითად, ძალადობა 'ნარკოდილერების' სხვადასხვა ორგანიზებულ ჯგუფებს შორის. ნარკოტიკის მომხმარებლები, უმეტეს შემთხვევაში, ჩადიან პირველი სამი კატეგორიის დანაშაულს. ნარკოდანაშაულის უმრავლესობა ევროკავშირის უმეტეს ქვეყანაში მოდის კანათის მოხმარებასა და ფლობაზე, მაშინ როცა მოხმარების პრობლემური პატერნების მქონე ადამიანებს მეტად ახასიათებთ მართლმსაჯულების სისტემაში მოხვედრა ისეთი დანაშაულების გამო, როგორცაა ძარცვა, ქურდობა, ყაჩაღობა, რომელთა საბოლოო მიზანიც ნარკოტიკის მოხმარებისთვის სახსრების მოძიებაა (EMCDDA, 2012). ეს უკანასკნელი ჯგუფი ხშირად განმეორებითი დანაშაულის ჩამდენები არიან და შესაძლოა, შეადგენდნენ პატიმართა მნიშვნელოვან ნილს. ისინი სერვისების მიმწოდებლებისთვის ძნელად ხელმისაწვდომ ნარკოტიკის პრობლემური მომხმარებლების ჯგუფს წარმოადგენენ. ამრიგად, ამ ჯგუფისთვის დაპატიმრება შესაძლოა, განვიხილოთ, როგორც მკურნალობაში ჩართვის შანსი, რასაც

საბოლოოდ მივეყვართ მათი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ და გათავისუფლების შემდეგ საზოგადოებისთვის რისკების შემცირებისკენ (EMCDDA, 2012).

ნარკოტიკულ საშუალებებზე საერთაშორისო კონვენციები ქვეყნებს არ ავალდებულებს, რომ კონტროლირებული ნარკოტიკების მოხმარების საპასუხოდ დაპატიმრება გამოიყენონ სადამსჯელო ზომად. აღნიშნული კონვენციები აღიარებს, რომ წამალდამოკიდებულ ადამიანებს სჭირდებათ ჯანმრთელობის და სოციალური მხარდაჭერა და შესაძლებლობას იძლევა, გამოყენებულ იქნას დასჯის სანაცვლოდ ალტერნატიული ღონისძიებები, რათა დაეხმარონ მათ ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული პრობლემის მოგვარებაში. მიუხედავად ამისა, ნარკოტიკული საშუალებებით გამოწვეული პრობლემების მქონე დამნაშავეების მნიშვნელოვანი ნაწილი ციხეში ხვდება ნარკოტიკების მოხმარების და ფლობის დანაშაულისათვის. UNODC აღნიშნავს, რომ მსჯავრდებულ პატიმრებს შორის მათი წილი, ვინც ნარკოტიკის პირადი მოხმარების მიზნით არის დაპატიმრებული, გლობალური ციხის პოპულაციის 18% შეადგენს (UNODC, 2016). მაშინ, როდესაც სისხლის სამართლებრივი სანქციები ზოგიერთი ადამიანისათვის ნარკოტიკების მოხმარებისგან შემაკავებელი ფაქტორია, უმეტეს შემთხვევაში, განსაკუთრებით კი მათთვის, ვისაც ნარკოტიკთან დაკავშირებული უფრო მძიმე აშლილობები აქვთ, სისხლის სამართლებრივი სანქციებით მუქარა არ მოქმედებს და დაპატიმრების მაღალ რისკს არ მივეყვართ საზოგადოებაში ნარკოტიკების მოხმარების შემცირებამდე. ამავდროულად, ნარკოტიკით გამოწვეული აშლილობების მქონე პირების დაპატიმრება უარყოფით შედეგებს იწვევს, როგორც ამ პირებისთვის, ასევე მათი ოჯახებისთვის და თემისთვის. დაპატიმრებას შეუძლია, გააუარესოს ნარკოტიკის მოხმარებასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის და სოციალური მდგომარეობა. უფრო და უფრო მეტი ქვეყანა ეძებს გზას, რათა გაზარდოს იმ პირთა რიცხვი, ვინც ნარკოტიკებით გამოწვეული აშლილობების ეფექტურ მკურნალობას იღებს და შეამციროს დაპატიმრებულ ნარკოტიკების მოხმარებელთა რიცხვი.

როდესაც ნარკოტიკებით გამოწვეული აშლილობების მქონე ადამიანს აქვს კონტაქტი მართლმსაჯულების სისტემასთან, მისთვის ეს შესაფერისი მკურნალობის მისაღებად წახალისების შესაძლებლობაა. ეს შეიძლება განხორციელდეს, როგორც მკურნალობაში რეფერირების გზით, ასევე მართლმსაჯულების სისტემასა და ჯანდაცვის სისტემას შორის მჭიდრო თანამშრომლობით, სადაც პიროვნებას შესაძლებლობა ექნება, მიიღოს მკურნალობა. მართლმსაჯულების სისტემის ქმედებები განსხვავდება იმის მიხედვით, პირი ჩაერთვება თუ არა მკურნალობაში, ასევე დამოკიდებულია მართლმსაჯულების სისტემაში მოხვედრის მიზეზზე. ციხის გარემოსთან დაკავშირებული დამატებითი რისკ-ფაქტორებისა და პატიმრობაზე დახარჯული თანხებიდან გამომდინარე, რეკომენდებულია გამოყენებულ იქნას ალტერნატიული ზომები, რომლებიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მართლმსაჯულების სისტემათა პერსპექტივიდან მიზანშეწონილი იქნება. დასჯის სანაცვლოდ განეული მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობა არა მარტო ამცირებს ციხეში ყოფნასთან ასოცირებულ რისკებს, არამედ ამცირებს რეციდივიზმის (განმეორებით დანაშაულის ჩადენა) ღონეს და ნარკოტიკების მოხმარების ღონეს მართლმსაჯულების სისტემასთან კონტაქტში მყოფ ნარკოტიკის მოხმარებლებში (UNODC, 2018a).

რა სახის ალტერნატიული ზომები არსებობს?

არსებობს ბევრი სხვადასხვა სახის ალტერნატივა, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნას დასჯის ნაცვლად მართლმსაჯულების აღსრულების პროცესის სხვადასხვა ეტაპზე დაპატიმრებიდან დაწყებული განაჩენის გამოტანის ჩათვლით. ევროპის კომისიის დაფინანსებით განხორციელებული კვლევის შედეგად RAND Europe-მა აღწერა დასჯის 13 სხვადასხვა სახის

ალტერნატიული ღონისძიება ხელმისაწვდომი ევროკავშირის წევრ 28 ქვეყანაში. ეს სპექტრი მოიცავს ზომებს მარტივი გაფრთხილებიდან ისეთ ღონისძიებებამდე, რომლებიც მოიცავს მკურნალობის რომელიმე ელემენტს. ესენია:

- გაფრთხილება/ზომის მიუღებლობა;
- განრიდება;
- გადარწმუნების კომისია;
- გამოძიების/დევნის დროებით შეწყვეტა მკურნალობის ელემენტებით;
- სასამართლოს წარმოების შეწყვეტა მკურნალობის ელემენტებით;
- სასჯელის შეწყვეტა მკურნალობის ელემენტებით;
- ნარკოსასამართლო (იყენებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომის კონკრეტულ მოდელს, რომლის მიხედვითაც მულტიდისციპლინური გუნდი ერთად მუშაობს წამალდამოკიდებული ადამიანის გრძელვადიანი რემისიისთვის);
- წამალდამოკიდებულების მკურნალობა;
- პრობაცია მკურნალობის ელემენტებით;
- საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომა მკურნალობის ელემენტებით;
- თავისუფლების შეზღუდვა მკურნალობის ელემენტებით;
- გათავისუფლება მკურნალობის ელემენტებით;
- ვადაზე ადრე გათავისუფლება მკურნალობის ელემენტებით.

სასჯელის ალტერნატივები აღიარებულია, როგორც ნარკოტიკისგან გამონწვეული ზიანის შემცირების პოტენციალის მქონე ინსტრუმენტი, რაც მიიღწევა დამნაშავეთა იმ პროგრამებში გადამისამართებით, რომლებიც დაფუძნებულია მათ ნარკოტიკებისგან გამონწვეული პრობლემების მოგვარებაში. ეს უკანასკნელი კი ხშირ შემთხვევაში მათი დანაშაულის გამომწვევი მიზეზია. ასევე, წარმოადგენს შესაძლებლობას, რომ არიდებულ იქნას მსჯავრდებულობისა და დაპატიმრებისგან გამონწვეული დამაზიანებელი ეფექტები და პატიმრობასთან დაკავშირებული ხარჯები (EMCDDA, 2017). სასჯელის ალტერნატივები ხელმისაწვდომია ევროკავშირის წევრ ყველა ქვეყანაში და მოიცავს სულ მცირე ნარკოტიკებზე მიმართული ერთი მკურნალობის არჩევანს (EMCDDA, 2017).

როგორი უნდა იყოს სერვისები ციხეებში?

თანაბარი და უწყვეტი ზრუნვის პრინციპი. ციხეებში ჯანდაცვითი ინტერვენციების ორი მნიშვნელოვანი პრინციპია დასაცავი: თანაბარი წვდომა და თანაბარი ზრუნვა.

თანაბარი წვდომა - ყველა სერვისი, რომელიც არსებობს სამოქალაქო სექტორში, ხელმისაწვდომია ციხეში და სამოქალაქო სექტორსა და ციხეებში სერვისებს შორის უწყვეტობა უზრუნველყოფილია. ეს გულისხმობს, რომ საჭიროა, ციხეებში მიწოდებული იყოს ყველა შესაბამისი პრევენციული, ზიანის შემცირების და მკურნალობის სერვისები; განსაკუთრებული ყურადღება კი უნდა მიექცეს სერვისების მიწოდებას ციხეში მიღებისა და ციხიდან გათავისუფლების პროცესში (EMCDDA, 2017).

თანაბარი ზრუნვის პრინციპი ავალდებულებს ციხის ჯანდაცვით სერვისებს, რომ უზრუნველყონ პატიმრები იმავე ხარისხის ზრუნვით, რაც შეთავაზებულია იმავე ქვეყნის ზოგადი მოსახლეობისათვის ზიანის შემცირების ინტერვენციების, როგორცაა შპრიცებისა და ნემსების პროგრამა, წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისების ჩათვლით. იმისათვის, რომ პატიმრებს მაღალი ხარისხის მკურნალობა და მზრუნველობითი სერვისები მიეწოდებოდეთ, დაძლეული უნდა იყოს საკანონმდებლო თუ სტრუქტურული ბარიერები.

სამოქალაქო სექტორისა და ციხის სერვისებს შორის ზრუნვის უწყვეტობა მოიცავს, როგორც ციხეში შესვლის, ასევე, გათავისუფლების შემდგომ წამალდამოკიდებულების

მკურნალობის, ასევე, ნებისმიერი სახის ჯანდაცვითი ზრუნვის სერვისებს. ევროპის ბევრ ქვეყანას აქვს პარტნიორობა ციხის ჯანდაცვის სერვისებსა და ამ სერვისების მიწოდებელთა შორის იმისათვის, რომ ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობის შესახებ განათლებისა და სამკურნალო ინტერვენციების დანერგვას ციხეებში, საპატიმროში მიღების და საპატიმროდან გამოსვლის პერიოდის ჩათვლით. ზემოთ აღნიშნული მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად საჭიროა, ციხეში მიღების პროცესი მოიცავდეს მკურნალობის მაღალი საჭიროების მქონე პირების იდენტიფიცირებას და მათი საჭიროებების ზუსტ შეფასებას, რათა მკურნალობა თანხვედრაში იყოს ინდივიდუალურ საჭიროებებთან. მკურნალობის უწყვეტობა, ანუ მკურნალობა, რომელიც მიწოდებულია საპატიმროში და გრძელდება გათავისუფლების შემდგომაც, ამცირებს კრიმინალური ქცევის განმეორების და ნარკოტიკების მოხმარების რეციდივის რისკს. ციხიდან გათავისუფლების შემდგომი სტრესი ხშირად არის რეციდივის ხელისშემწყობი ფაქტორი და პატიმრებს, რომლებიც ხელახლა უბრუნდებიან სამოქალაქო საზოგადოებას, უხდებათ ბევრ სტრესორთან და გამონვევასთან შეჯახება, მათ შორის, ოჯახის წევრებთან სოციალიზაცია, საცხოვრებლით უზრუნველყოფა, მართლმსაჯულების მიერ დაკისრებული მოთხოვნების დაკმაყოფილება (I. A. Binswanger et al., 2011). მრავალი ყოველდღიური გადანყვეტილებებიც კი, რომლის გადალახვა ბევრ ადამიანს უხდება ჩვეულებისამებრ, მაღალკონტროლირებადი გარემოდან გამოსული ადამიანისთვის გაცილებით სტრესულია. გამოჯანმრთელების სხვა დამაბრკოლებელ ფაქტორებს შორისაა მეგობრებისა და ოჯახის მხარდაჭერის კარგვა, რომელიც შესაძლოა გამოსცადოს დაპატიმრებულმა ადამიანმა. საზოგადოებაში დაბრუნებულ ნარკოტიკების მომხმარებლებს შესაძლოა მოუწიოთ, შეხვდნენ ისეთ ადამიანებს, ვინც კვლავ მოიხმარს ნარკოტიკს ან დანაშაულშია ჩაბმული, რამაც შეიძლება ხელი შეუწყოს, კვლავ დაუბრუნდეს კრიმინალურ საქმიანობას და ნარკოტიკების მოხმარებას. ასეთ გარემოში დაბრუნება შესაძლოა, ტრიგერი იყოს ნარკოტიკისადმი ძლიერი ლტოლვის და საბოლოო რეციდივის. მკურნალობისა და მართლმსაჯულების პერსონალის კოორდინირებული მიდგომა საუკეთესო გზაა ამის თავიდან ასაცილებლად. ყველა შემთხვევაში, ისეთი უნარების გამომუშავება, რაც მათ დაეხმარება, თავიდან აირიდონ ან გაუმკლავდნენ რეციდივის განმაპირობებელ სიტუაციებს, აუცილებელია. შესაბამისად, პატიმრები უნდა იყვნენ ყურადღების ქვეშ ციხიდან გამოსვლის შემდგომ პერიოდში, რადგან ისინი თემში დაბრუნებისას მონყვლადები არიან. ასეთ დროს ძალიან დიდი რისკია ზედოზირების, ხშირად ჰეროინის მოხმარების შემდეგ, რომლის მიზეზიც ოპიოიდებზე შემცირებული ტოლერანტობაა (I. Binswanger et al., 2012; Ingrid A. Binswanger et al., 2007; EMCDDA, 2011). ავსტრალიაში, ევროპაში და აშშ-ში ჩატარებული მიმოხილვების მიხედვით, ციხიდან გამოსვლის შემდგომ 10 სიკვდილის შემთხვევიდან 6 სიკვდილი უკავშირდებოდა ნარკოტიკებს. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ ციხიდან გათავისუფლებიდან პირველ ორ კვირაში ნარკოტიკით გამონვეული სიკვდილის რისკი გაზრდილია და რისკი იზრდება, სულ მცირე, მეოთხე კვირამდე (Merrall et al., 2010). დიდ ბრიტანეთში ჩატარებული კვლევა (ინგლისი და უელსი) ასევე აჩვენებს, რომ 10 სიკვდილიდან 6 შემთხვევაში გამომწვევი მიზეზი ნარკოტიკები იყო და რისკი განსაკუთრებით მაღალია ციხიდან გათავისუფლების პირველ და მეორე კვირებში (Farrell & Marsden, 2008). ირლანდიაში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, 1998 და 2005 წლებში ნარკოტიკის მომხმარებლებმა ციხიდან გამოსვლის შემდეგ სიკვდილის მაღალი რისკი აჩვენეს: 105 შემთხვევიდან 25%-ში სიკვდილი დაფიქსირდა პირველ კვირაში, ხოლო 18%- პირველი კვირის შემდეგ, თუმცა იმავე თვეში (Lyons, Walsh, Lynn, & Long, 2010).

რა სამკურნალო და სხვა ჯანდაცვითი სერვისები უნდა იყოს მიწოდებული სასჯელადსრულების სისტემაში მყოფი წამალდამოკიდებული პირებისათვის? ზოგადად, წამალდამოკიდებულების სერვისები ციხეებში შესაძლოა დაიყოს შემდეგ კატეგორიებად: შეფასება, პრევენცია, კონსულტირება, აბსტინენციაზე ორიენტირებული და მედიკამენტით

(მეთადონით ან ბუპრენორფინით) მხარდამჭერი მკურნალობა, თვითდახმარების ჯგუფები და თანასწორთა მიერ მართული ინტერვენციები, ზიანის შემცირება, გათავისუფლებამდე და გათავისუფლების შემდგომი ზრუნვის პროგრამები (UNODC, 2008). მნიშვნელოვანია იმის გააზრება, რომ წამალდამოკიდებულება (ოპიატებზე, კოკაინზე, თამბაქოზე, ალკოჰოლზე თუ სხვა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებაზე) არ არის კრიმინალური ან ჰედონისტური ქცევა, არამედ ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება რეციდივის და სტაბილიზაციის მცდელობების ხანგრძლივი პროცესით, რომელიც, შესაბამისად, უწყვეტ ზრუნვასა და მხარდამჭერ მიდგომებს მოითხოვს.

წამალდამოკიდებულების მკურნალობა უნდა ხდებოდეს სხვა ქრონიკული დაავადებების მკურნალობის მსგავსად, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის დაგეგმარების ჩათვლით. მკურნალობის დაგეგმარების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზანია, წამალდამოკიდებულების მკურნალობის თითოეულ საფეხურზე მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინტერვენციები ერგებოდეს ინდივიდუალურ საჭიროებებს. ცხადია, რომ წამალდამოკიდებულების მკურნალობის არცერთი სერვისი და ინტერვენციული სტრატეგია არ იქმნება და ვითარდება ცალკე (იზოლაციაში მყოფი), არამედ დაკავშირებულია სხვა რელევანტურ ინიციატივებთან და სტრატეგიებთან. მნიშვნელოვანია, რომ ციხის ნარკოსტრატეგია იყოს ეროვნული ნარკოსტრატეგიის ნაწილი (World Health Organisation Regional Office for Europe, 2005).

რამდენი ხანი უნდა გრძელდებოდეს წამალდამოკიდებულების მკურნალობა სასჯელაღსრულების სისტემაში მყოფი პირებისათვის? წამალდამოკიდებულების მკურნალობასთან დაკავშირებით ჩატარებული კვლევების ყველა სანდო მონაცემის მიხედვით, კრიმინალური აქტივობისა და ნარკოტიკების მოხმარების შემცირება დაკავშირებულია მკურნალობის ხანგრძლივობასთან (National Institute on Drug Abuse, 2014). კვლევების მიხედვით, მკურნალობა, რომელიც მიწოდებულია საპატიმროში და გრძელდება გათავისუფლების შემდგომაც, ამცირებს კრიმინალური ქცევის განმეორების და ნარკოტიკების მოხმარების რეციდივის რისკს.

სასჯელაღსრულების სისტემაში წამალდამოკიდებულების მკურნალობის საერთაშორისო სტანდარტები და ვალდებულებები

ციხეში ოპიოიდებზე დამოკიდებულების მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის საჭიროება საერთაშორისოდ აღიარებულ იქნა რამდენიმე ათეული წლის წინ. 1993 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ გამოსცა ციხეებში აივ-ინფექციისა და შიდსის მკურნალობის გაიდლაინები (World Health Organisation, 1993), რომლის მიხედვითაც: *“წამალდამოკიდებული პატიმრები ნახალისებულნი უნდა იყვნენ, ჩაერთონ წამალდამოკიდებულების მკურნალობის პროგრამებში ციხეში ყოფნის დროს მათი კონფიდენციალურობის დაცვის გარანტიით. ასეთი პროგრამები უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას წამალდამოკიდებულების მკურნალობასა და ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ. პატიმრებს, რომლებიც იმყოფებოდნენ მეთადონით მხარდაჭერით პროგრამებში ციხეში მოხვედრამდე, უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა, გააგრძელონ მკურნალობა ციხეშიც. იმ ქვეყნებში, რომლებშიც ოპიატებზე დამოკიდებულ პირთათვის ოპიოიდებით მხარდაჭერითი მკურნალობა ხელმისაწვდომია, მკურნალობა ასევე ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ციხეებში”*.

მთლიანობაში, წამალდამოკიდებულების მკურნალობის მიზნებია: 1) ნარკოტიკების მოხმარების შეწყვეტა ან ინტენსივობის შემცირება, 2) ინდივიდის ფუნქციონირებისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესება, და 3) სამომავლო ზიანის პრევენცია გართულებების რისკის შემცირების შედეგად (UNODC, 2018a). წამალდამოკიდებულების მკურნალობის მიზანი უნდა იყოს, რომ პატიმრებმა დატოვონ ციხე იმაზე ჯანმრთელ მდგომარეობაში, ვიდრე შემოსვლისას იყვნენ.

საუკეთესო შედეგი იქნება მათი ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის სტაბილიზაცია და გათავისუფლების შემდგომი მკურნალობის გავრცელება. აღიარებულია, რომ წამალდამოკიდებულების კარგ მკურნალობას ციხეებში შეუძლია, შეამციროს, როგორც ნარკოტიკების მოხმარება, ასევე, დანაშაულის ხელახალი ჩადენის მაჩვენებლები. ლისაბონის ციხეების დღის წესრიგის (the Lisbon agenda for prisons) მიხედვით “ციხეში მკურნალობის დადებითი გამოცდილება ეხმარება პატიმრებს, გაავრცელონ მკურნალობა გათავისუფლების შემდგომ, რაც ამცირებს რეციდივის (ნარკოტიკების კვლავ მოხმარების) და სამართალდარღვევის რისკს” (Uchtenhagen, 2006).

ჯანმოს „ჯანდაცვა ციხეებში“ პროგრამისა და ევროსაბჭოს პომპიდუს ჯგუფის „ციხეებში ჯანდაცვითი ზრუნვის სერვისების მიწოდება“ (2001) მიხედვით: “... ციხეებში ჯანდაცვის სერვისები უნდა იყოს ზოგადი მოსახლეობისთვის მიწოდებული სერვისების ეკვივალენტური” (World Health Organisation Regional Office for Europe, 2001) (ეკვივალენტურობის/თანაბრობის პრინციპი). ევროპის ციხეების წესები მოიცავს რიგ რეკომენდაციებს ციხეებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციისა და მოვალეობების შესახებ, სადაც ეკვივალენტურობის პრინციპის ქვეშ მოიაზრება, რომ “პატიმრებს უნდა ჰქონდეთ წვდომა ქვეყანაში არსებულ ჯანდაცვის სერვისებზე; ციხის სამედიცინო პერსონალს უნდა ჰქონდეს გავლილი შესაბამისი ტრენინგები და უნდა შეეძლოს ფსიქიკური პრობლემების იდენტიფიცირება; ისეთი სპეციფიკური მკურნალობის საჭიროების შემთხვევაში, რომელიც ციხეში არ არის ხელმისაწვდომი, უნდა მოხდეს პატიმრის გადაყვანა შესაბამის ინსტიტუტებში” (EMCDDA, 2012).

წამალდამოკიდებულების მკურნალობის თანაბარი და უნივერსალური ხელმისაწვდომობა უნდა იქნეს განხილული ადამიანის საყოველთაო უფლებების დაცვის ჭრილში. არსებობს უახლესი პრეცედენტი - სასამართლო დავა „ვენერის გერმანიის წინააღმდეგ“ https://www.hr-dp.org/files/2016/09/05/CASE_OF_WENNER_v._GERMANY_.pdf რომელიც ეხებოდა ბავარიის სასამართლო გადაწყვეტილებას წამალდამოკიდებული პატიმრისათვის ციხეში მეთადონის მკურნალობაზე უფლების შეზღუდვას. ოპიოიდებზე დამოკიდებულ ვენერს საპატიმროში მოხვედრისას შესთავაზეს მხოლოდ დეტოქსიკაციური მკურნალობა. ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ ვენერმა ადამიანის უფლებების ევროპულ სასამართლოს მიმართა. სასამართლოს მიერ 2016 წლის 1 სექტემბრის გადაწყვეტილებით ეს შემთხვევა შეფასდა, როგორც ადამიანის უფლებების შესახებ მესამე მუხლის - წამების აკრძალვის - დარღვევად („No one shall be subjected to torture or to inhuman or degrading treatment or punishment“). ეს პრეცედენტი შესაძლოა ჩაითვალოს, როგორც გაფრთხილება ნებისმიერი ქვეყნისთვის, სადაც თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში ადამიანებს ეზღუდებათ ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე, მათ შორის გრძელვადიან ორთ მკურნალობაზე.

მსგავსად განსაზღვრავენ ეკვივალენტურობის პრინციპს გაეროს გენერალური ასამბლეა (the United Nations General Assembly) (United Nations, 1990), გაერთიანებული ერების აივ/შიდსის პროგრამა/ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (UNAIDS/WHO) (World Health Organisation, 1993) და გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ოფისი (UNODC) (UNODC, 2006, 2008), რომელთა მიხედვითაც, ეკვივალენტურობა უნდა იყოს ციხეში მიწოდებულ ჯანდაცვის სერვისებსა (ზიანის შემცირების სერვისების ჩათვლით) და ფართო საზოგადოებისთვის ხელმისაწვდომ სერვისებს შორის. ქვემოთ წარმოდგენილია გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ნარკოტიკებისა და დანაშაულის ოფისის მიერ რეკომენდებული

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ნარკოტიკებისა და დანაშაულის ოფისის მიერ რეკომენდებული წამალდამოკიდებულების მკურნალობისა და მოვლის ინტერვენციები ციხეში

ციხის ნარკოსტრატეგიაში მოთხოვნის შემცირების კომპონენტები შესაძლოა შეიცავდნენ:

- რჩევებს და საინფორმაციო სერვისებს;
- განათლებას ნარკოტიკების შესახებ;
- ფარმაკოთერაპიებს – დეტოქსიკაციას, ალკოჰოლის მდგომარეობის და შემანარჩუნებელ თერაპიას;
- რისკის შემცირების პროგრამებს;
- ფსიქოსოციალურ პროგრამებს ოჯახზე დაფუძნებული ინიციატივების ჩათვლით – სტრუქტურირებულ ჯგუფურ სამუშაოს, ფსიქოთერაპიას/კონსულტაციას და წამალდამოკიდებულების რეზიდენტული მკურნალობის პროგრამებს;
- ნარკოტიკებისგან თავისუფალ ზონებს ციხეებში;
- ფიზიკურ აქტივობას და სპორტულ პროგრამებს;
- მხარდამჭერ ჯგუფებს.

მოთხოვნის შემცირებაზე ორიენტირებული ეფექტიური სტრატეგია მოიცავს ამ კომპონენტების ვრცელ არჩევანს. რადგან პატიმრები ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ცვლილების სხვადასხვა სტადიაში იქნებიან და რადგან “მოვლა” უნდა შეესაბამებოდეს ინდივიდუალურ მოთხოვნას, შესაბამისად საჭიროა სერვისების ვრცელი არჩევანის შეთავაზება. თუ კი ციხე ამ სერვისების მხოლოდ გარკვეულ ნაწილს უზრუნველყოფს, მაშინ “რაღაცა ჯობია სულ არაფერს”. მაშინაც კი, როდესაც დაფინანსება მინიმალურია, ამ ინტერვენციებიდან მინიმუმ ორის უზრუნველყოფა უნდა იყოს შესაძლებელი.

სტრუქტურირებული ჯგუფური სამუშაოს ინტერვენციები შესაძლოა შეიცავდეს:

- მოტივაციურ გაუმჯობესებას
- რეციდივის პრევენციას
- გათავისუფლებისთვის მომზადება

კონსულტაცია და ფსიქოთერაპიული სერვისები შესაძლოა მიწოდებული იყოს სხვა ინტერვენციებთან ერთად, ან მათ გარეშე.

შესაძლოა სხვადასხვა თერაპიული მოდელის მიწოდება, როგორცაა კოგნიტურ-ბიჰევიორული და 12 ნაბიჯის პროგრამები.

- კოგნიტურ-ბიჰევიორული რეზიდენტული მკურნალობა
- 12 ნაბიჯზე დაფუძნებული რეზიდენტული მკურნალობა
- თერაპიული საზოგადოებები (კომუნები)

პატიმრებისთვის გასათვალისწინებელია მხარდამჭერი ჯგუფები:

- როგორც დეტოქსიკაციური პროგრამების ნაწილი;
- ფარმაკოთერაპიული მკურნალობისას;
- ფსიქოსოციალურ პროგრამებში ჩართულობისას (მაგ. თავშეკავება და ციხის წამალდამოკიდებულების სარეაბილიტაციო პროგრამები);
- ფსიქოსოციალური პროგრამების გავლის შემდეგ (მაგ. თავშეკავება და ციხის წამალდამოკიდებულების სარეაბილიტაციო პროგრამები);
- ციხიდან განთავისუფლებამდე პერიოდში.

ქვეყნების მიდგომები

პატიმრობის პერიოდში მინოდებულმა მკურნალობამ შესაძლოა, ხელი შეუწყოს ნარკოტიკების მოხმარების შემცირებას და მკურნალობაში ჩართვას. ბოლო წლებში ევროპის ბევრმა ქვეყანამ გაზარდა სერვისების მინოდება ციხეებში, განსაკუთრებით - ოპიოიდებით მხარდაჭერი მკურნალობა, რადგან ბევრი საერთაშორისო და ევროპული ინსტიტუცია მიიჩნევს, რომ ციხის ჯანდაცვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განუყოფელი კომპონენტია.

ინგლისში 2008 წლიდან დანერგილია წამალდამოკიდებულების მკურნალობის ინტეგრირებული სისტემა ზრდასრულთა ყველა ციხეში იმ მიზნით, რომ გაუმჯობესდეს კოორდინაცია დაგვემარებასა და სამკურნალო ინტერვენციების მინოდებაში. აღნიშნული სისტემის კიდევ ერთი მიზანია, გააუმჯობესოს თანამშრომლობა პატიმრებსა და სასჯელაღსრულების სისტემას შორის ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის შედგენის გზით. თითოეულ ციხეს აქვს საკუთარი ალკოჰოლისა და ნარკოსტრატეგია, რომელთა გადახედვა/მიმოხილვა ხდება ყოველწლიურად. ასევე, დიდ ბრიტანეთში წამალდამოკიდებულების მკურნალობის ციხის სტრატეგიას გადახედა დამოუკიდებელ ექსპერტთა გუნდმა, რომლებმაც შეაფასეს ნარკოტიკების მოხმარებელთა რეაბილიტაციის ზომები ციხეში და გათავისუფლებისას, რომლის მიხედვითაც ციხეებში წამალდამოკიდებულების სამკურნალოდ რეკომენდაციას უწევნ მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ მიდგომებს (Prison Drug Treatment Strategy Review Group, 2010).

პორტუგალიაში ჯანმრთელობაზე ზრუნვის, მკურნალობისა და ზიანის შემცირების სერვისების მინოდება ხდება ჯანდაცვის და იუსტიციის სამინისტროების თანამშრომლობის შედეგად. ევროპის ქვეყანათა უმრავლესობაში, პატიმრებს წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სერვისებს აწვდიან თანამშრომლები, რომლებიც დასაქმებულნი არიან ციხის ადმინისტრაციის მიერ. ამავდროულად, ციხის ადმინისტრაციები თანამშრომლობენ თემზე დაფუძნებულ სერვის-მიმნოდებლებთან, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისებთან თუ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან. ნიდერლანდებში ციხეებში ყველა სახის წამალდამოკიდებულების მკურნალობას შერეული მულტიდისციპლინური გუნდები ახორციელებენ. გაერთიანებულ სამეფოში შერეული გუნდები ოპიოიდებით მხარდაჭერი თერაპიის მთავარი მიმნოდებლები არიან. საბერძნეთში ციხეებში წამალდამოკიდებულების მკურნალობის ერთადერთი მიმნოდებლები არასამთავრობო ორგანიზაციები არიან (EMCDDA, 2012).

ევროკავშირის წევრ უმრავლეს ქვეყანაში ახალი პატიმრების ციხეში შემოსვლისას ხდება მათ მიერ ნარკოტიკების მოხმარების და მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების შეფასება. ძირითადი მიდგომა არის კლინიკური შეფასება, რომელსაც ექიმი, ფსიქიატრი ან ფსიქოლოგი ატარებს, რათა დადგინდეს წამალდამოკიდებულების ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები. თუმცა, ზოგ ქვეყანაში სტანდარტიზირებული ტესტები, კითხვარები და ინტერვიუების მეთოდი გამოიყენება ამ მიზნით. შვედეთში პატიმრები დაყოფილნი არიან მათი დამოკიდებულების (ადიქციის) დონის მიხედვით და საჭიროების შესაბამისად უტარდებათ ინტერვიუება სტანდარტიზირებული დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსის ინსტრუმენტით. ესპანეთში, იტალიასა და ნიდერლანდებში სოციალური მუშაკები და ფსიქოლოგები ატარებენ მულტიდისციპლინურ შეფასებას, რომლის მიხედვითაც აფასებენ ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და სამართლებრივ სფეროებს და ადგენენ ზრუნვის ინდივიდუალურ გეგმას. ციხეში შესვლისას სამედიცინო კონსულტაცია გამოიყენება, როგორც პირველადი შესაძლებლობა იმისათვის, რომ მოახდინონ პატიმრების ინფორმირება მკურნალობასა და პრევენციაზე, გაზარდონ რისკების შესახებ მათი ცნობიერების დონე, გაავრცელონ პრევენციული მასალები, ჰიგიენური

კომპლექტებისა და კონდომების ჩათვლით და, საჭიროების შემთხვევაში, მოახდინონ რეფერირება წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სპეციალიზებულ სერვისებში (EMCDDA, 2012).

რატომ მედიკამენტით მხარდაჭერილი მკურნალობა?

ოპიატების ხანგრძლივი მოხმარება შედეგად იწვევს ტვინის ოპიატური რეცეპტორების დენსენსიტიზაციას ენდორფინების (აღამიანის ბუნებრივი იპოიდები) მიმართ. ოპიოიდების აგონისტებს ან ნაწილობრივ აგონისტებს, რომლებიც მოქმედებს იმავე რეცეპტორებზე, რომლებზეც ჰეროინი, მორფინი და ენდორფინები, შეუძლია პაციენტს შეუმციროს ლტოლვა არალეგალური ნარკოტიკის მიმართ და დაეხმაროს მას, რომ დარჩეს მკურნალობაში. მაგალითად, მეთადონი, ოპიოიდების აგონისტი, ამცირებს ჰეროინისა და სხვა ოპიატების მიმართ კომპულსურ ლტოლვას. მეთადონით მკურნალობა მიიჩნევა, რომ არის ეფექტური გზა ოპიოიდების მოხმარების, ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ქცევისა და ინფექციების (აივ/შიდსი, ვირუსული ჰეპატიტები) გავრცელების კუთხით სარისკო ქცევის შემცირებისათვის (National Institute on Drug Abuse, 2014). მხარდამჭერი თერაპია არის ძირითადი მიდგომა, რომელიც გამოიყენება ოპიოიდებზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ ევროკავშირის ყველა წევრ ქვეყანაში. ევროპაში 2018 წელს დარეგისტრირდა ოპიოიდებით მხარდაჭერითი მკურნალობის 654,000-მდე შემთხვევა, რაც ფარავს ოპიოიდების პრობლემური მომხმარებლების სავარაუდო პოპულაციის დაახლოებით ნახევარს (EMCDDA, 2019).

რამდენად ეფექტურია მედიკამენტით მხარდაჭერილი მკურნალობა?

ოპიოიდებით მხარდაჭერილი თერაპია არის მკურნალობის ხარჯთეფექტური მეთოდი. გათვლების მიხედვით, თითოეული ორთ-ში ჩადებული ევრო ზოგავს 4-7 ევროს, რომელიც უკავშირდება ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ შემცირებულ დანაშაულებს, სისხლის სამართლის აღსრულებასთან დაკავშირებულ ხარჯებსა და ქურდობას. როცა დანაშაულებში ჯანმრთელობაზე ზრუნვაც არის მოცული, სრული დანაშაულის თანაფარდობა ორთ ხარჯებთან შეიძლება იყოს 12:1-თან. კვლევებმა აჩვენა, რომ თუ დოზირება ადეკვატურია (სულ მცირე 60-80მგ მეთადონი ან 12-16მგ ბუპრენორფინი დღეში) და მკურნალობა მიწოდებულია ციხეში ყოფნის განმავლობაში, ასეთი პროგრამები ამცირებს ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარებასა და შპრიცებისა და ნემსების გაზიარებას, შედეგად მცირდება აივ-ისა და სისხლის გზით გადამდები ინფექციების გავრცელება. იპოიდებით მხარდაჭერითი თერაპიის ეფექტურობის შესაფასებლად ერთ-ერთ სისტემურ მიმოხილვაში გააანალიზეს 21 კვლევის მონაცემი (Hedrich et al., 2012). ავტორებმა დაასკვნეს, რომ ციხეში მკურნალობის სარგებელი არის სამოქალაქო სექტორში მკურნალობის სარგებლის მსგავსი, უფრო ზუსტად კი, ჩნდება შესაძლებლობა, ოპიოიდების პრობლემური მომხმარებლები ჩაერთონ მკურნალობაში, მცირდება ნარკოტიკების მოხმარება და მოხმარებასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევა და, ასევე, პოტენციურად მცირდება ზედოზირების რისკი გათავისუფლების შემდგომ. ზოგიერთ ქვეყანაში ზედოზირებით გამოწვეული სიკვდილი გათავისუფლების შემდგომ და თვითმკვლელობების შემთხვევები ციხეებში გახდა ოპიოიდებით მხარდაჭერილი თერაპიის დანერგვის გადამწყვეტი ფაქტორი. იმისათვის, რომ პატიმრის გათავისუფლების შემდეგ შესაძლებელი იყოს ნარკოტიკების მოხმარების რეციდივის და ზედოზირების შემთხვევების თავიდან აცილება, რეკომენდებულია, რომ გათავისუფლებამდე პატიმარი იყოს მხარდაჭერილი პრეპარატის სტაბილურ დოზაზე (Stöver & Marteau, 2012).

რა შედეგს გვაძლევს მედიკამენტით მხარდამჭერი მკურნალობა ციხეებში?

საბოლოო ჯამში, ოპიოიდებით მხარდამჭერი სარგებელი, როგორც ციხეში, ასევე, სამოქალაქო სექტორში, შემდეგია:

- ოპიოიდების მხარდამჭერ მკურნალობაში ჩართული პაციენტები აღარ ეძებენ სხვა ნარკოტიკებს, რითაც უმჯობესდება ციხის უსაფრთხოება.
- დანაშაულის (ხელახალი) ჩადენა არის მნიშვნელოვნად შემცირებული იმ პაციენტებს შორის, რომლებიც ციხეში ყოფნისას იყვნენ ორთ-ში.
- ციხეებში ორთ-ში მყოფი პაციენტები უფრო მეტად აგრძელებენ მკურნალობას გათავისუფლების შემდეგ, ვიდრე ისინი, რომლებმაც დეტოქსიკაციის კურსი გაიარეს ციხეებში.
- ციხის უსაფრთხოების, ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშნულების გარეშე მიღება და ძალადობრივი ქმედებები მკვეთრად უფრო იშვიათია იმ ციხეებში, სადაც მუშაობს ორთ, ვიდრე იქ, სადაც ორთ არ არის.
- როგორც პაციენტები, ასევე, ციხის თანამშრომლები, აცხადებენ, რომ ორთ-ს დადებითი ზეგავლენა აქვს ციხეში ცხოვრებაზე.
- ორთ უზრუნველყოფს ყოველდღიურ კონტაქტს ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებსა და პაციენტებს შორის, რითაც ყალიბდება საბაზისო ურთიერთობა, რომელზეც შესაძლოა აიგოს ჯანდაცვის სხვა მიმართულებები (მაგ. აივ-ის გადაცემის პრევენცია და სხვა).
- მტკიცებულებების მიხედვით, ორთ-ს უეცარი/სწრაფი შეწყვეტა ზრდის თვითღამიანებისა და სუიციდის რისკს.

ოპიოიდების მოხმარების მორეციდივე ბუნების გამო, ცალკე აღებული დეტოქსიკაციის კურსი ხანგრძლივი ცვლილებისთვის ეფექტურია მხოლოდ მომხმარებელთა მცირე ნაწილისთვის. ორთ-ს სარგებლის მაქსიმალიზაცია შესაძლებელია:

- ადამიანების მკურნალობაში შენარჩუნებით/დაყოვნებით;
- მეთადონის მაღალი დოზის დანიშვნით (ვიდრე დაბალი დოზით);
- მედიკამენტით მხარდამჭერ მკურნალობაში ხანგრძლივად ყოფნაზე და არა აბსტინენციაზე ორიენტირებით;
- კონსულტაციის შეთავაზებით, შეფასებითა და თანმხლები დაავადებების მკურნალობით და სოციალური პრობლემების გადაჭრით;
- კლინიცისტსა და პაციენტს შორის თერაპევტული ალიანსის განმტკიცებით, რათა შემცირდეს დამატებითი ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების რისკი.

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი პროგრამების საკანონმდებლო რეგულირება საქართველოში

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი პროგრამების რეგულირება სამოქალაქო სექტორში

ქართული კანონმდებლობით, ჩანაცვლებითი მკურნალობა განსაზღვრულია, როგორც „ნარკოტიკული დამოკიდებულების მკურნალობა ჩამნაცვლებელი სამკურნალო საშუალების - ფარმაცევტული პროდუქტის გამოყენებით, რომელსაც გააჩნია ჯვარედინი დამოკიდებულება და

ჯვარედინი ტოლერანტობა იმ ნარკოტიკული ნივთიერებების მიმართ, რომლის მიმართ განვითარებულია დამოკიდებულების სინდრომი¹.

ჩანაცვლებითი სპეციალური პროგრამით მკურნალობისთვის ნებადართულ ფარმაცევტულ პროდუქტად ქვეყანაში განსაზღვრულია: მეთადონის ჰიდროქლორიდი და კომბინირებული პრეპარატი - ბუპრენორფინი, ნალოქსონი. საქართველოში განსაზღვრულია ჩანაცვლებითი თერაპიის შემდეგი სახეები:

- ჩანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტით ხანმოკლე დეტოქსიკაცია – ჩანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტის კლებითი დოზებით მკურნალობა არაუმეტეს ერთი თვის განმავლობაში;
- ჩანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტით ხანგრძლივი დეტოქსიკაცია – ჩანაცვლებელი პრეპარატის კლებითი დოზებით მკურნალობა ერთ თვეზე მეტი ვადის განმავლობაში;
- ხანმოკლე ჩანაცვლებითი მკურნალობა – ჩანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტის სტაბილური დოზებით მკურნალობა არაუმეტეს 6 თვის განმავლობაში;
- ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი მკურნალობა – ჩანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტის სტაბილური დოზებით მკურნალობა 6 თვეზე მეტი;
- განსაკუთრებულ შემთხვევებში სტაციონარული მკურნალობა ჩანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტის გამოყენებით.

ჩანაცვლებითი მკურნალობის მიზნები და ამოცანები განსაზღვრულია, როგორც ოპიოიდური დამოკიდებულებით დაავადებული ადამიანების ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, რემისიის მიღწევა, ასევე მათი სოციალური ინტეგრაცია, სისხლის გზით გადამდები ინფექციების პრევენცია, საზოგადოებრივი საშიშროების რისკის შემცირება და ა.შ.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის №01-41/6 ბრძანების „ნარკომანიის ჩანაცვლებითი სპეციალური პროგრამით მკურნალობის განხორციელების შესახებ“ მეხუთე მუხლის „ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში პაციენტთა ჩართვის საფუძველი და კრიტერიუმები“ თანახმად ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში პაციენტთა ჩართვის საფუძველია ოპიოიდებზე დამოკიდებულების სინდრომის (აქტიური დამოკიდებულება²) დიაგნოზისა და მასთან ერთად ამ მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტში აღნიშნულ კრიტერიუმთაგან არანაკლებ ერთ-ერთის არსებობა:

- ასაკი არანაკლებ 21 წლისა;
- ინექციური მოხმარება;
- აივ-ინფიცირებულობა;
- ორსულობა;
- უცხოეთის მოქალაქე/მიგრანტი, რომელიც საქართველოში გამომგზავრებამდე იყო ჩართული ჩანაცვლებით პროგრამაში;

¹ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილების, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-41/6, 2014 წლის 3 ივლისი: „ნარკომანიის ჩანაცვლებითი სპეციალური პროგრამით მკურნალობის განხორციელების შესახებ“ <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/2374811?publication=0>

² აქტიური დამოკიდებულების დეფინიცია არ არის განსაზღვრული არცერთ მარეგულირებელ დოკუმენტში, რომელიც კვლევის ავტორთათვის ხელმისაწვდომი იყო. კვლევის რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ ზეპირი შეთანხმების საფუძველზე, აქტიური დამოკიდებულება გულისხმობს ოპიოიდების არსებობას ბიოლოგიური მასალაში (შარდში). იმის დადგენა, თუ ვის მიერ და რა მანდატის ფარგლებში იქნა გაცემული ამგვარი ზეპირი მითითება, ვერ მოხერხდა.

- პატიმრობის და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებიდან გათავისუფლებული პირი, გათავისუფლებიდან არაუმეტეს 10 დღის ვადაში, რომელიც გათავისუფლების მომენტისთვის ჩართული იყო ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 20 ივნისის №03-137/თ ბრძანებით დამტკიცდა „ოპიოიდური დამოკიდებულების მეთადონით შემანარჩუნებელი ჩანაცვლებითი მკურნალობა“ - კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი), რომელიც ოპიოიდური დამოკიდებულების სინდრომს განმარტავს შემდეგნაირად: დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვის (დსკ-10) მიხედვით, ოპიოიდური დამოკიდებულების სინდრომი განიმარტება, როგორც ფიზიოლოგიურ, ქცევით და კოგნიტურ გამოვლინებათა ერთობლიობა, როდესაც ოპიოიდების მოხმარება პირველ ადგილს იკავებს ინდივიდის ფასიულობათა სისტემაში და ზუსტდება კოდირებით F11.2; ხოლო დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვაში აღნიშნულ დიაგნოზს შემდეგნაირად ვკითხულობთ “ოპიოიდების მიღების შედეგად გამომწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი, ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისადმი დამოკიდებულების სინდრომი”, რომელიც არ მოიცავს დეფინიციას “აქტიური დამოკიდებულების” შესახებ.

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი პროგრამების რეგულირება პენიტენციურ სისტემაში

საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი ჩარჩო განსაზღვრულია ქვეყანაში ჯანმრთელობის საკითხებზე მოქმედი მთელი რიგი საკვანძო კანონებით - მაგ., საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, საქართველოს კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ, და ა.შ.; პატიმრობასთან დაკავშირებული სპეციფიკური კანონმდებლობით - მაგ. პატიმრობის კოდექსით; პენიტენციურ სისტემაში ჯანმრთელობის დაცვაზე ორიენტირებული შესაბამისი უწყებების (იუსტიციის სამინისტრო, ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილების, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სხვ.) სპეციალური ბრძანებებითა და სხვა მარეგულირებელი დოკუმენტებით.

პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ოპიოიდებზე დამოკიდებული პირებისთვის ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამების განხორციელების წესის დამტკიცების შესახებ, საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ერთობლივი ბრძანება №92 №01-26/ნ, რომელიც 2016 წლის 14 ივლისით თარიღდება³, განმარტავს პროგრამაში პაციენტთა ჩართვის საფუძველს და კრიტერიუმებს (მუხლი 4):

1. პროგრამაში ჩაერთვება პაციენტი, რომელსაც აქვს ოპიოიდებზე დამოკიდებულების სინდრომის (აქტიური დამოკიდებულება) დიაგნოზი.
2. დაუშვებელია პროგრამაში 18 წლამდე პაციენტის ჩართვა, გარდა ხანმოკლე და ხანგრძლივი დეტოქსიკაციისა.
3. ხანმოკლე ჩანაცვლებითი და ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი მკურნალობის პროგრამაში ჩაერთვება პაციენტი, რომელიც დაწესებულებაში მოხვედრისას სარგებლობს სამოქალაქო სექტორში არსებული ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამით.

³ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3311363?publication=0>

აღნიშნული ბრძანება არ განმარტავს ისეთ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა მკურნალობის წესს, რომელთაც აღნიშნებათ ოპიოიდური ალკვეთის მდგომარეობა, მაგრამ არ უფიქსირდებათ აქტიური დამოკიდებულება ან არ არიან ჩართული სამოქალაქო სექტორში ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამებში.

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ოპიოიდებით ჩანაცვლებით მკურნალობას არეგულირებს საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრისა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 14 ივლისის ერთობლივი ბრძანება N92 N01-266 „პატიმრობისა და თავისუფლების ალკვეთის დაწესებულებებში ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პირთათვის ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამების განხორციელების და წესის დამტკიცების შესახებ“.⁴ მოცემული ბრძანების თანახმად, განისაზღვრა ჩამანაცვლებელი პრეპარატით დეტოქსიკაცია სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს №2 და №8 პენიტენციურ დაწესებულებებში. აქვე მითითებულია, რომ 2018 წლის დასაწყისისთვის სამინისტროს უნდა უზრუნველყო ხანმოკლე და გრძელვადიანი ჩანაცვლებითი მკურნალობის განხორციელების დაწყებისთვის ყველა საჭირო ღონისძიების გატარება. თუმცა 2017 წლის 29 დეკემბერს შევიდა ცვლილება აღნიშნულ ბრძანებაში (№148/№01-74/6)⁵ და რედაქტირდა მეორე მუხლი, რომელიც განსაზღვრავს, რომ პროგრამით გათვალისწინებული ხანმოკლე ჩანაცვლებითი და ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი მკურნალობის განხორციელების დაწყებისათვის ყველა საჭირო ღონისძიება გატარდეს 2020 წლის პირველ იანვრამდე.

პენიტენციურ დაწესებულებებში ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში ჩართვა ბრალდებულებისთვის/მსჯავრდებულებისთვის არის უფასო. პროგრამას ჰყავს მიმწოდებელი, რომელიც აკომპლექტებს საექიმო-საკონსულტაციო ჯგუფს, რომელიც უნდა შედგებოდეს მინიმუმ სამი ექიმისგან, მათ შორის, სულ მცირე, ერთერთი მათგანი არის ექიმი-ნარკოლოგი. ჯგუფი მოქმედებს წინა ქვეთავში აღწერილი პენიტენციური სისტემის გარეთ მოქმედი სამედიცინო-საკონსულტაციო კომისიების მსგავსად და პასუხისმგებელია ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელებასთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებებზე - პროგრამაში ჩართვის, ჩართვაზე უარის თქმის, მკურნალობის შეწყვეტისა თუ დასრულების თაობაზე. გადაწყვეტილებები მიიღება (კომისიის) ხმათა უმრავლესობით.

პირის პროგრამაში ჩართვა ხდება, როგორც ზემოთ აღნიშნეთ, საექიმო-საკონსულტაციო ჯგუფის გადაწყვეტილების საფუძველზე ჩამოთვლილ კრიტერიუმებთან შესაბამისობის შემთხვევაში ბრალდებულის/მსჯავრდებულის წერილობითი თანხმობით. თუ ბრალდებულის/მსჯავრდებულის არ არის თანახმა პროგრამაში ჩართვაზე, ამ შემთხვევაშიც ეს ფორმდება წერილობითი სახით. პროგრამაში ჩართვის შემთხვევაში მიმწოდებელსა და ბრალდებულს/მსჯავრდებულს შორის ფორმდება ორმხრივი ხელშეკრულება უფლება-მოვალეობების თაობაზე. უქმე დღეებში პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილებას იღებს მორიგე ექიმი-ნარკოლოგი, რომელმაც ეს მყისიერად უნდა შეატყობინოს საექიმო-საკონსულტაციო კომისიის მინიმუმ ერთ წევრს და არაუგვიანეს მომდევნო სამუშაო დღისა ხდება ამ გადაწყვეტილების დამტკიცება. მიმწოდებელი პროგრამაში ჩასართავი პირების სიას გადასცემს

⁴ 2017 წლიდან, სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრისა და, ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ერთობლივი ბრძანების (ბრძანება N64-N01-476) საფუძველზე შემოსენებულ ბრძანებას ეწოდა „პენიტენციურ დაწესებულებებში ოპიოიდებზე დამოკიდებული პირებისთვის ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამების განხორციელების წესის დამტკიცების შესახებ“.

დანესებულების ადმინისტრაციას, რათა მათ პროგრამის განხორციელების უსაფრთხოება უზრუნველყონ. მკურნალობის განხორციელება ხდება შემდეგი სტანდარტების მიხედვით:

- ჩამნაცვლებელი პრეპარატის სანყის დოზასა და მკურნალობის რეჟიმს განსაზღვრავს ექიმი-ნარკოლოგი, რაც შემდგომში მტკიცდება ჯგუფის მიერ;
- საექიმო-საკონსულტაციო ჯგუფის ექიმი აწვდის ინფორმაციას დანესებულების მთავარ ექიმს, სამედიცინო ბარათში ასახვისათვის, შემდეგზე: ბრალდებულის/მსჯავრდებულის პროგრამაში ჩართვა, პროგრამაში ჩართვაზე უარის თქმა, პროგრამის შეწყვეტა და მკურნალობის კურსის დასრულება;
- პრეპარატის მიღება ხორციელდება ელექტრონული საშუალებით მეთვალყურეობის ქვეშ, უსაფრთხოების თანამშრომლის თანდასწრებით;
- ბრალდებულის/მსჯავრდებულის სამკურნალოდ გადაყვანის შემთხვევაში ან დანესებულების სამკურნალო ნაწილში ან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, გადაყვანიდან არაუგვიანეს 24 საათისა მიმღებ დანესებულებას უნდა მიენდოს წერილობითი ინფორმაცია ბრალდებულის/მსჯავრდებულის პროგრამაში ჩართვის თაობაზე;
- სამკურნალო ნაწილში ან სამედიცინო დანესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში, საექიმო-საკონსულტაციო ჯგუფის ექიმი აკეთებს ჩანაწერს პაციენტის ამბულატორიულ ბარათში და საჭიროების შემთხვევაში, სამკურნალო ნაწილის ან სამედიცინო დანესებულების მოთხოვნის საფუძველზე, გადასცემს მათ ჩამნაცვლებელი პრეპარატის იმ რაოდენობას, რაც აუცილებელია იქ ყოფნის პერიოდისთვის. ამ შემთხვევაში, ერთჯერადად შესაძლებელია მაქსიმუმ 7 დღის ულუფის გადაცემა. სამკურნალო ნაწილში პრეპარატის მიღება ხდება ელექტრონული მეთვალყურეობის ქვეშ, უსაფრთხოების მუშაკის თანდასწრებით. მიღება დასტურდება ექიმის, უსაფრთხოების მუშაკისა და პაციენტის ხელმოწერით სპეციალურ ფორმაზე. სამედიცინო დანესებულებაში პაციენტის მიერ პრეპარატის მიღების კონტროლს ახორციელებს ექიმი, რომელიც ყოველი მიღების მერე აკეთებს შესაბამის ჩანაწერს. ორივე შემთხვევაში, პრეპარატის ტრანსპორტირებას ახორციელებს დანესებულების დირექტორი. ბრძანებაში მითითებულია, რომ ბრალდებულის/მსჯავრდებულის ბიოლოგიური სითხის შემოწმება ტარდება „საჭიროების შესაბამისად“, თუმცა არ არის უფრო მკაფიოდ განვლილი, რა არის საჭიროების კრიტერიუმები. ბიოლოგიური სითხის ჩაბარება ელექტრონული კონტროლის ქვეშ ხორციელდება.

გადანყვეტილებას მკურნალობის დასრულებაზე იღებს საექიმო-საკონსულტაციო ჯგუფი, პაციენტის მდგომარეობის შეფასების საფუძველზე. მკურნალობის არაგეგმიური შეწყვეტის საფუძველი შესაძლოა იყოს შემდეგი: პაციენტის მოთხოვნა მკურნალობის შეწყვეტის თაობაზე, მისი გადაყვანა სხვა დანესებულებაში, პენიტენციური დანესებულებიდან გათავისუფლება, ან პროგრამიდან გარიცხვა. პროგრამიდან გარიცხვის კრიტერიუმებია:

- ექიმის დანიშნულების გარეშე პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული პრეპარატის მიღება, მკურნალობის რეჟიმის განსაკუთრებით უხეში დარღვევა (სამედიცინო პერსონალის მიმართ უხეში მოქცევა, ნარკოტიკული საშუალების მოპარვა, ნარკოტიკული საშუალებით ვაჭრობა და სხვ.);
- ორმხრივი ხელშეკრულების სისტემატური დარღვევა. ამგვარი დარღვევების პირველად ჩადენის შემთხვევაში, ბრალდებულს/მსჯავრდებულს ეძლევა გაფრთხილება გარიცხვის პერსპექტივის თაობაზე, დგება შესაბამისი ოქმი, რომელზეც აწერენ ხელს ის და ჯგუფის ექიმი. თუ დარღვევა განმეორდა, ჯგუფი განიხილავს გარიცხვის საკითხს. განსაკუთრებით

უხეში დარღვევის შემთხვევაში ბრალდებული/მსჯავრდებული, შესაძლოა, გარიცხულ იქნეს პროგრამიდან პირველივე დარღვევისთანავე.

- თუ ციხის ორთ პროგრამაში ჩართულ პირს არა აქვს დასრულებული მკურნალობა მაშინ, როცა ის გადის დანესებულებიდან, ექიმმა-ნარკოლოგმა და/ან პროგრამის ხელმძღვანელმა დაუყოვნებლივ უნდა აცნობოს ამის შესახებ პროგრამის მიმწოდებელს, რომელიც, პაციენტის სურვილის შემთხვევაში, უზრუნველყოფს სათანადო დოკუმენტაციის მომზადებას, რათა ის სამოქალაქო სექტორის ჩანაცვლებით პროგრამაში ჩაერთოს.

თვისებრივი კვლევის შედეგები

კვლევის მონაწილეები

მედპერსონალი

გამოკითხვა ჩატარდა საქართველოს 5 ქალაქში მეთადონის და სუბუქსონის ჩანაცვლებითი თერაპიის ხელმძღვანელებთან და ნარკოლოგებთან. დარგში, რესპონდენტთა, სამუშაო გამოცდილების მაქსიმალური წლები 15, ხოლო მინიმალური - 2 წელი დაფიქსირდა. ნარკოლოგთა აბსოლუტურ უმრავლესობას ჰქონდა ორივე ტიპის მედიკამენტით (სუბუქსონით და მეთადონით) ჩანაცვლებით თერაპიაში მუშაობის გამოცდილება, რამაც მნიშვნელოვნად გაამდიდრა ცოდნა საკვლევი თემის შესახებ.

ბენეფიციარები

ინტერვიუება ჩატარდა სხვადასხვა გამოცდილების მქონე ორთ პაციენტებთან, რომლებსაც გავლილი ჰქონდათ პენიტენციური სისტემის მეთადონით დეტოქსიკაცია 2009 წლიდან - 2019 წლამდე პერიოდში და კვლევის მომენტისთვის ზოგი მათგანი ჩართული იყო ორთ-ში სამოქალაქო სექტორში, ზოგიც არ იყო ჩართული, მაგრამ განაგრძობდა ნარკოტიკების მოხმარებას. მოცემული დროითი პერიოდი, ბოლო 10 წელიწადი, ინტერვიუების შედეგებიდან გამომდინარე, პირობითად იყოფა 2013 წლამდე და მის შემდგომ პერიოდად, რომელიც მნიშვნელოვნად განსხვავდება ბენეფიციართა გამოცდილების თანახმად.

წინასწარი დაკავებიდან პატიმრობამდე

მედპერსონალი

ორთ-ს პერსონალის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, სამოქალაქო ორთ-ში ჩართული პაციენტებიდან წელიწადში საშუალოდ 2-დან 15-მდე პაციენტი ხვდება სასჯელაღსრულების სისტემაში. წინასწარი დაკავების საკანში მოხვედრილი ბრალდებული, რომელიც არის სამოქალაქო ორთ-ში ჩართული, ბადრავის თანხლებით გადაჰყავთ სამოქალაქო სექტორის ორთ-ში კუთვნილი ულუფის მისაღებად 24 საათის განმავლობაში. პერსონალის გამოცდილებით, ხშირ შემთხვევაში პატიმრები ითხოვენ, რომ წინასწარი დაკავების იზოლაციაში

ყოფნისას მიიღონ მეთადონი ან სუბუქსონი. პერსონალის მიერ დასახელდა რამდენიმე პაციენტის შემთხვევა, რომლებმაც თავად თქვეს უარი ულუფის მიღებაზე კონკრეტული მიზეზების გამო.

„ერთი პაციენტი ესეთიც მყავდა, რომ საკმაოდ მაღალ დოზაზე იყო, როდესაც დააკავეს და შემდეგ არ მოითხოვა ჩანაცვლებით თერაპია, გამიკვირდა და თქვა, რომ მაშინ ქუთაისში უნდა გადავეყვანე და არ მინდოდა ქუთაისში და მერჩივნა ბათუმში ვყოფილიყავი.“

„როცა დააპატიმრეს პაციენტი, ზოგიერთს არც უთქვამს, რომ პროგრამაში არის და ვინც არ ამბობდა ამას, სასჯელაღსრულების სისტემაში როცა უსჯიდნენ უკვე და იზოლატორში იყო, თვითონ ახერხებდნენ აბსტინენციურ კლინიკასთან [აქ: აღკვეთის მდგომარეობა] გამკლავებას, უძლებდნენ რაღაცნაირად.“

წინასწარი დაკავების იზოლატორიდან ციხეში გადაყვანილი მსჯავრდებულის მკურნალობის პროცესში სამოქალაქო სექტორის ექიმი უკვე აღარ არის ჩართული. ისინი ელექტრონულად აგზავნიან პაციენტის ფორმა 100-ს, სამედიცინო ისტორიას და სამედიცინო ბარათს, სადაც აღნიშნულია ჩამანაცვლებელი მედიკამენტის მიღების დღიური დოზა.

ბენეფიციარები

რესპონდენტებმა აღწერეს ციხეში ყოფნის გამოცდილება, თუ რა პროცედურა გაიარეს და რამდენი ხნით იყვნენ ჩართულები პენიტენციური სისტემის ორთ-ში. ჩართვის პროცედურა იმ ბრალდებულებისთვის, რომლებიც სამოქალაქო მეთადონის პროგრამაში იყვნენ, მარტივი აღმოჩნდა. წლების მიხედვით (2013-მდე თუ შემდეგ) ჩართვასთან დაკავშირებული სიტუაცია არ იცვლება. ხოლო მათთვის, ვინც არ იყო სამოქალაქო ორთ პროგრამაში ჩართული, დაკავების შემდგომი გამოცდილება განსხვავდება, რადგან შეიძლებოდა 2013 წლამდე პერიოდში საერთოდ ვერ მოხვედრილიყვნენ მეთადონით დეტოქსიკაციის პროგრამაში, რაც მნიშვნელოვნად იცვლება 2013 წლიდან, და თუ კი პირი განაცხადებს, რომ დამოკიდებულია, რაც დადასტურდება ექიმის შეფასებით, ასეთი პირებისთვის მეთადონით დეტოქსიკაცია ხელმისაწვდომია.

რესპონდენტების უმრავლესობა ციხეში მოხვედრისას იყო სამოქალაქო მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის ბენეფიციარი, რაც მათ დაკავების მომენტიდან ორთ-ში ჩართვაში ხელს უწყობდა. ამჟამად, როგორც ირკვევა, წინასწარი დაკავების მომენტისთვისაც კი უზრუნველყოფილია ასეთი პირისთვის დღიური დოზის მიწოდება ყოველგვარი შეფერხების გარეშე. განსხვავებულია იმ პირთა გამოცდილება, რომლებიც დაკავების მომენტისთვის მოიხმარდნენ ნარკოტიკულ საშუალებებს და არ იყვნენ ჩართული სამოქალაქო ორთ-ში. ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ არ დაუჯერეს, რომ მოიხმარდა ნარკოტიკულ საშუალებებს და არ იქნა მიწოდებული მისთვის დეტოქსიკაციის სერვისი. მეორე რესპონდენტი კი მიუთითებს, რომ იგი იყო ჩართული მეთადონით დეტოქსიკაციის კურსში მას შემდეგ, რაც გადაიყვანეს ღრობითი დაკავების იზოლატორიდან ციხეში. ამ შემთხვევაში იკვეთება დეტოქსიკაციის კურსში ჩართვის მნიშვნელოვანი ბარიერი, რასაც მოხმარებული ნარკოტიკული ნივთიერება ქმნის. კერძოდ კი, თუ პირი მოიხმარს ხანმოკლე მოქმედების ოპიოიდს (მაგ, ჰეროინს, სირეცს) მისთვის 72 საათიანი წინასწარი დაკავების პერიოდი ხშირ შემთხვევაში (გააჩნია, როდის იყო ბოლო მოხმარება დაკავებამდე) საკმარისია, რომ მის ბიოლოგიურ მასალაში (შარდში) არ აღმოჩნდეს მოხმარებული ნარკოტიკის დამლის მეტაბოლიტები. შესაბამისად, თუ პირი არ არის ჩართული სამოქალაქო ორთ-ში, მისთვის რაიმე სახით მხარდამჭერი მედიკამენტის მიღება პრობლემურია, მით უმეტეს, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამ 72 საათის განმავლობაში, ბევრი არც განაცხადებს, რომ წამალდამოკიდებულია და ამიტომ ფაქტობრივად რჩებიან ყოველგვარი დახმარების

გარეშე. წინასწარი დაკავების შემდგომ ციხეზე გადაყვანის დროს ექიმი ახლადშემოსული ბრალდებულის ჯანმრთელობას აფასებს. მეთადონით დეტოქსიკაციაში ჩართვა გარკვეულწილად დამოკიდებულია შარდში ოპიოიდის არსებობაზე, რაც მეორე რესპონდენტის შემთხვევაში დადასტურდა, ვინაიდან მოიხმარდა ხანგრძლივმოქმედ ოპიოიდს - მეთადონს (არა პროგრამის, არამედ კუსტარულ თხევანს, ე.წ. ქუჩის მეთადონს). შესაბამისად, მეორე რესპონდენტი, რომელიც 64 საათიანი წინასწარი დაკავების შემდგომ იქნა გადაყვანილი ციხეზე, დაუდასტურდა შარდში ოპიოიდის არსებობა და უპრობლემოდ იქნა ჩართული დეტოქსიკაციის კურსში.

დეტოქსიკაციის პროგრამაში ჩართვის მოტივაცია რესპონდენტებისთვის იყო პირველ რიგში ის, რომ ამ პრეპარატის გარეშე იქნებოდნენ აღკვეთის მდგომარეობაში (რომელიც ძლიერი ტკივილით მიმდინარეობს), ასევე, ციხის რეალობაში ამ პროგრამაში ყოფნა ბევრად უმჯობესია დამდგარი მდგომარეობით გამონვეული ზოგადი შფოთვის თუ ნერვიულობის, მოსალოდნელი ძლიერი ტკივილის მოსახსნელად. ასევე, მედპერსონალთან ურთიერთობა მათთვის ძალიან დადებითთან ასოცირდება.

„2013-ში რომ მოვხვდი, მაშინ არა, მაშინ პროგრამაზე არ ვიყავი გარეთ და ლომკაში ვი ვიყავი, მაგრამ არ დამიჯერეს ლომკაში რომ ვიყავი, ბაკლოსანებს ვსვამდი და ბაკლოსანების გამო მაშინ მეთადონს არ ნიშნავდნენ. „ვაბაგამა“, „ბაკლოსანს“ ვსვამდი და „სირეცს“ ვღებულობდი და მაშინ მგონი „კრაკადილის“ პერიოდიც იყო და „კრაკადილზე“ ვიჯექი და მაშინ არ დამიჯერეს ლომკაში რომ ვიყავი, მაგრამ 7 დღეში გავედი და მერე რატომღაც, საერთოდ არ ვაპირებდი სასჯელაღსრულებაში მოხვედრას, მაგრამ მოვხვდი სამი თვით და აღარ ჩამწერეს პროგრამაში და მერე უკვე როცა მოვხვდი (2014 წელს) პროგრამაში ვიყავი გარეთ და გავაგრძელე პროგრამით, მეთადონში ვიყავი მაშინ“.

იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც სამოქალაქო სექტორში სუბუქსონის პროგრამაში არიან ჩართული და დაკავების შემდეგ პენიტენციურ სისტემაში მოხვდებიან, უწევთ პრეპარატის შეცვლა, ვინაიდან სუბუქსონი მხოლოდ სამოქალაქო სექტორშია ხელმისაწვდომი. ასეთი გამოცდილების მქონე ყოფილი პატიმრები დიდ უკმაყოფილებას არ გამოთქვამენ, რადგან პენიტენციური სისტემის ორთ პერსონალი ითვალისწინებდა მათ გამოცდილებას, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში თვლიან, რომ დოზის სწორად შერჩევა ვერ ხდებოდა.

„უარყოფითი ის ქონდა, რომ ჩემთვის უფრო რომ დოზა ვერ გაითვალისწინეს იმისი რა სუბუქსონიდან იქით რომ გადამიყვანეს. დისკომფორტი მქონდა რა სადღაც ერთ კვირამდე და მერჩვენა იმ პროგრამაზე ვყოფილიყავი, რაზეც ვიყავი. მე ნამყოფი ვარ 6 თვე მეთადონზე და არ არის ჩემი რა.“

აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ქალთა პენიტენციურ დაწესებულებებში არ არსებობს ორთ პროგრამა და ეს უქმნის დიდ პრობლემებს ქალ პატიმრებს, რომლებიც სამოქალაქო სექტორში იყვნენ პროგრამაში, რომ ციხეში მიიღონ დეტოქსიკაცია მაინც. ზოგ შემთხვევებში, გამონაკლისის სახით, ქალები ქალთა დაწესებულებიდან სპეციალურად მიჰყავთ გლდანის საპატიმროში, რომ მიიღონ მეთადონი. ასევე რთულია დეტოქსიკაციაში ჩართვა იმ ქალებისთვის, რომლებიც სამოქალაქო სექტორში ორთ-ში არ იმყოფებიან, რადგან ვერ ასახუთებენ აქტიურ დამოკიდებულებას. ასეთ შემთხვევებში ზოგს „სუხოიზე“ ტანჯვით გადააქვს აღკვეთის მდგომარეობის პერიოდი.

“ფიზიკურად არ იყო მეთადონის პროგრამა, მხოლოდ გლდანში იყო. მე რას ვფიქრობ იცი, იქ ვუთხარი კიდევაც ადმინისტრაციას, რომ ყოველდღე წასაყვანი რომ არ ვიყო, ჩავაბარონ

ვინმე პასუხისმგებელს, რაღაცა დოზა, 1 კვირის ულუფა მაგალითად, მაგრამ არა ესე წვალეებით, უნდა მოსულიყო მანქანა, ველოდებოდი და ესე.”

„კი, დაბრკოლებას ნავანყდი აბა, მთელი ჭიდაობის და მთელი ამბების შედეგად ჩამრთეს. მაგრამ მაგალითად, ჩემს მეგობარს სუხიოზე მოუწია გადასვლა, არ ჩართეს“.

ინფორმაცია პენიტენციური სისტემის ოჩთ-ზე ყველა რესპონდენტს ჰქონდა სასჯელაღსრულების დანესებულებაში მოხვედრამდე. ამ ინფორმაციის წყაროს წარმოადგენენ თანასწორები და/ან ქუჩა. თუკი ვინმე მსგავს ინფორმაციას არ ფლობს, დაკავებისას ბრალდებულს აუცილებლად ნახულობს ექიმი და საჭიროების შემთხვევაში, ნარკოლოგი ციხის ოჩთ-დან და გამოკითხავს, ხომ არ არის იგი ნარკოტიკის მომხმარებელი ან სამოქალაქო ოჩთ-პროგრამის ბენეფიციარი.

„კი, იმ დღესვე ჩამოდის ექიმი... გეკითხება მერე აქ რეკავს ამონშებს - მართლა სვამდი თუ არა. დობირებას ეკითხება, თორე ისე ანალიზს გიღებენ და ანალიზში ხომ ჩანს, რომ შენ სვამ და დობირებას უკვე აქ ამონშებენ. სადაც სვამდი, ხომ შეიძლება მოატყუო 300 ვსვამდი და არადა სვამდე 50. ამონშებს.“

„შე არ ვიცოდი, მაგალითად, თვითონ გამომიყვანეს და მკითხეს, იქ ეკითხებიან და ხო არ გინდაო გაგრძელებაო დეტოქსზე დაჯდომაო, მეთქი როგორ არ მინდა, მაგრამ ორ კვირაზე მეტი არ ქნეს.“

მეთადონით დეტოქსიკაცია ციხეში

ბენეფიციარები

2013 წლამდე პატიმრობაში მოხვედრილი რესპონდენტები ციხეში გავლილ ოჩთ-დეტოქსიკაციის კურსს და იმდროინდელ გამოცდილებას არ ახასიათებენ დადებითად. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ 2013 წლამდე პერიოდში, ოფიცრებს შეეძლოთ პირის დეტოქსიკაციის პროგრამიდან მოხსნა ციხის შინაგანანჯისის დარღვევის გამო ან ნებისმიერი მიზეზით, თუ მათი ქცევა არ იქნებოდა შესაბამისი, ანუ ეს იყო ერთგვარი დაშინების და დასჯის მექანიზმი.

„ეს იყო ფორმულასავით რა. რა დობითაც მოხვდებოდი ციხეში, იმ დობით დაიწყებდი. ეს კაი პერიოდში უკვე. 2012-დან მიშას მერე დაიწყო. სააკაშვილის დროს არ იყო მასე“.

“ცოტა ხანი რომ იყო, მაგარი ცუდი იყო. აი ეხლა დღესდღეობით უკეთესად არის, ვიდრე ადრე იყო”

2013 წლის შემდგომი გამოცდილების მქონე ყოფილი პატიმრები შედარებით დადებითად აფასებენ პენიტენციური სისტემის ოჩთ-ს, უფრო კარგ დამოკიდებულებას აღნიშნავენ, როგორც პერსონალის, ასევე პენიტენციური სისტემის უკეთესობისკენ შეცვლილი პოლიტიკის მხრივ და ახასიათებენ, როგორც პაციენტზე მორგებულს. თუკი 2013 წლამდე დეტოქსიკაციაზე მხოლოდ 2 თვე იყვნენ პაციენტები და მედიკამენტის დობის ძალიან სწრაფი კლებით ასრულებდნენ კურსს, შემდგომ პერიოდში უკვე 5 თვე და მეტიც ყოფილა დეტოქსიკაციის კურსის ხანგრძლივობა. თუმცა, რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა თანხმდება, რომ მეთადონით დეტოქსიკაციის კურსი საკმარისი არ იყო აღკვეთის მდგომარეობის მოსახსნელად. ფაქტს, რომ დეტოქსიკაციის

გავლა უნევთ სურვილის მიუხედავად („სავალდებულო დეტოქსიკაცია“), უმრავლესობა უარყოფითად აფასებს, რადგან თვლიან, რომ არჩევითი უნდა იყოს და ყველა პატიმარს უნდა შეეძლოს არჩევა, ჩაერთოს მეთადონით დეტოქსიკაციის თუ გრძელვადიან ჩანაცვლებით პროგრამაში.

„დაბალზე რომ ჩამოვედი მერე, მანამდე არა, შეწყვეტამდე სადღაც 30 მგ-მდე ყველაფერი ნორმალურად მიდიოდა, აი 30-ს უკვე რომ ჩამოვუკელი, უკვე აღარ მყოფნიდა, დილით ლომკაში ვიღვიძებდი“.

„შიში გვაქვს დოზის კლების, შიშით ველოდებით დეტოქსის დამთავრებას“.

რესპონდენტები პენიტენციურ სისტემაში დეტოქსიკაციის არსებობას ერთხმად დადებითად აფასებენ და აღნიშნავენ, რომ ამ პროგრამის არსებობამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მათი მდგომარეობა. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ პროგრამაში ჩართვის წამყვანი მოტივი აბსტინენციის სინდრომის შემსუბუქება და სიმპტომების მსუბუქად გადატანაა; ციხეში დეტოქსის შემდგომ სამოქალაქო სექტორში მკურნალობის სურვილი ზოგიერთს აღარ ჰქონია.

“კი, ჩვეულებრივად. დეტოქსი არ უნდა იყოს ზოგისთვის. ჩვენ მივწერეთ კილაძეს⁶, რომ ნებაყოფლობითი ყოფილიყო, რომ დეტოქსი არ ყოფილიყო რა და სიტყვაზე 2 წელი აქვს სასჯელი, დაეღია ის 2 წელი, როგორც გარეთ. მოგვივიდა პასუხი, რომ ჯერ არ ვიცითო. “

„დადებითი ის აქვს, რომ ვეხმარებიან გადავდებამი, მაგრამ ცოტა რომ ვაზარდონ ეს გადავდების პერიოდი, ბევრად გაუადვილდება, ვინც ანებებს თავს და მორჩება. ეგრევე იმ დღესვე მიყავთ სხვაგან და ლომკაში იქ არავინ არ არის და ერთი ადამიანი ხარ მარტო ლომკაში და ძალიან ძნელია და თვითონ ეს რა ცუდად რომ არის ადამიანი მავათთან ერთად, ვინც შენაირად არის იმათთან ერთად უფრო მარტივია და იმათ აი ეგ აქვთ რა, რომ პერიოდი უნდა ვაზარდონ.“

ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის შემთხვევა

ერთ-ერთი რესპონდენტის (დასავლეთ საქართველო) გამოცდილების თანახმად, ციხეში ყოფნის პერიოდში მოუწია მეთადონით დეტოქსიკაციის შეწყვეტა, რადგან მას აღმოაჩნდა ტუბერკულოზი და სავალდებულო იყო გადაყვანა ქსნის დანესებულებაში, სადაც ძირითადად ტუბერკულოზით დაავადებულები იხდიან სასჯელს და შეუწყვიტეს მეთადონის მიწოდება, რადგან ქსანში არ ხდება დეტოქსიკაციის სერვისის მიწოდება. რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ ძალიან რთული პერიოდი გაიარა და ის პრეპარატები, რითაც ცდილობდნენ მისთვის „ლომკა“ მოეხსნათ იყო არაეფექტური და მისი მდგომარეობა იყო ძალიან მძიმე.

“ქუთაისის ციხეზე ვიყავი ცხრა დღე ზუსტად, მერე ტუბერკულოზი მეონდა და წამიყვანეს ქსანში და 10 დღე კი დავლიე და მერე უკვე ვეღარ დავლიე, ქუთაისიდან ვინ მომიტანდა ქსანში იმიტომ, რომ ქსანში არაა და რომ იყოს ყველა სისტემაში კაი იქნება. ... იქ არის ტუბ-ზონა და ვადაყავთ, ვინც არის ნატუბიკარი ან ვინც ამ წუთას აქვს გადამდები ფორმა მიყავთ იქ, მაგრამ იქ მეთადონი არ არის, აი ჩემი სიტუაცია, მეთადონის პროგრამაზე ვარ მაქვს

⁶ სოფიო კილაძე - ადამიანის უფლებათა დაცვისა და სამოქალაქო ინტეგრაციის კომიტეტის თავმჯდომარე საქართველოს პარლამენტში

ტუბერკულოზი, მიყვარ და იქ მალევეინებენ სედალგინებს და რალაცებს დამიშალეს ღვიძლი... წამლები დამინიშნეს, ნევროლოგი იყო მოსული და დამინიშნა რალაცა გაბაპენტინი და რას გიზამს გაბაპენტინი 65 მილიგრამ მეთადონზე რომ ხარ, 150 გრამიანი გაბაპენტინი რას გიზამს?”

მედპერსონალ რესპონდენტებთან მოხდა ტუბერკულოზით დაავადებული ამ ორთ-პაციენტის შემთხვევის განხილვა, რომელიც ქსანში გადაიყვანეს ისე, რომ არ მომხდარა მისი მეთადონით დეტოქსიკაცია. აღნიშნულ შემთხვევასთან დაკავშირებით, პერსონალი მიიჩნევს, რომ, სავარაუდოდ, ამ შემთხვევაში პაციენტს ჰქონდა ტუბერკულოზის ღია ფორმა, სავარაუდოდ იყო მძიმე ფორმაში ან/და იმ მომენტში მისი სიცოცხლისთვის პრიორიტეტული იყო ტუბერკულოზი და მისი მკურნალობა, ამიტომაც ვერ მოხერხდა მისი მეთადონში ჩართვა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, მათი თქმით, მსგავსი შემთხვევა, რომ შეწყდეს მეთადონით დეტოქსიკაცია, სამედიცინო თვალსაზრისით გამართლებული არ არის.

„იცით რა არის, თუ მისი სიცოცხლისთვის პრიორიტეტული იყო ტუბერკულოზი, ან ღია ფორმა ან მძიმე ფორმაში იყო ალბათ. ჩემთანაც არის შემთხვევები, როცა პაციენტი ჩანაცვლებითი თერაპიისა, მაგრამ მისი მდგომარეობა მძიმდება ისე, რომ პრიორიტეტული აბსტინენციის სინდრომი კი არ ხდება, სიცოცხლის მაჩვენებლები: წნევა, სუნთქვა, პულსი, გული და ა.შ. ამ შემთხვევაში ექიმი პრიორიტეტული რომელიც არის სიცოცხლისთვის, იმას აყენებს, რა თქმა უნდა. ამ შემთხვევაში ალბათ ექიმმა ჩათვალა პრიორიტეტულად ტუბერკულოზი. ხომ გეუბნებით, არის შემთხვევები, როცა პრიორიტეტული ხდება ადამიანის სომატური ჯანმრთელობა.“

სამოქალაქო ორთ-ს პერსონალი ამ შემთხვევასთან დაკავშირებით ერთ-ერთ სავარაუდო ბარიერად ასახელებს გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, რადგან თბილისში მსგავსი შემთხვევა განთავსდებოდა გლდანის დანესებულებაში, სადაც უზრუნველყოფილია მეთადონით დეტოქსიკაცია და სპეციალურად მოწყობილი ცალკე საკნები ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისთვის.

„არ ვიცი, იმის გამო ალბათ, რომ ეს განყოფილება ციხის არის გლდანში, არის კიდევ ქუთაისში. ალბათ ტერიტორიული, გეოგრაფიული მიზეზის გამო იმიტომ, რომ პაციენტი იყო იმ დანესებულებაში, სადაც არაა ჩანაცვლებითი პროგრამა.“

„თვითონ სამედიცინო დანესებულების პრობლემა მანდ არაა, ისინი არ იტყოდნენ უარს არცერთ შემთხვევაში იმიტომ, რომ პაციენტს ტრანსპორტირება დასჭირდებოდა ყველა შემთხვევაში ამ განყოფილებაში. რეალურად იმყოფებოდა ქსანში ხომ, იქედან უნდა გადმოეყვანათ ყოველდღე რალაც ბადრაგით, შესაბამისი დაცვით, მაგრამ ხანმოკლე დეტოქსი მაინც შეიძლებოდა სავარაუდოდ. სამედიცინო თვალსაზრისით, არაა სწორი არანაირად.“

მეთადონით დეტოქსიკაციის შემდგომი პერიოდი

დეტოქსიკაციის შემდგომი პერიოდი ასევე განსხვავდება წლების მიხედვით; 2013 წლამდე ყოფილი პაციენტები აღნიშნავენ, რომ არანაირი ყურადღება არ გამოუჩინათ მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის ექიმებს და არ მომხდარა მათი მდგომარეობის შეფასება დეტოქსიკაციის შემდგომ პერიოდში, ხოლო 2014-2015 წლებში პაციენტობის გამოცდილების მქონე

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ მათ უნიშნავდნენ დამამშვიდებლებს და საძილე პრეპარატებს დეტოქსიკაციის შემდგომი დისკომფორტის მოსახსნელად. დეტოქსიკაციის შემდგომ, მათთვის ხელმისაწვდომი იყო ფსიქიატრის, ექიმის კონსულტაცია და შესაბამისი მედიკამენტები, თუმცა მაინც არასაკმარისად ფასდება, რადგან თავად ეს პროცესი - იძულებით პროცესად, და მათთვის არასასურველ - დეტოქსად ფასდება. დისკომფორტი უფრო იმ პატიმრებს აღენიშნებოდათ, რომელთაც ხანმოკლე დეტოქსიკაცია გაიარეს და დიდი დოზებიდან სწრაფი კლებით დაასრულეს კურსი.

“ციხეში ვიყავი წელიწადი და ერთი თვე და მერე აქედან 44 დღე ვიყავი დეტოქსზე დანარჩენი პერიოდი მქონდა უძილობა დეტოქსის მერე, როგორც მახსოვს, სადღაც სულ სამი თვე დამჭირდა რომ უძილობასაც გაეარა”.

„4 წელი ციხეში და აქედან პროგრამაში ვიყავი 2 თვე და აი ძალიან მაგრად ვინვალე მერე, ამ ორი თვის მერე უბედურ დღეში ვიყავი”.

“ნუ რავიცი ეხლა, რომ ვსვამდი ხელს მიწყობდა მაინც და მერე 20 დღის მერე ძალღვივით ვეგდე და არაფერი არ მოუციათ და არაფერი”.

ციხიდან გასასვლელად მოსამზადებელი პროგრამები პატიმრებისთვის, ვინც დაკავებამდე მოიხმარდა ნარკოტიკებს

ციხიდან გათავისუფლებამდე, ტრანზიციის პროგრამის არსებობა ვერ დაგვიდასტურა ვერც ერთმა რესპონდენტმა. აღნიშნავენ, რომ ჰქონდათ გასაუბრებები ფსიქიატრთან ან ფსიქოლოგთან, მაგრამ რაიმე სამკურნალო პროგრამა, რომელიც ამზადებს ციხეებში ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირებს გათავისუფლებამდე, მათი გადმოცემით, არ გაუვლიათ.

“არა არაფერი, ადრე ქონდათ რაღაც ფსიქოლოგი ყავდათ და მაგასთან დავდიოდი საქმე რომ არ მქონდა და ის გველაპარაკებოდა ხოლმე, თორე ისე ფსიქოლოგს რაც უნდა ელაპარაკა ეგ არ იყო რა ადრე და ეხლა ყოფილა თურმე, მაგრამ არ დამჭირვებია, მაგრამ მოსამზადებელი არაფერი არ არის, ერთადერთი გეკითხებიან როდის გადიხარ რა უბრალოდ.”

“კი რაღაც ბუკლეტი მოგვცეს და სხვა არაფერი, თან მაშინ იმხელა ამინისტია იყო ვინ დაეძებდა. და ამ ბუკლეტში ენერა რომ მორგებოდი სოციუმს მეტი არაფერი.”

“5-ჯერ ვარ ნამყოფი, 91 წლიდან აქამდე და არცერთხელ (აქ: ტრანზიციის სამკურნალო პროგრამა)”.

“ვერავინ ვერ მოვამზადებს, უმეტესი რომ გამოვა, ისევ იმასა ფიქრობს 10-დან 5, რომ ისევ დაინცებს (აქ: ნარკოტიკის მოხმარება)”

რესპონდენტებმა ასევე აღნიშნეს, რომ შედეგის მომტანი იქნება ზუსტად ციხეში, მოსამზადებელი პროგრამის არსებობა, რადგან იქ უფრო სხვანაირად ფიქრობს პატიმარი და დიდი შანსი აქვს, რომ ასეთმა პროგრამამ გამოიღოს შედეგი გარეთ გამოსვლისას.

„იქ უფრო გაჭრის ეს სეანსები უფრო დავიჯერებს, ვიდრე გარეთ.იქ სხვანაირად ფიქრობ შენ თვითონ ფიქრობ, რომ ვახვალ გამოსწორდები და ყველა მაგას ფიქრობს. 80% არ ასრულებს მაგას, მაგრამ მაინც ზღვარზე ხარ. ვინდა, რომ გამოხვალ გამოსწორდე რა“.

ციხიდან გათავისუფლებული ორთ დეტოქსიკაციის პაციენტების სამოქალაქო სექტორში დაბრუნების გამოცდილება და შექმნილი ბარიერები

ორთ-ს პერსონალის დიდი ნაწილი ამბობს, რომ ციხიდან გათავისუფლებული პატიმრების უმეტესობა კვლავ უბრუნდება ორთ-ს სამოქალაქო სექტორში. თუკი წინასწარი პატიმრობიდან გათავისუფლებიდან 10 დღის განმავლობაში პატიმარი მიმართავს სამოქალაქო სექტორში ორთ პროგრამას - ერთვება მომენტალურად, დამატებითი დოკუმენტაციის გარეშე, როგორც პაციენტი. რასაც ექიმები მოიხსენიებენ, როგორც „უკუჩართვა“ და პენიტენციურიდან იგზავნება ეპიკრიზი და დანიშნულების ბარათი, სადაც არის ჩანაწერი, თუ რა დოზას იღებდა პაციენტი. იმ შემთხვევაში, თუ წინასწარი პატიმრობიდან გათავისუფლების შემთხვევაში გავიდა 10 დღეზე მეტი, ასეთ პირებს უწევთ წარადგინონ ფორმა 100 და ჩაერთონ ხელახლა სამოქალაქო ორთ პროგრამაში. სუბექსონის პროგრამის პერსონალისთვის, მეთადონის პროგრამის პერსონალისგან განსხვავებით, შედარებით რთულია დაბრუნებული პაციენტების ჩართვა დოკუმენტაციის მონოლების დაგვიანების გამო, რაც გამომწვეულია იმით, რომ პენიტენციური სისტემიდან ეპიკრიზი და დანიშნულების ბარათი იგზავნება ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში, საიდანაც ინფორმაცია იოლად და სწრაფად ეგზავნება მეთადონის პროგრამას, განსხვავებით სუბექსონის პროგრამისგან, როცა პაციენტს თავად უწევს მისვლა და ამ ინფორმაციის აღება, რათა წარადგინოს შემდეგ სუბექსონის პროგრამაში ჩართვის მიზნით. სუბექსონის პროგრამაში მომუშავე პერსონალი უფრო მეტად აღნიშნავს პენიტენციურ სისტემასთან კომუნიკაციის პრობლემებს, ვიდრე მეთადონის პროგრამის წარმომადგენლები. სუბექსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პერსონალი ამბობს, რომ პრეპარატის თავისებურებიდან გამომდინარე მნიშვნელოვანია, დროულად მიიღონ ინფორმაცია მეთადონის რა დოზას იღებდა პაციენტი ციხეში. იმის გამო, რომ ციხიდან ახლადგათავისუფლებულ პაციენტს უწევს აგონისტი პრეპარატიდან (მეთადონიდან) გადასვლა ნაწილობრივ აგონისტ-ანტაგონისტ პრეპარატზე (ბუპრენორფინისა და ანტაგონისტ ნალოქსონის კომბინაციაზე), ექიმებს უწევთ, სთხოვონ პაციენტს რაღაც პერიოდით მოცდა (დღეების „ჩაგდება“), სანამ ჩართავენ სუბექსონის პროგრამაში. ეს ხანგრძლივობა კი დამოკიდებულია მიღებული მეთადონის დოზაზე. ამ სპეციფიკიდან გამომდინარე ექიმებს სჭირდებათ ფორმა 100, რათა ზუსტად განსაზღვრონ მედიკამენტის დოზა. ფორმა 100-ის მომზადება კი დროში განწელილი პროცესია, რაც რიგ შემთხვევაში პაციენტებს უბიძგებს, რომ მოიხმარონ ქუჩის ნარკოტიკი.

„მანამდე, სანამ ჩვენ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში ვიყავით, მეთადონის პროგრამა როცა გვექონდა, მაშინ ეს ორი სისტემა ერთმანეთთან ტელეფონით აგვარებდა, საქმეს ელექტრონულად აგზავნიდნენ, პენიტენციური გვიგზავნიდა ჩვენ. მაშინ იქ ვლობალური ფონდი მუშაობდა, ახლა ხომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა კურირებს, სახელმწიფო სტრუქტურაა, ამიტომ, ამ შემთხვევაში, პაციენტი უნდა მივიღეს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში, იქიდან უნდა აიღოს ფორმა 100, გათავისუფლების დოკუმენტი და მოგვითანოს ჩვენ. არ გამოდის. ზოგჯერ ფორმა 100-ის მომზადებას დრო სჭირდება, იმავე დღეს არ იძლევიან. შესაბამისად, იძულებული არის პაციენტი, ცუდად რომ არის, რომ ქუჩაში რაღაცა გააკეთოს. ამასობაში შეიძლება კიდევ დააპატიმრონ, რაღაც უბედურება მოხდეს, შეიძლება

მედღობირება მოხდეს... ციხიდან დაბალი დოზით მოდიან და ასე უცბად, გავიყუებულმა, ქუჩაში საშინელება ჩაიღინოს.“

სამოქალაქო ორთ-ს წარმომადგენლები ასევე საუბრობენ ყოფილი პატიმრების მიერ დოზის სწრაფი მომატების მოთხოვნის ტენდენციებზე. როგორც პერსონალი ამბობს, ხშირად პაციენტების მოთხოვნებიდან გამომდინარე, უწევთ ჩართვის პირველივე დღიდან დოზის მატება, რაც პაციენტის ჩივილებიდან გამომდინარე ხდება. მათთვის ეს ტენდენცია მიანიშნებს იმას, რომ ციხეში სწრაფად ხდება დოზის კლება და დეტოქსიკაციის პერიოდი არ არის საკმარისი. შესაბამისად, გათავისუფლების შემდეგ სამოქალაქო ორთ-ში ჩართული პაციენტები პირველივე დღიდან ითხოვენ დოზის ზრდას. ბევრისთვის დოზის კლება (დეტოქსიკაცია) საერთოდ არ იყო სასურველი და ხდებოდა მათი სურვილის საწინააღმდეგოდ.

ციხის შემდგომ სამოქალაქო ორთ-ში ჩართვის ბარიერს არ აღნიშავენ რესპონდენტები, მაგრამ არის განსხვავება; კერძოდ, თუ პირი გათავისუფლდა პენიტენციური სისტემიდან ჯერ კიდევ დეტოქსიკაციის დასრულებამდე, მას იმ დღესვე შეუძლია დაბრუნდეს სამოქალაქო სექტორის ორთ პროგრამაში, ვინაიდან მას ერთი თვის განმავლობაში „ენახება“ ადგილი პროგრამაში; მაგრამ თუკი პაციენტი ციხიდან გამოდის სასჯელის მოხდის შემდეგ და სამოქალაქო სექტორში ცდილობს ორთ-ში დაბრუნებას, მას უწევს იმავე პროცედურის გავლა, რაც ორთ-ში პირველად ჩართვის შემთხვევაში: შარდის ანალიზის ჩაბარება, რომ დადგინდეს ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარება და ჯანმრთელობის ცნობა (ფორმა 100). აღნიშნული კი, პირს უბიძგებს მოიხმაროს ნარკოტიკი, რათა დადებითი იყოს შარდის ანალიზი ნარკოტიკზე.

სამოქალაქო და ციხის მეთადონის პროგრამის ურთიერთობა

მედპერსონალი რესპონდენტების თანახმად, მათსა და ციხის ორთ-ს შორის კომუნიკაცია ძირითადად ხორციელდება ელექტრონულად და ტელეფონის მეშვეობით. ზოგიერთი რესპონდენტის თქმით, ასევე ხდება საერთო შეკრებები და განხილვებიც.

„ჩვენთან ცენტრში ყველა ერთად ვიკრიბებით, ციხეც და სამოქალაქოც იმიტომ, რომ ცენტრია მაგის განმკარგულებელი. ...გააჩნია აქტუალური საკითხები თუა, შეიძლება, ყოველ თვეში შევიკრიბოთ. თუ არაა ძაან აქტუალური საკითხები, 2 თვეში, 3 თვეში ერთხელ ვიკრიბებით.“

სამოქალაქო ორთ-ის მედპერსონალი არ არის ჩართული პაციენტის ციხეში მკურნალობის პროცესში, თუმცა ზოგიერთი მათგანი აძლევს ციხის პერსონალს ამა თუ იმ სახის რეკომენდაციას პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე.

„მკურნალობაში ჩართული არ ვარ ოფიციალურად, მაგრამ ციხის ექიმს ყოველთვის ვუკავშირდებით, ვაწვდით ინფორმაციას ხასიათობრივი ცვლილებების შესახებ, მისი ემოციურ-ნებითი სფეროს შესახებ, როგორი მდგომარეობა აქვს მას და რეკომენდაციებს ვაძლევთ, რომ აი ამას მიაქციეთ ყურადღება, ეს არის მისი პრობლემა და ა.შ., რომ მას ჩაუტარდეს სწორად მკურნალობა.“

მედპერსონალი ასახელებს პრობლემებსაც, რომლებსაც ისინი კომუნიკაციის პროცესში აწყდებიან. მათი თქმით, ციხის პერსონალს ეკრძალება საკომუნიკაციო საშუალებების გამოყენება ციხეში, ტელეფონს ტოვებენ შესასვლელში, რაც ართულებს მათთან სწრაფი კომუნიკაციის პროცესს.

„დავუშვათ, ვრეკავ ტელეფონზე და მიუწვდომელია, მეილი გავუგზავნე და პასუხი არ მიქვს და იქ ეკრძალებათ ამ საკომუნიკაციო საშუალებების გამოყენება. რომ შედიხარ ციხეში, ტოვებ ტელეფონს და სანამ არ გამოხვალ, არ გაძლევენ. ახლა იმეილის ნახვის საშუალება კოორდინატორს მგონი აქვს, მაგრამ ესე ყოველ ნუთას არ არის. ზოგჯერ ქმნის პრობლემას, ხანდახან ერთდღიანს, მაგრამ, დავუშვათ, თუ შაბათი-კვირა და დასვენება მოუნია, შეიძლება უფრო ხანგრძლივს, თუმცა ჩვენ ერთმანეთს რახან ვიცნობდით საღამოსაც დამირეკავს, რადგან პაციენტი არ დაიჩავროს, მაგრამ ყოფილა შემთხვევები პაციენტი დღესვე ვერ ჩავრთე პროგრამაში იმიტომ, რომ დოკუმენტი არ მქონდა იქედან.“

„ჩვენთვის კომფორტული იქნებოდა, ჰქონდეთ საკომუნიკაციო საშუალებებზე წვდომა პერსონალს. ყოველთვის ჯობია, რომ დოკუმენტებიც გამართული გქონდეს. პაციენტი, რომ მოდის და გეუბნება, რომ იქ დავლიე ვთქვათ 2-3 დღის წინ ამდენი მილიგრამი, არსებობდეს დოკუმენტიც, რომ სწორი გადანყვეტილება მივიღოთ დოზის შერჩევაშიც და რამდენად საჭიროებს პაციენტი ჩართვას. განსაკუთრებით შეფერხება არის დასვენების დღეებში.“

მეთადონის პროგრამის მედპერსონალს პაციენტისთვის ციხეში მეთადონის გარდა სხვა პრეპარატის დანიშვნის უფლება არ აქვს. გარკვეული სიმპტომების შემთხვევაში კონსულტაციას ატარებს ფსიქიატრი ან მონვეული კონსულტანტი ნარკოლოგი და შესაბამისი ჩვენებით ნიშნავს სხვა საჭირო მედიკამენტს.

„ნარკოლოგები ყავდათ პროგრამაში, მაგრამ, ის ნარკოლოგი, რომელიც იყო პროგრამაში, ვერ დაუნიშნავდა, მაგალითად, საძილეს. ანუ, არანაირი უფლება, მეთადონის გარდა, დაენიშნა საფულარათო საშუალება ან სხვა რამ, ნარკოლოგს არ ჰქონდა; შეეძლო მხოლოდ მეთადონის დოზის განსაზღვრა და დეტოქსი.“

სამოქალაქო და პენიტენციური სექტორის ორთ ექიმებს შორის არსებობს როგორც ფორმალური, ასევე არაფორმალური ურთიერთობა – პაციენტის ისტორიის გაზიარება, ინფორმაცია დოზის და მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ. თუმცა სუბუქსონის პროგრამის ექიმები აღნიშნავენ, რომ კომუნიკაცია ციხის ორთ პროგრამასა და კერძო ორთ პროგრამებს შორის არ არის ოპტიმალური.

პერსონალის აბსოლუტური უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ ციხეში პატიმრებს უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა, სურვილის და საჭიროების შემთხვევაში, ჩაერთონ ხანგრძლივ (მხარდამჭერ) თერაპიაში.

„ფაქტობრივად, იძულებითი დეტოქსია, ხვდებით? ყველა პაციენტი მოტივირებული არ არის სიფხიზლისთვის; ჩამანაცვლებელი პრეპარატი იმას გულისხმობს, რომ პაციენტი შეგუებული არის – ეს არის ზიანის შემცირებაც, ამავე დროს. ბევრი მეუბნება, მყავს რამდენიმე პაციენტი, „მე არ ვარ სიფხიზლისთვის მზად“; რომ გაიხსნა პროგრამა, იმ დღიდან დღემდე პროგრამაშია ეს ჩემი პაციენტი და მეუბნება: „ძალიან კომფორტულად ვარ, არაფერში ხელს არ მიშლის“; ოჯახიც შექმნა, შვილებიც გააჩინა, სახლიც იყიდა, სამსახურიც აქვს და ფიქრობს, რომ მთელი ცხოვრება იყოს ამ პროგრამაში. დავუშვათ, ღმერთმა ნუ ენას, მაგრამ ამას რომ რაღაც სიტუაცია შეექმნას პოლიციასთან, 3 თვეში ანებებინებენ პრეპარატზე თავს, შეიძლება იქ იძულებითი სიფხიზლე დაფიქსირდეს, მაგრამ რომ გამოვა, რეციდივს ისევ ექნება ადგილი იმიტომ, რომ ზუსტად ვიცი, პაციენტის განწყობა როგორია.“

„უნდათ ხანგრძლივი და კიდევ ერთი მომენტი, რომ დეტოქსიკაცია, დოზის კლება გულისხმობს დისკომფორტს, რატომღაც პაციენტი იღებდა იმ დოზას, რითაც შევიდა ციხეში, ანუ, სჭირდებოდა მის ორგანიზმს, არ იყო მზად ის დეტოქსიკაციისთვის. რომ ყოფილიყო მზად და სურვილი, რომ ჰქონოდა, გარეთაც დეტოქსიკაციის რეჟიმზე იქნებოდა.“

მცირე ნაწილის თქმით, ხანგრძლივი მხარდამჭერი პროგრამა კარგი იქნებოდა, თუმცა ძალიან ფაქიზად სამართავია და დაკვირვებით უნდა მიმდინარეობდეს.

„რა თქმა უნდა, საკმარისი არ არის [დეტოქსიკაცია], მაგრამ თავისუფლად დოზების ცვლილება ან დოზების გაზრდის საშუალება იქ არ უნდა იყოს იმიტომ, რომ რთული იქნება. პაციენტი, რომელიც არის წამალდამოკიდებული, რომელიც ჩანაცვლებით თერაპიაზეა და დიდხანს, დაუინებით მივყვებით მის ემოციურ მდგომარეობას და დოზებს ვავზრდით, ვავზრდით, შეიძლება ამით თვითონ პრეპარატმა დაამძიმოს. ანუ ძალიან ფაქიზად სამართავია, უფრო მულტიდისციპლინარული მიდგომები ყოველთვის ამართლებს და მით უმეტეს ასეთ მდგომარეობაშიც, მე ვფიქრობ. ჩანაცვლებითი თერაპია, რა თქმა უნდა, კარგია, რომ იყოს, მაგრამ ძალიან ფაქიზად და ძალიან დაკვირვებით უნდა მიმდინარეობდეს.“

ერთ-ერთი რესპონდენტი საუბრობს იუსტიციის სამინისტროს ბრძანებაზე, რომლის მიხედვითაც, 2019 წლიდან უნდა დაწესდეს ხანგრძლივი მხარდამჭერი თერაპია ციხეებში.

„ჩანაცვლებითი თერაპია რომ გახანგრძლივებულიყო ციხეში და ყოფილიყო უკვე ჩანაცვლებითი თერაპია და არა ხანგრძლივი დეტოქსი, ამაზე დაინერა შესაბამისი ბრძანება, 2019 წელს უკვე უნდა ამუშავებულიყო და დაწესდეს. მერე რაღაც ბარიერები შეიქმნა, რაღაც პრობლემებმა წინ წამოიწია, თვითონ იუსტიციის სამინისტრომაც კვლევა დაუკვეთა უცხოელ ექსპერტებს და, რამდენადაც ვიცის, დასრულებულია ეს კვლევა, მათაც დადეს დასკვნა, რომლითაც რეკომენდაციას იძლევიან, მიუხედავად გარკვეული ტიპის პრობლემებისა – მე არ ვარ ამ დასკვნას გაცნობილი, ბარიერები რომ აღვწერო და საფრთხეებზე ვისაუბრო, რასაც ისინი ხედავენ პროგრამის გახანგრძლივების შედეგად – მაგრამ, საბოლოო დასკვნა, რამდენადაც ვიცის, არის ის, რომ რეკომენდაცია მაინც დაიღო, რომ მოხდეს ჩანაცვლებითი თერაპიის დაწესება, ვინაიდან სიკეთე, რაც შეიძლება მოიტანოს ამ ჩანაცვლებითი თერაპიის დაწესებამ, იმ საფრთხეებს აღემატება, რომელიც შეიძლება იყოს პენიტენციურ სისტემაში ჩანაცვლებითი თერაპიის დაწესებასთან დაკავშირებული.“

ძალიან მცირეა, იმ რესპონდენტთა რაოდენობა (არასამედიცინო განათლების მქონე ორთხელმძღვანელი), რომლებსაც მიაჩნიათ, რომ პენიტენციურ სისტემაში არსებული მეთადონის დეტოქსიკაციური პროგრამა საკმარისია, არსებული რეგულაციებით კმაყოფილია და ვერ ხედავს რამის შეცვლის საჭიროებას.

„ნორმალურად მუშაობს იმიტომ, რომ არანაირი შეფერხება არც იმათ ჰქონიათ ჩვენ მიმართ და არც ჩვენ არა გვაქვს. რაც ხდება, ურთიერთობა, ყველანაირად ნორმალური ურთიერთობა გვაქვს.“

„არა, არა. მერნუნეთ, მერე ყველა მხარდამჭერში გადავა. არა ეგ არ უნდა იყოს. ციხეში მენ არამტკივნეულად უნდა გადაგვადებინოს. შენ ახლა იქ კომფორტულად იყო - თან ნარკოტიკი, თან დანაშაული, მე რაღაც არ მიმაჩნია სწორად.“

ციხის მეთადონის პროგრამის ყოფილი პერსონალის მოსაზრება ციხეში მეთადონით გრძელვადიან ჩანაცვლებაზე

კვლევის ფარგლებში ინტერვიუ ჩატარდა ციხის მეთადონის პროგრამის ყოფილ ექიმებთან და ნარკოლოგ-კონსულტანტთან. ყოფილი მედპერსონალის თანახმად, პროგრამაში რთავდნენ ოპიოიდების ჯგუფის ნივთიერებაზე დამოკიდებულ ყველა მსურველ პაციენტს და პირებს, ვინც დაკავებამდე ჩართული იყო მეთადონის პროგრამაში სამოქალაქო სექტორში. თუკი პაციენტს ბიოლოგიურ მასალაში არ აღმოაჩნდებოდა მოხმარებული ნივთიერების კვალი, ჩართვა ხდებოდა კლინიკური გამოკვლევის საფუძველზე (აღკვეთის მდგომარეობა, ახალი ნაწინააღმდეგარეობა). იყო შემთხვევები, რომ ექიმები განერიდნენ რეგულაციებს არ ემორჩილებოდნენ და პაციენტებს პროგრამაში დაშვებულზე მეტ ხანს ტოვებდნენ, ან იღებდნენ მეტ ადამიანს; იბრძოდნენ სხვადასხვა პირების პროგრამაში ჩასართავად (თუკი ისინი ვერ აკმაყოფილებდნენ განერილ კრიტერიუმებს, მაგრამ სახეზე იყო დამოკიდებულების ყველა სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმი).

პაციენტების უმრავლესობას სურდა პროგრამის ბენეფიციარად ხანგრძლივად დარჩენა, მაგრამ, სამწუხაროდ, უმრავლესობა იძულებული იყო დეტოქსის დასაწყისად; გამონაკლისი იყო აივ-დადებითი პათიენტების მცირერიცხოვანი ჯგუფი (ისინი პროგრამაში რჩებოდნენ). ექიმები აღნიშნავენ, რომ ყველა პათიენტისთვის დეტოქსის დასრულების შემდეგ, ხელმისაწვდომი იყო ფსიქიატრის, ნარკოლოგის და სხვა სამედიცინო პერსონალის კონსულტაცია, შესაბამისი მედიკამენტების დანიშნებით. თუმცა, პროგრამის დასრულების შემდეგ, მეთადონის პროგრამის პერსონალს აღარ ეძლეოდა ყოფილი პაციენტის მოკითხვის და კონსულტირების საშუალება; ასევე, მეთადონის პროგრამის თანამშრომლებს შეზღუდული ჰქონდათ ამავე პროგრამის პაციენტებთან კომუნიკაცია და სათანადო კონსულტაციის საშუალება, რაც უარყოფითად ფასდება მათი მხრიდან.

გამოკითხულ ნარკოლოგთა დიდი ნაწილი აღიარებდა, რომ ციხეებში გრძელვადიანი ორთ ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, თუმცა არაერთხელ სმენიათ პროგრამის ბენეფიციარიებისგან, რომ მოკვლევადიანი დეტოქსი მათთვის გახდა ერთგვარი ბიძგი, რომ შეეწყვიტათ მოხმარება.

„კიდევ ისეთი შემთხვევებიც ვიცი, რომ მერე, ვარეთ [უთქვამთ], მე ციხეში გადავაგდე წამალი, ანუ, მეთადონი დამეხმარა; ჩემით 100მგ-დან არასოდეს არ ჩამოვიდოდი ქვემოთ და იძულებას თავის დადებითიც ალბათ ჰქონდა“.

ციხის ორთ პროგრამის ყოფილი ექიმები მიიჩნევენ, რომ ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი თერაპიის დანერგვა პენიტენციურ სისტემაში აუცილებელია; თუმცა, ამისთვის საჭირო იქნება სისტემაში, როგორც პერსონალის დამატება, ასევე სათანადო სივრცის გამოყოფა. უარყოფითად ფასდება ფაქტი, რომ ციხის მეთადონის პროგრამა არ არის დანერგილი ქალთა ციხეში. ნარკოლოგები ასევე უარყოფითად აფასებენ ციხის მეთადონის დეტოქსიკაციის პროგრამის ხანგრძლივობას და აღნიშნავენ, რომ ხანმოკლე პერიოდი რისკის შემცველიცაა სხვა ფსიქოტროპულ პრეპარატებზე გადასვლის თვალსაზრისით. სამოქალაქო სექტორში ორთ პროგრამაში ხანგრძლივი პერიოდით მყოფი პაციენტები, რომლებიც ციხეში იძულებულები ხდებიან, დათანხმდნენ სწრაფ დეტოქსს, შესაძლოა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მძიმე პრობლემების წინაშე აღმოჩნდნენ და მოცემული მდგომარეობების სამართავად ინიშნება ფსიქოტროპული მედიკამენტები.

„ახლა იყო შემთხვევა, მაგალითად, პაციენტი, რომელიც იყო დაახლოებით 8 წელიწადი პროგრამაში, მოხვდა ციხეში, 2 თვეში მოუხსნეს, უმძიმესი ფსიქოზი დაეწყო“.

სასჯელალსრულების სისტემაში ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი მკურნალობის დანერგვის მცდელობები

2018 წელს გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული პროგრამის ფარგლებში გამოიყო თანხა ციხეებში ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი მკურნალობის დასაფინანსებლად. დაფინანსება მიმართული უნდა ყოფილიყო საპატიმროებში შესაბამისი ინფრასტრუქტურის მოსაწყობად და სანყის ეტაპზე პერსონალის შრომის ასანაზღაურებლად. იველისხმებოდა, რომ მომდევნო ეტაპზე მკურნალობის სრულ დაფინანსებას გადაიხარებდა სახელმწიფო. აღნიშნულ ინიციატივას მხარი დაუჭირა (შიდსისა და ტუბერკულოზის პროგრამების) ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭომ. მას შემდეგ, რაც პენიტენციური ჯანდაცვის ხელმძღვანელებმა ამ ინიციატივის განხორციელებას მხარი არ დაუჭირეს, პროცესში ჩაერთო იუსტიციის სამინისტროსთან არსებული ნარკომანიასთან ბრძლის უწყებათაშორისი საბჭო. შედგა რამდენიმე შეხვედრა სადაც განხილულ იქნა ხანგრძლივი ორთ-ს დანერგვის ხელის შემშლელი ფაქტორები. პენიტენციური სისტემის წარმომადგენლები რიტორიკის დონეზე მხარს უჭერდნენ ინიციატივას, თუმცა აღნიშნავდნენ, რომ სისტემა მზად არ იყო ყველა დაწესებულებაში ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი მკურნალობის დასაწყებად. მიზეზად სახელდებოდა ინფრასტრუქტურის არასებობა და კველიფიციური პერსონალის ნაკლებობა. ასევე აღინიშნა, რომ ამ მიმართულებით მუშაობის გაგრძელება შესაძლებელია 2020 წლიდან სასჯელალსრულების სისტემის რეფორმის სამოქმედო გეგმის ფარგლებში. ამავდროულად, სასჯელალსრულების ჯანდაცვის სამსახურის ხელმძღვანელების მხრიდან არაერთხელ გამოითქვა მოსაზრება, რომ დეტოქსი და შემდგომი (იძულებითი) თავშეკავება უნდა ყოფილიყო ადრეული, როგორც ადამიანის გამოჯანმრთელება. მსგავსი პოზიციის დაფიქსირება მეტყველებს იმაზე, რომ გარდა შესაძლო ინფრასტრუქტურული დაბრკოლებებისა, ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი მკურნალობის დანერგვას წინ უდგას პენიტენციური ჯანდაცვის ხელმძღვანელთა არასაკმარისი ცოდნა წამალდამოკიდებულების ბუნებისა და მკურნალობის მიდგომებთან დაკავშირებით.

დასკვნები და რეკომენდაციები

ქვეყანაში არსებულ სერვისებზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში მყოფ პირთათვის, მათ შორის ქალებისათვის

ბოლო ათწლეულის მანძილზე საქართველომ განსაკუთრებულ წარმატებას მიაღწია სამოქალაქო სექტორში ორთ პროგრამების დანერგვით, გაფართოებით და ფინანსური მდგრადობის თვალსაზრისით და დეკლარირებულად აცხადებს იდენტური სერვისების დანერგვისათვის მზაობას ციხეებში. თუმცა დღეისათვის ზიანის შემცირების და მათ შორის ხანგრძლივი ორთ პროგრამა კვლავ შეზღუდული რჩება თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში. ანგარიშში აღწერილი პრეცედენტიდან (ვენერი გერმანიის წინააღმდეგ) გამომდინარე რეკომენდებულია, საქართველოს მთავრობამ დააჩქაროს გრძელვადიანი ორთ მკურნალობის დანერგვა პენიტენციურ სისტემაში და უზრუნველყოს სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. პენიტენციური სისტემის ორთ-ის ინფრასტრუქტურა, უსაფრთხოების პროცედურები, ძირითადად გათვლილია მამაკაც პატიმრებზე და არ ითვალისწინებს ქალი პატიმრების სპეციფიკურ მოთხოვნებს. რეკომენდებულია, განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდეს

ქალთა საპატიმრო დანესებულებებში და ქალი პატიმრებისთვის უზრუნველყოფილი იქნას ორთ- სერვისი, რომელიც სამოქალაქო სექტორში არსებული სერვისების ეკვივალენტურია. ამასთანავე UNODC-ის რეკომენდაციების თანახმად, ციხეში მკურნალობის ინტერვენცია არ უნდა შემოიფარგლებოდეს წამალდამოკიდებულების მხოლოდ ერთი რომელიმე მკურნალობის თუ რეაბილიტაციის კურსით, არამედ მრავალფეროვანი ინტერვენციები უნდა იქნას შეთავაზებული წამალდამოკიდებული პატიმრებისთვის, მის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული, რათა უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტის ჩართულობა და სასურველი სერვისის არჩევანის უფლება, რომელიც მას არ განასხვავებს სამოქალაქო სექტორის ეკვივალენტური სერვისის მიღებისგან.

მონიტორინგი და ადვოკატირება სამოქალაქო საზოგადოების და თემის მხრიდან

2016 წლის 14 ივლისის ბრძანების (N92 N01-266) მიხედვით 2018 წლის დასაწყისისათვის ოუსტიციის სამინისტროს უნდა გაეტარებინა ყველა საჭირო ღონისძიება ხანმოკლე და ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი მკურნალობის ციხეში განსახორციელებლად. თუმცა 2017 წლის 29 დეკემბერს შევიდა ცვლილება აღნიშნულ ბრძანებაში (№148/N°01-74/6)⁷ და გადავადდა ამ ღონისძიებების გატარება 2020 წლის პირველ იანვრამდე. იმის გათვალისწინებით, რომ ანგარიში მომზადდა 2019 წლის დეკემბერში, როცა ერთ თვეზე ნაკლები რჩებოდა დადგენილ ვადამდე და კვლევის ფარგლებში არ გამოიკვეთა ნიშნები, რომ ამ მხრივ ქმედითი ღონისძიებები უკვე გატარებულია, არსებობს რეალური საფრთხე, რომ მოხდეს აღნიშნული ღონისძიებების კვლავ გადავადება. ამიტომ, სამოქალაქო საზოგადოებამ და თემმა უნდა გააძლიეროს ბრძანების შესრულებაზე მონიტორინგი და ადვოკაცია პროცესების დასაჩქარებლად.

პოლიტიკის დიალოგი სასჯელის ალტერნატიული ღონისძიებების დანერგვისათვის

საქართველოში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული მკაცრი არაპროპორციული სასჯელების შედეგად საპატიმროებში ბევრი ისეთი ადამიანი ხვდება, ვინც უფრო დაბალანსებული პოლიტიკისა და კანონმდებლობის პირობებში არ აღმოჩნდებოდა გისოსებს მიღმა. ამის ერთ-ერთი მიზეზი არის ქვეყანაში სასჯელის ალტერნატივების არარსებობა. საერთაშორისო გამოცდილება და საუკეთესო პრაქტიკა ადასტურებს სასჯელის ალტერნატიული ღონისძიებების ეფექტიანობას, როგორც ნარკოტიკების მოხმარების, ასევე, ზიანის შემცირების და საზოგადოებრივი უსაფრთხოების თვალსაზრისით. როგორც ანგარიშშია აღწერილი არსებობს ბევრი სხვადასხვა სახის ალტერნატივა, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნას დასჯის ნაცვლად მართლმსაჯულების აღსრულების პროცესის სხვადასხვა ეტაპზე - დაპატიმრებიდან დაწყებული განაჩენის გამოტანის ჩათვლით. რეკომენდებულია, დაიწყოს პოლიტიკის დიალოგი ოფიციალური პირების, პოლიტიკის განმსაზღვრელების, დარგის ექსპერტების, სამოქალაქო საზოგადოების და თემის მონაწილეობით, რომ საქართველომაც გადადგას ქმედითი ნაბიჯები სასჯელის იმ ალტერნატიული ღონისძიებების დანერგვისათვის, რომლებიც ევროკავშირის წევრ 28 ქვეყანაში უკვე ხელმისაწვდომია.

ცვლილებები მარეგულირებელ ჩარჩოში

„ოპიოიდური დამოკიდებულების მეთადონით შემანარჩუნებელი ჩანაცვლებითი მკურნალობის“ კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტში (პროტოკოლი), ოპიოიდური დამოკიდებულების სინდრომის დეფინიცია განსხვავდება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვის (დსკ-10) დეფინიციისგან; კერძოდ, განმასხვავებელია ჩანაწერი - აქტიური დამოკიდებულება. ამავდროულად, არ არის განსაზღვრული თუ რას ნიშნავს აქტიური დამოკიდებულება და სამედიცინო პერსონალი ამ მოთხოვნას აიგივებს ბიოლოგიურ მასალაში (მარდში) ოპიოიდების არსებობასთან. აღნიშნული

⁷ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3963680?publication=0>

შეუსაბამობაშია დსკ-10 გადასინჯვით ოპიოიდური დამოკიდებულების სინდრომის კრიტერიუმებთან, რაც რიგ შემთხვევაში ართულებს დიაგნოსტიკას და პაციენტის ოჩთ-ში ჩართვას.

პენიტენციური სისტემა სამოქალაქო სექტორის მეთადონის და სუბუქსონის პროგრამასთან მონაცემთა გაცვლის მსგავსი პროტოკოლით უნდა ხელმძღვანელობდეს

სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურათა შორის მონაცემთა დროული, შეუფერხებელი მიმოცვლა, კოორდინაცია და გადამისამართების ეფექტური მექანიზმების არსებობა უწყვეტი მკურნალობის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი წინაპირობაა. შესაბამისად, რეკომენდებულია, ციხიდან გათავისუფლებისთანავე პირს მიენოდოს ციხეში ჩატარებული დეტოქსიკაციის თუ სხვა ჩატარებული მკურნალობის ამსახველი სამედიცინო დოკუმენტაცია (ფორმა 100), რათა თავიდან იქნას არიდებული ციხიდან გათავისუფლებული პირის დროში განვლილი დამატებითი კომუნიკაცია შეაღებდეს რგოლთან ფორმა 100-ის მისაღებად, რაც აფერხებს მის ოჩთ (სუბუქსონით) მკურნალობაში დროულად ჩართვას.

მულტიდისციპლინური გუნდის პრინციპის შემოტანა ოჩთ პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვისთვის

კვლევაში განხილული ტუბერკულოზით დაავადებული ოჩთ-მკურნალობაში ჩართული პატიმრის შემთხვევა, ცხადყოფს, რომ სწორედ კომპეტენტური მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ უნდა იქნას გადწყვეტილება მიღებული, რომელიც დააკმაყოფილებს პაციენტის საჭიროებებს და წარმოადგენს მის საუკეთესო ინტერესს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ერთი მკურნალობის (ამ შემთხვევაში ოჩთ) შეწყვეტა მეორე მკურნალობის (ტუბერკულოზი) მიღების სანაცვლოდ არ წარმოადგენს სამოქალაქო სექტორში არსებული სერვისების ეკვივალენტურს. ამასთანავე მეთადონით დეტოქსიკაციის უეცარი შეწყვეტა ტუბერკულოზით დაავადებული პატიმრისთვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების სერიოზული მიზეზიც შეიძლება გამხდარიყო. მოქმედი კანონმდებლობით არ არის განსაზღვრული ოპიოიდებზე დამოკიდებულების მქონე პატიმრის მკურნალობის წესი, რომელიც სხვა ქრონიკული თუ თანმხლები დაავადებების მკურნალობას საჭიროებს მეთადონით მკურნალობასთან ერთად. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მსგავსი შემთხვევებიც იქნას მიღებული მხედველობაში და ოპიოიდებზე დამოკიდებულებასთან ერთად თანმხლები დაავადებების მართვის საკითხი სათანადოდ იქნას განვირეილი მოქმედ საკანონმდებლო აქტებსა თუ ბრძანებებში, რაც უზრუნველყოფს მკურნალობის უწყვეტობის და ხელმისაწვდომობის პრინციპების დაცვას.

გათავისუფლებისწინა და გათავისუფლების შემდგომი ზიანის შემცირების და ზრუნვის პროგრამების ხელშეწყობა

გათავისუფლებისთვის მომზადება (ე.წ. გარდამავალი მენეჯმენტი) იწყება ჯერ კიდევ პატიმრობის პერიოდში, გათავისუფლებამდე და გრძელდება ციხიდან გათავისუფლების შემდეგაც. საქართველოში არ ფუნქციონირებს გარდამავალი მენეჯმენტი, თუმცა საერთაშორისო პრაქტიკა აჩვენებს, რომ ასეთი პროგრამების არ არსებობა საფრთხეს უქმნის ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პირს ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ, მოსალოდნელი რეციდივის და ზედოზირების მაღალი რისკის გამო. ამ კუთხით მნიშვნელოვანია მჭიდრო კომუნიკაცია პრობაციის ეროვნულ სააგენტოსთან, დანაშაულის პრევენციის ცენტრთან და სხვა სამთავრობო, თუ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, ვისაც შესაძლოა ჰქონდეს შესაძლებლობა უკვე გათავისუფლებულ პატიმრებს შესათავაზოს სხვადასხვა სახის პროგრამები.

- Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2006). Drug addiction: the neurobiology of disrupted self-control. *Trends Mol Med*, 12(12), 559-566. doi:10.1016/j.molmed.2006.10.005
- Beselia A., Gegenava V., Kirtadze I., Mghebrishvili T., Otiashvili D., Razmadze M., Stefanishvili N., Sturua L., Kutelia L., Javakhishvili J. (2019). Drug Situation in Georgia 2016-2017. Retrieved from Tbilisi: https://altgeorgia.ge/media/uploads/drug-situation-in-georgia-2017-summary_finaldocx.pdf
- Binswanger, I., Nowels, C., Corsi, K., Glanz, J., Long, J., Booth, R., & Steiner, J. (2012). Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors. *Addiction Science & Clinical Practice*, 7(1), 3.
- Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Long, J., Booth, R. E., Kutner, J., & Steiner, J. F. (2011). "From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill," a qualitative study of the health experiences of recently released inmates. *Int J Law Psychiatry*, 34(4), 249-255. doi:10.1016/j.ijlp.2011.07.002
- Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G., & Koepsell, T. D. (2007). Release from Prison — A High Risk of Death for Former Inmates. *The New England journal of medicine*, 356(2), 157-165. doi:10.1056/NEJMsa064115
- Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G., & Koepsell, T. D. (2007). Release from prison—a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med*, 356(2), 157-165. doi:10.1056/NEJMsa064115
- Boci, A., Dedajic, D., Otiashvili, D., Ismajli, R., Condrat, I., Colakovic, J., . . . Kiriazova, T. (2017). *Drug-treatment Systems in Prisons in Eastern and South-East Europe*. Retrieved from Bari, Italy:
- Council of the European Union. (2012). EU Drugs Strategy (2013-20). Brussels, Belgium: Official Journal of the European Union
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 301(2), 183-190. doi:10.1001/jama.2008.976
- EMCDDA. (2011). *Mortality related to drug use in Europe: public health implications*. Retrieved from Lisbon, Portugal: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/647/TDSI11003ENC_web_314344.pdf
- EMCDDA. (2012). *PRISONS AND DRUGS IN EUROPE: THE PROBLEM AND RESPONSES*. Retrieved from Lisbon, Portugal: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191812_EN_TDSI12002ENC.pdf
- EMCDDA. (2015). Alternatives to punishment for drug-using offenders. Retrieved from Lisbon, Portugal: http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/alternatives-to-punishment_en
- EMCDDA. (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Retrieved from Luxembourg: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009153649.pdf
- EMCDDA. (2019). Clients in opioid substitution treatment. *Media library*. Retrieved from http://www.emcdda.europa.eu/media-library/infographic-clients-opioid-substitution-treatment_0_en
- Farrell, M., & Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction*, 103(2), 251-255. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02081.x
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377(9769), 956-965. doi:10.1016/S0140-6736(10)61053-7
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stover, H., Moller, L., & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*, 107(3), 501-517. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03676.x

- Lyons, S., Walsh, S., Lynn, E., & Long, J. (2010). Drug-related deaths among recently released prisoners in Ireland, 1998 to 2005. *International Journal of Prisoner Health*, 6(1), 26-32.
- Merrall, E. L. C., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., . . . Bird, S. M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 105(9), 1545-1554. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide*. Retrieved from Bethesda, MD: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations/principles>
- Prison Drug Treatment Strategy Review Group. (2010). *The Patel report: reducing drug-related crime and rehabilitating offenders. Recovery and rehabilitation for drug users in prison and on release: recommendations for action*. Retrieved from London, UK: <https://www.gov.uk/government/publications/the-patel-report-reducing-drug-related-crime-and-rehabilitating-offenders>
- Reuter, H. P., Trautmann, F., Liccardo Pacula, R., Kilmer, B., Gageldonk, A., & Gouwe, D. (2009). *Assessing Changes in Global Drug Problems, 1998–2007*. Cambridge: RAND Europe, Trimbos Institute.
- Stöver, H., & Marteau, D. (2012). Scaling-up of opioid substitution treatment in adult prison settings – scientific evidence and practical experiences. *International Journal of Prisoner Health*, 7(2/3), 45-52.
- Uchtenhagen, A. (2006). *The Lisbon agenda for prisons*. Lisbon, Portugal. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf
- UK Drug Policy Commission. (2012). *A Fresh Approach to Drugs*. Retrieved from London: United Nations. (1990). *Basic principles for the treatment of prisoners*. Retrieved from NY, USA: <https://www.un.org/ruleoflaw/blog/document/basic-principles-for-the-treatment-of-prisoners/>
- UNODC. (2003). *Investing in Drug Abuse Treatment, A Discussion Paper for Policy Makers*. Retrieved from New York: http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf
- UNODC. (2006). *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings*. Retrieved from NY, USA: http://data.unaids.org/pub/report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf
- UNODC. (2008). *Drug Dependence Treatment: Interventions for drug users in prison*. Retrieved from Vienna, Austria: https://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf
- UNODC/WHO. (2013). Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality. Retrieved from <https://www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf>
- UNODC. (2018a). *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system*. Retrieved from Vienna, Austria: https://www.unodc.org/documents/UNODC_WHO_Alternatives_to_Conviction_or_Punishment_2018.pdf
- UNODC. (2018b). *World Drug Report 2018*. Retrieved from Vienna, Austria: <https://www.unodc.org/wdr2018/>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., Telang, F., & Baler, R. (2010). Addiction: decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity conspire to overwhelm the brain's control circuit. *Bioessays*, 32(9), 748-755. doi:10.1002/bies.201000042
- World Health Organisation. (1993). *WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Retrieved from Geneva, Switzerland: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/guidelines_hiv_prisons/en/
- World Health Organisation Regional Office for Europe. (2001). *Prisons, drugs and society. Consensus statement on principles, policies and practices*. Retrieved from Copenhagen, Denmark: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/99012/E81559.pdf
- World Health Organisation Regional Office for Europe. (2005). *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction* Retrieved from Copenhagen, Denmark: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf

- World Health Organisation Regional Office for Europe. (2014). *Prisons and Health*. Retrieved from Copenhagen, Denmark: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf
- WHO, UNODC, & UNAIDS. (2012). Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users. Retrieved from Geneva: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf
- Zurhold, H., Haasen, C., & Stöver, H. (2005). *Female drug users in European prisons: a European study of prison policies, prison drug services and the women's perspectives*. Retrieved from Oldengurg: