

Υγειονομική περίθαψη στα καταστήματα κράτησης και ιατρική δεντολογία



Εγχειρίδιο για τους εργαζομένους
στον τομέα της υγειονομικής
περίθαψης και το προσωπικό
των καταστημάτων κράτησης με
αρμοδιότητα την ευημερία των
κρατουμένων

Andres Lehtmets
Jörg Pont

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Υγειονομική περίθαλψη στα καταστήματα κράτησης και ιατρική δεοντολογία

Εγχειρίδιο για τους εργαζομένους
στον τομέα της υγειονομικής
περίθαλψης και το προσωπικό
των καταστημάτων κράτησης με
αρμοδιότητα την ευημερία των
κρατουμένων

Andres Lehtmetts
Jörg Pont

Οι απόψεις που εκφράζονται στο παρόν έργο αποτελούν ευθύνη των συντακτών και δεν εκφράζουν απαραίτητα την επίσημη πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Η μετάφραση της παρούσας έκδοσης από τα αγγλικά στα ελληνικά έγινε στο πλαίσιο του προγράμματος «Ενίσχυση της υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης στην Ελλάδα» που υπολοποιήθηκε με την υποστήριξη του Human Rights Trust Fund του Συμβουλίου της Ευρώπης. Το Human Rights Trust Fund συγκεντρώνει συνεισφορές από επτα Κράτη Μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης: Φιλανδία, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Νορβηγία, Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Όλα τα αιτήματα που αφορούν την αναπαραγωγή ή τη μετάφραση του συνόλου ή μέρους του παρόντος εγγράφου πρέπει να απευθύνονται στη Διεύθυνση Επικοινωνίας (F-67075 Strasbourg Cedex ή publishing@coe.int). Όλη η υπόλοιπη αλληλογραφία που σχετίζεται με το παρόν έγγραφο πρέπει να απευθύνεται στη Γενική Διεύθυνση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Κράτους Δικαίου.

Εξώφυλλο: Τμήμα Παραγωγής Εγγράφων και Εκδόσεων (SPDP) Συμβούλιο της Ευρώπης Φωτογραφίες εξωφύλλου: Shutterstock

Σχεδιασμός: Τμήμα Παραγωγής Εγγράφων και Εκδόσεων (SPDP)

© Συμβούλιο της Ευρώπης, 2020

Εκτυπώθηκε στο Συμβούλιο της Ευρώπης

Οι συντάκτες

κ. Andres Lehtmeets, Ψυχίατρος, Κεντρικό Νοσοκομείο του Δυτικού Ταλίν, Εσθονία, πρώην Αντιπρόεδρος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας
κ. Jörg Pont, πρώην ιατρικός σύμβουλος του Υπουργείου Δικαιοσύνης της Αυστρίας

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	7
ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ	9
1.1 Επίπεδα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης	10
1.2 Υγιεινή και προαγωγή της υγείας	11
1.3 Ιατρικό απόρρητο	12
1.4 Ιατρικές επισκέψεις	14
1.5 Ιατρικά έγγραφα και τήρηση αρχείων	21
1.6 Άλλα δεοντολογικά ζητήματα	25
ΣΧΕΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ	31
2.1 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα καταστήματα κράτησης	32
2.2 Ψυχιατρικές μονάδες στα καταστήματα κράτησης	34
2.3 Πλάνο θεραπείας	35
2.4 Συναίνεση στην ψυχιατρική θεραπευτική αγωγή	38
2.5 Πρόληψη αυτοκτονιών	41
2.6 Άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας στα καταστήματα κράτησης	43
2.7 Διπλή διάγνωση στα καταστήματα κράτησης	50
2.8 Κρατούμενοι με διαταραχές προσωπικότητας	52
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΞΑΠΛΩΣΗΣ ΤΟΥ HIV/AIDS ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β/Γ ΣΤΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ	55
3.1 Επιδημιολογική βάση	55
3.2 Διεθνή έγγραφα	57
3.3 Βελτίωση συμπεριφορών και γνώσεων	57
3.4 Μείωση της προσφοράς και ζήτησης ναρκωτικών	60
3.5 Μείωση των βλαβών που προκαλούνται από επικίνδυνη συμπεριφορά	63
3.6 Προληπτικές ιατρικές παρεμβάσεις	66
Η ΔΙΠΛΗ ΕΠΙΔΗΜΙΑ: HIV/AIDS ΚΑΙ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ	67
ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ	73
5.1 Ψυχοτρόπες ουσίες	73
5.2 Ουσιοεξάρτηση και εθισμός	75
5.3 Ιατρική διαχείριση ουσιοεξαρτημένων κρατουμένων	78
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ	83

Πρόλογος

Το παρόν εγχειρίδιο απευθύνεται στους εργαζομένους του τομέα υγειονομικής περίθαλψης και στο λοιπό προσωπικό καταστημάτων κράτησης που είναι υπεύθυνο για την ευημερία των κρατουμένων. Παρέχει πρακτικές πληροφορίες για μια σειρά θεμάτων που σχετίζονται με την ψυχιατρική περίθαλψη, την πρόληψη της εξάπλωσης μεταδοτικών ασθενειών (όπως το σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας, την ηπατίτιδα και τη φυματίωση), τις ψυχοτρόπες ουσίες και την ιατρική διαχείριση των ουσιοεξαρτημένων κρατουμένων. Το κείμενο επισημαίνει σημαντικά δεοντολογικά πρότυπα και προτείνει απαντήσεις σε ηθικά διλήμματα σχετικά με την πρόσβαση σε ιατρούς, την ισότιμη πρόσβαση στην περίθαλψη, τη συναίνεση του ασθενούς και το απόρρητο, την προληπτική υγειονομική περίθαλψη, την ανθρωπιστική βοήθεια, την επαγγελματική ανεξαρτησία και επάρκεια.

Το παρόν εγχειρίδιο περιέχει ορθές πρακτικές από όλη την Ευρώπη. Οι συντάκτες αξιοποίησαν τα αποτελέσματα μιας πολυμερούς συνάντησης σχετικά με την ιατρική δεοντολογία και την υγειονομική περίθαλψη στα καταστήματα κράτησης η οποία πραγματοποιήθηκε στο Στρασβούργο τον Μάιο του 2012. Κατά τη συνάντηση αυτή, ανώτεροι υπάλληλοι και επαγγελματίες που είναι αρμόδιοι για την υγειονομική περίθαλψη σε καταστήματα κράτησης από διάφορα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, αντάλλαξαν εμπειρίες και συζήτησαν τρόπους πρακτικής εφαρμογής των προτύπων του Συμβουλίου της Ευρώπης και των συστάσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας (ΕΠΒ).

Το εγχειρίδιο σχεδιάστηκε ως ένας ολοκληρωμένος οδηγός πολιτικής και ως εργαλείο διαχείρισης. Θα χρησιμοποιηθεί ως υποστηρικτικό εργαλείο κατάρτισης στις δραστηριότητες τεχνικής συνεργασίας του Συμβουλίου της Ευρώπης. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για άτομα που στερούνται την ελευθερία τους έχουν άμεση σχέση με την εντολή της ΕΠΒ. Η ανεπαρκής υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οδηγήσει γρήγορα σε καταστάσεις απάνθρωπης και ταπεινωτικής μεταχείρισης, ενώ η ύπαρξη ιατρικού και μη ιατρικού προσωπικό στα καταστήματα κράτησης με καλύτερες επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες συνεπάγεται υγιέστερο και ασφαλέστερο περιβάλλον για τους κρατούμενους και το προσωπικό των καταστημάτων κράτησης και καλύτερη προστασία της δημόσιας υγείας μέσω της μείωσης των κινδύνων μεταφοράς προβλημάτων υγείας από τα καταστήματα κράτησης στην κοινότητα.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συντάκτες, τον κ. Andres Lehmetz, ψυχίατρο στο Κεντρικό Νοσοκομείο του Δυτικού Ταλίν της Εσθονίας, πρώην Αντιπρόεδρο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας, και τον κ. Jörg Pont, πρώην ιατρικό σύμβουλο του Υπουργείου Δικαιοσύνης της Αυστρίας, των οποίων ο εξαιρετικός επαγγελματισμός και η μακρόχρονη εμπειρία αντανakλώνται στο παρόν εγχειρίδιο. Ευχαριστώ επίσης τις συναδέλφους μου Luljeta Kasa και Tanja Rakusic-Hadzic, οι προσπάθειες των οποίων κατέστησαν δυνατή την παρούσα δημοσίευση.



Philippe Boillat

Γενικός Διευθυντής

Γενική Διεύθυνση

Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων
και Κράτους Δικαίου

Συμβούλιο της Ευρώπης

Κατάλογος συντομογραφιών

CDC	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΗΠΑ)
EY	Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης
ΕΠΒ (CPT)	Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας
ΕΣΔΑ	Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
ΕΚΠΝΤ	Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας
ΕΣΚ	Ευρωπαϊκοί σωφρονιστικοί κανόνες
ICD-10	Διεθνής ταξινόμηση των νόσων, 10η έκδοση (ΠΟΥ, 2010)
UNAIDS	Κοινό πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για τον ιό HIV και το AIDS
UNODC	Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών και την Πρόληψη του Εγκλήματος
ΠΟΥ/WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
WMA	Παγκόσμια Ιατρική Ένωση

Κεφάλαιο 1

Ιατρική δεοντολογία στα καταστήματα κράτησης

Η υγειονομική περίθαλψη στα καταστήματα κράτησης διέπεται από τις ίδιες δεοντολογικές αρχές με αυτές της κοινότητας. Οι βασικές αρχές καθορίζονται από τη Διακήρυξη της Γενεύης της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (1948, τελευταία έκδοση το 2006), τον Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (1949, τελευταία έκδοση το 2006),¹ το ψήφισμα 37/194 (της 18ης Δεκεμβρίου 1982) της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών και τη σύσταση R (1998) 7 της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης της 8ης Απριλίου 1998² σχετικά με τις δεοντολογικές και οργανωτικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης.

Το πρωταρχικό καθήκον του ιατρού ενός καταστήματος κράτησης και του λοιπού προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης είναι η υγεία και η ευημερία των κρατουμένων. Ο σεβασμός των θεμελιωδών δικαιωμάτων των κρατουμένων συνεπάγεται την παροχή προληπτικής θεραπείας και υγειονομικής περίθαλψης στους κρατουμένους, ισοδύναμων με εκείνων που παρέχονται στην κοινότητα.

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για άτομα που στερούνται την ελευθερία τους έχουν επίσης άμεση σχέση με την πρόληψη της κακοποίησης. Ένα ανεπαρκές επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να οδηγήσει γρήγορα σε καταστάσεις που εμπίπτουν στην έννοια της «απάνθρωπης και ταπεινωτικής μεταχείρισης».³ Είναι απαράδεκτο να υποχρεώνονται οι κρατούμενοι να παραμείνουν σε μία δομή όπου δεν μπορούν να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία εξαιτίας της έλλειψης κατάλληλων εγκαταστάσεων ή επειδή οι εν λόγω εγκαταστάσεις αρνούνται να τους δεχτούν. Η παραβίαση του άρθρου 3

1. Διακήρυξη της Γενεύης της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (1948)- Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (2006).
2. ΟΗΕ: Αρχές Ιατρικής Δεοντολογίας σχετικά με τον ρόλο του προσωπικού υγείας, ιδίως των ιατρών, για την προστασία των φυλακισμένων και των κρατουμένων από τα βασανιστήρια και άλλους τρόπους σκληρής, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας (1982)- ΕΥ: Οι δεοντολογικές και οργανωτικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης. Σύσταση R (1998) 7.
3. Πρότυπα 2002 (αναθ. 2011) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας (ΕΠΒ).

της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ) διαπιστώθηκε από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου σε πολλές παρόμοιες περιπτώσεις.⁴

1.1 Επίπεδα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης

Είναι προφανές ότι το ίδιο το κατάστημα κράτησης δεν έχει τη δυνατότητα να καλύψει όλες τις πιθανές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των κρατουμένων. Αυτό ισχύει ιδίως για εξειδικευμένες υπηρεσίες. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που δεν μπορούν να παρασχεθούν στα καταστήματα κράτησης πρέπει να οργανώνονται σε συντονισμό με τα κοντινά νοσοκομεία της κοινότητας. Το ουσιαστικό τμήμα της 3ης Γενικής Έκθεσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας (ΕΠΒ) περιγράφει την οργάνωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης.⁵ Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης πρέπει να μπορούν, κατ'ελάχιστον, να παρέχουν:

- ▶ τακτικές επισκέψεις σε ιατρό γενικής ιατρικής και σε εξειδικευμένο ιατρό,
- ▶ εποπτευόμενη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη,
- ▶ οδοντιατρική φροντίδα,
- ▶ αναρρωτήριο,
- ▶ άμεση υποστήριξη μιας πλήρως εξοπλισμένης υπηρεσίας από νοσοκομειακό ίδρυμα ή νοσοκομείο καταστήματος κράτησης,
- ▶ παρεμβάσεις για επείγοντα περιστατικά.

Παρατηρείται μια αυξανόμενη τάση ενσωμάτωσης της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στα καταστήματα κράτησης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης της κοινότητας. Αυτή η εξέλιξη θεωρείται ως ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση από το Συμβούλιο της Ευρώπης. Όταν η υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης βασίζεται σε εξειδικευμένη φροντίδα από παρόχους εκτός των καταστημάτων κράτησης, η διαθεσιμότητα των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα. Η υπηρεσία που παρέχει το κατάστημα κράτησης πρέπει να διασφαλίζει ότι οι χρόνοι εργασίας και τα προσόντα των θεραπόντων ιατρών ανταποκρίνονται στις ανάγκες του καταστήματος κράτησης. Η παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να διασφαλίζει την παροχή κάθε αναγκαίας νοσηλευτικής περίθαλψης. Για

4. Khudobin κατά Ρωσίας αρ. προσφ. 59696/00, Mouisel κατά Γαλλίας αρ. προσφ. 67263/01, Kaprykowski κατά Πολωνίας αρ. προσφ. 23052/05.
5. CPT/Inf (2012)21.

παράδειγμα, τα φάρμακα πρέπει κατά προτίμηση να διανέμονται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό, οι αρχές πρέπει τουλάχιστον να καταρτίσουν έναν κατάλογο φαρμάκων που πρέπει πάντα να διανέμονται μόνο υπό την επίβλεψη του ιατρικού προσωπικού, όπως ψυχοτρόπα και αντιβιοτικά φάρμακα. Σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει διαθέσιμο ιατρικό προσωπικό στις εγκαταστάσεις, τις νυχτερινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα, το προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύεται στην παροχή πρώτων βοηθειών. Κατά κανόνα, πρέπει να εφημερεύει ένας ιατρός για για επείγοντα περιστατικά.

Ισότιμη πρόσβαση στην περίθαλψη

Η υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει ιατρική περίθαλψη και νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και κατάλληλο πρόγραμμα διατροφής, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση ή οποιαδήποτε άλλη απαραίτητη ειδική φροντίδα, υπό συνθήκες ανάλογες με εκείνες που παρέχονται στους ασθενείς στην κοινότητα. Η πρόβλεψη όσον αφορά το ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό, καθώς και όσον αφορά τους χώρους, τις εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό, πρέπει να είναι προσανατολισμένη αναλόγως.

Περίθαλψη κρατουμένων σε νοσοκομειακά ιδρύματα

Όπως προαναφέρθηκε, το ίδιο το κατάστημα κράτησης δεν μπορεί να εγγυάται πάντα την απαραίτητη εξειδικευμένη φροντίδα. Τα κοντινά νοσοκομειακά ιδρύματα πρέπει συχνά να χρησιμοποιούνται για την εξεύρεση λύσεων για δυσκολότερα ιατρικά προβλήματα. Σε περίπτωση μεταφοράς σε νοσοκομειακό ίδρυμα, θα προκύψει ζήτημα ρυθμίσεων ασφαλείας. Οι κρατούμενοι που μεταφέρονται σε νοσοκομειακά ιδρύματα για να λάβουν θεραπεία δεν πρέπει να δένονται στα νοσοκομειακά κρεβάτια τους ή σε άλλα έπιπλα για λόγους κράτησης. Μπορούν και θα πρέπει να βρεθούν άλλα μέσα για την κάλυψη των αναγκών ασφαλείας. Η δημιουργία μιας μονάδας κράτησης στα εν λόγω νοσοκομειακά ιδρύματα είναι μια πιθανή λύση⁶.

1.2 Υγιεινή και προαγωγή της υγείας

Το καθήκον της υγειονομικής υπηρεσίας των καταστημάτων κράτησης δεν πρέπει να περιορίζεται στη θεραπεία ασθενών. Εφόσον δεν υπάρχει εξειδικευμένη υπηρεσία, εξακολουθεί να είναι υποχρέωσή της, σε συνεργασία με τις αρμόδιες αρχές, να εποπτεύει την οργάνωση τροφοδοσίας (ποιότητα, ποσότητα, παρασκευή και διανομή τροφίμων) και τις συνθήκες υγιεινής (καθαριότητα ενδυμάτων και ειδών κλινοστρωμνης, πρόσβαση σε τρεχούμενο

6. CPT/Inf (2012) 13.

νερό, εγκαταστάσεις υγιεινής) καθώς και τη θέρμανση, τον φωτισμό και τον εξαερισμό των κελιών. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο προγραμματισμός εργασιών και άσκησης σε εξωτερικούς χώρους. Οι ιατρικές υπηρεσίες των καταστημάτων κράτησης πρέπει επίσης να καλύπτουν την ψυχική υγιεινή, ιδίως για την πρόληψη των επιβλαβών ψυχολογικών επιπτώσεων ορισμένων πτυχών της κράτησης. Οι ανθυγιεινές συνθήκες, ο υπερπληθυσμός, η παρατεταμένη απομόνωση και η αδράνεια μπορεί να απαιτούν ιατρική βοήθεια για μεμονωμένους κρατούμενους ή/και γενική παροχή ιατρικής φροντίδας από την αρμόδια αρχή⁷.

Πρόσβαση σε ιατρούς

Κατά την κράτησή τους, οι κρατούμενοι πρέπει να μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ιατρούς ανά πάσα στιγμή, ανεξαρτήτως του καθεστώτος της κράτησής τους. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία όταν ο κρατούμενος βρίσκεται σε καθεστώς απομόνωσης. Η υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να επιτρέπει την ικανοποίηση των αιτημάτων επίσκεψης σε ιατρό χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη πρέπει να εποπτεύεται από το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αρκεί να εξαρτάται η παροχή ιατρικής παρακολούθησης από το αίτημα του κρατούμενου. Η παροχή ιατρικής παρακολούθησης πρέπει να προγραμματίζεται αναλόγως.

Πρόσβαση σε φάρμακα

Τα φάρμακα πρέπει να παρέχονται στους κρατούμενους ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους. Στην περίπτωση αυτή ισχύει επίσης η αρχή της ισότιμης πρόσβασης στην περίθαλψη. Τα κονδύλια που προορίζονται για τα καταστήματα κράτησης πρέπει να επαρκούν για να μπορούν τα φάρμακα να παρέχονται δωρεάν στους κρατούμενους που δεν καλύπτονται από ιατρική ασφάλιση ή δεν διαθέτουν τους πόρους για τα πληρώσουν οι ίδιοι. Δεν πρέπει να υπάρχει διακοπή (σε περιπτώσεις μεταφοράς από ένα κατάστημα κράτησης σε ένα άλλο) ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια των μακροχρόνιων θεραπειών.⁸

1.3 Ιατρικό απόρρητο

Με εξαίρεση τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, κάθε ιατρική εξέταση/επίσκεψη πρέπει να πραγματοποιείται σε αίθουσα ιατρικών επισκέψεων, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης, εμπιστευτικότητας, ιδιωτικότητας και αξιοπρέπειας. Το ιατρικό απόρρητο πρέπει να διασφαλίζεται και να τηρείται με

7. CPT/Inf (2012) 4..

8. CPT/Inf (99)18.

την ίδια αυστηρότητα που ισχύει για το σύνολο του πληθυσμού. Οι κρατούμενοι πρέπει να εξετάζονται μεμονωμένα, όχι σε ομάδες. Κανένας τρίτος που δεν ανήκει στο ιατρικό προσωπικό (άλλοι κρατούμενοι ή μη ιατρικό προσωπικό) δεν πρέπει να βρίσκεται στην αίθουσα εξέτασης. Οι κρατούμενοι δεν πρέπει να φορούν χειροπέδες κατά τη διάρκεια της εξέτασης/επίσκεψης και το φυλακτικό προσωπικό πρέπει να παραμένει σε απόσταση όπου δεν θα μπορεί να ακούει ούτε να βλέπει τη διαδικασία εξέτασης, εκτός εάν ο ιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό το ζητήσουν για λόγους ασφάλειας και προστασίας.⁹ Σε αρκετές πρόσφατες εκθέσεις επισκέψεων χωρών της ΕΠΒ, οι πρακτικές που δεν συμμορφώθηκαν με τους εν λόγω κανόνες αποτέλεσαν αντικείμενο επικρίσεων¹⁰. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου διαπίστωσε παραβίαση του άρθρου 3 της ΕΣΔΑ - δηλαδή απάνθρωπη και ταπεινωτική μεταχείριση¹¹ - σε περιπτώσεις χρήσης χειροπεδών στους κρατούμενους κατά τη διάρκεια ιατρικής εξέτασης και θεραπείας.

Εναλλακτικές λύσεις μπορούν και πρέπει να βρεθούν ώστε να εναρμονιστούν οι νόμιμες απαιτήσεις ασφαλείας με την αρχή του ιατρικού απορρήτου. Μια επιλογή μπορεί να είναι η εγκατάσταση ενός συστήματος κλήσεων, ώστε ο ιατρός να είναι σε θέση να ειδοποιεί άμεσα το φυλακτικό προσωπικό στις εξαιρετικές περιπτώσεις κατά τις οποίες ένας κρατούμενος είναι ανήσυχος ή απειλεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής εξέτασης¹².

Η τελική απόφαση, όσον αφορά δεοντολογικά αμφισβητήσιμες πρακτικές σχετικά με τη χρήση χειροπεδών και συνεντεύξεων πίσω από ειδικό τζάμι, πρέπει να ανήκει στο ιατρικό προσωπικό. Οι αίθουσες εξέτασης πρέπει να είναι ασφαλείς, πρέπει επομένως να είναι εξοπλισμένες με τρόπο τέτοιο ώστε να περιορίζονται οι κίνδυνοι δραπέτευσης. Αυτό συμβάλει επίσης στην αντιμετώπιση των ανησυχιών αναφορικά με την ασφάλεια.

Εάν και όταν το φυλακτικό προσωπικό αναλαμβάνουν να διανείμουν φάρμακα σε κρατούμενους, το ιατρικό προσωπικό πρέπει να προσυσκευάζει τα φάρμακα σε κουτιά δοσολογίας. Για την προστασία του ιατρικού απορρήτου, το προσωπικό που διανέμει τα φάρμακα δεν πρέπει να γνωρίζει τα ονόματα και τη δοσολογία του εκάστοτε φαρμάκου.

Η τήρηση των ιατρικών φακέλων των κρατουμένων αποτελεί ευθύνη του ιατρού. Σε περίπτωση μεταγωγής, ο φάκελος πρέπει να αποστέλλεται με εμπιστευτικό τρόπο - με τη χρήση ασφαλούς μεταφοράς δεδομένων - στους ιατρούς του καταστήματος κράτησης προορισμού.

9. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

10. CPT/Inf (2007)47, (2008)3, (2010)1, (2011)20, (2012) 17, (2012) 32.

11. Mouisel κατά Γαλλίας αρ. προσφ. 67263/01 και Tarariyeva κατά Ρωσίας αρ. προσφ. 4353/03.

12. CPT/Inf (2007)47

Το απόρρητο μεταξύ ιατρού-ασθενή ως ακρογωνιαίος λίθος της ιατρικής δεοντολογίας

Η τήρηση του απορρήτου είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση ενός κλίματος εμπιστοσύνης, το οποίο είναι απαραίτητο για τη σχέση ιατρού-ασθενούς. Πρέπει να αποτελεί καθήκον του ιατρού να διατηρεί μια τέτοια σχέση και να αποφασίζει πώς θα τηρεί τους κανόνες απορρήτου σε μια δεδομένη περίπτωση. Ο ιατρός ενός καταστήματος κράτησης ενεργεί ως προσωπικός ιατρός ασθενούς. Οι κρατούμενοι πρέπει να μπορούν να έχουν πρόσβαση στην υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης σε εμπιστευτική βάση - για παράδειγμα, μέσω μηνύματος σε σφραγισμένο φάκελο. Το φυλακτικό προσωπικό δεν πρέπει να επιχειρούν να εξετάζουν αιτήματα για επισκέψεις σε ιατρούς.

Μια δύσκολη κατάσταση μπορεί να προκύψει όταν η απόφαση του ασθενούς έρχεται σε σύγκρουση με το γενικό καθήκον περίθαλψης που εναπόκειται στον ιατρό. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν ο ασθενής επηρεάζεται από προσωπικές πεποιθήσεις (για παράδειγμα, άρνηση μετάγγισης αίματος) ή ακόμα όταν προβαίνει σε αυτοακρωτηριασμό προκειμένου να ασκήσει πίεση για μια απαίτηση, να διαμαρτυρηθεί ενάντια στην εξουσία ή να δηλώσει την υποστήριξή του σε έναν σκοπό.

1.4 Ιατρικές επισκέψεις

Σύμφωνα με τη σύσταση CM Rec(2006)2 σχετικά με τους Ευρωπαϊκούς Σωφρονιστικούς Κανόνες (ΕΣΚ), παράγραφος 42.1-3 (Καθήκοντα των ιατρών), ο ιατρός θα δέχεται κάθε κρατούμενο όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την είσοδο, όταν οι κρατούμενοι δεν αισθάνονται καλά, μετά από τραυματισμούς ή βίαιες πράξεις και πριν από την απόλυση. Εάν ο ιατρός δεν είναι σε θέση να δεχτεί εγκαίρως τον νέο κρατούμενο ή τον ασθενή κρατούμενο, πρέπει να εξασφαλίζει ότι θα υπάρχει άλλος ιατρός ή εξειδικευμένος νοσηλευτής να τον αντικαταστήσει¹³. Στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι δυνατό, λόγω έλλειψης προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης ή/και υπερπληθυσμού των καταστημάτων κράτησης, η πρώτη από τις επτά βασικές αρχές της ΕΠΒ, πρόσβαση σε ιατρούς, παρεμποδίζεται. Αποτελεί ευθύνη του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης να ζητήσει επιπλέον προσωπικό εάν χρειαστεί και να τεκμηριώσει αυτό το αίτημα. Στις επισκέψεις χωρών, η ΕΠΒ διαπίστωσε επανειλημμένα σε πολλές χώρες την ανεπαρκή στελέχωση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης. Οι συνέπειες της ανεπαρκούς στελέχωσης προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης - έλλειψη ή καθυστέρηση σε ιατρικές

13. CM: Recommendation Rec (2006)2 on the European Prison Rules (αναθεωρημένη)

εξετάσεις, επισκέψεις ή περίθαλψη - μπορεί να ισοδυναμούν με απάνθρωπη μεταχείριση, δηλαδή παραβίαση του άρθρου 3 της ΕΣΔΑ.¹⁴

Συναίνεση του ασθενούς

Κατά κανόνα, οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης δεν πρέπει να προβαίνουν σε εξετάσεις ή θεραπεία χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς. Η πραγματική συναίνεση απαιτεί την κατάλληλη ενημέρωση - «συναίνεση έπειτα από ενημέρωση» - η οποία πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη τον αναλφαριθμητισμό, τις δυσκολίες κατανόησης και τους γλωσσικούς φραγμούς που συχνά διαπιστώνονται στον πληθυσμό των φυλακών, ένα πρόβλημα το οποίο η ΕΠΒ αντιμετώπισε σε αρκετές επισκέψεις. Σε περίπτωση μη συναίνεσης ή άρνησης, ο ιατρός πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο/η ασθενής κατανοεί τις συνέπειες της απόφασής του/της και ότι ο/η ασθενής γνωρίζει ότι μπορεί να ανακαλέσει την απόφασή του/της ανά πάσα στιγμή. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από την αρχή της συναίνεσης του ασθενούς είναι δικαιολογημένη μόνο εάν συμμορφώνεται με τη νομοθεσία, για παράδειγμα στην περίπτωση ασθενών με ψυχικές νόσους που δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν τις συνέπειες ή σε περιπτώσεις επείγουσας θεραπείας ασθενών που έχουν χάσει τις αισθήσεις τους. Μη συμμόρφωση με την εν λόγω αρχή δεοντολογίας διαπιστώθηκε επανειλημμένα κατά τη διάρκεια των επισκέψεων της ΕΠΒ.¹⁵ Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου διαπίστωσε παραβίαση του άρθρου 3 της ΕΣΔΑ¹⁶ σε περιπτώσεις ιατρικών επεμβάσεων χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς.

Το δικαίωμα συναίνεσης στη θεραπεία

Κάθε δικαιοπρακτικά ικανός ασθενής είναι ελεύθερος να αρνηθεί θεραπεία ή οποιαδήποτε άλλη ιατρική επέμβαση. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από αυτή τη θεμελιώδη αρχή πρέπει να συνάδει με τη νομοθεσία και να σχετίζεται μόνο με σαφείς και αυστηρά καθορισμένες εξαιρετικές συνθήκες που ισχύουν στην κοινότητα.

Πρέπει να ακολουθείται μια πολύ προσεκτική προσέγγιση όσον αφορά τη βιοϊατρική έρευνα με την συμμετοχή κρατούμενων. Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος η συναίνεση να επηρεάζεται από την εκάστοτε ποινική κατάσταση. Πρέπει να υπάρχουν εγγυήσεις για να εξασφαλίζεται ότι ο κάθε κρατούμενος έχει δώσει τη συναίνεσή του ελεύθερα και αφού έχει ενημερωθεί σχετικά. Οι κανόνες πρέπει να είναι οι ίδιοι με αυτούς που ισχύουν στην κοινότητα.

14. Pavalache v. Romania 38746/03; Khudobin v. Russia 59696/00, Hummatov v. Azerbaijan 9852/05.

15. CPT/Inf (2008)26, (2009)13, (2010)1, (2011)1, (2011)20.

16. Nevmerzhitsky κατά Ουκρανίας αρ. προσφ. 54825/00· Jalloh κατά Γερμανίας αρ. προσφ. 54810/00.

Ιατρική επίσκεψη κατά την εισαγωγή στο κατάστημα κράτησης

Πρέπει να τονιστεί η σημασία της ιατρικής εξέτασης κατά την εισαγωγή στο κατάστημα κράτησης: ο κύριος σκοπός της είναι ο έγκαιρος εντοπισμός σοβαρών προβλημάτων υγείας τα οποία ενδέχεται να απαιτούν τη λήψη άμεσων μέτρων για την προστασία της υγείας του νέου κρατουμένου και, σε περιπτώσεις μεταδοτικών ασθενειών, για την προστασία της υγείας του πληθυσμού του καταστήματος κράτησης. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο αυτή η εξέταση, εκτός από εξαιρετικές περιστάσεις, πρέπει να πραγματοποιείται την ημέρα της εισόδου στο κατάστημα.¹⁷ Πρόσφατα διαπιστώθηκαν από την ΕΠΒ αδικαιολόγητες καθυστερήσεις στη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων κατά την είσοδο στα καταστήματα κράτησης¹⁸ - ή επιφανειακή και ελλιπή διενέργειά τους¹⁹ - σε αρκετές εκθέσεις επισκέψεων χωρών.

Επιπλέον, η ιατρική εξέταση κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης παρέχει μια σημαντική ευκαιρία για τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης να κερδίσουν την εμπιστοσύνη του νέου κρατουμένου και να παράσχουν πληροφορίες σχετικά με:

- ▶ το απόρρητο και την επαγγελματική ανεξαρτησία των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης,
- ▶ τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των κρατουμένων σχετικά με την υγεία,
- ▶ την οργάνωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και το πώς, πότε, πού και από ποιον μπορεί να λαμβάνεται ιατρική βοήθεια και συμβουλές,
- ▶ τον κίνδυνο από μεταδοτικές ασθένειες στο κατάστημα κράτησης και τους τρόπους αποφυγής τους,
- ▶ εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για φυματίωση, HIV και κρούσματα ηπατίτιδας Β/Γ,
- ▶ κάθε ειδικό πρόγραμμα θεραπείας και προαγωγής της υγείας που παρέχεται στο κατάστημα κράτησης.

Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να παρέχονται με τρόπο τέτοιο ώστε ο κρατούμενος να μπορεί να τις κατανοήσει πλήρως. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις μαθησιακές δυσκολίες και στον αναλφαβητισμό, τα οποία συχνά διαπιστώνονται στον πληθυσμό των καταστημάτων κράτησης, καθώς και στους γλωσσικούς φραγμούς. Καλά σχεδιασμένα φυλλάδια με αντίστοιχη μετάφραση στις σχετικές γλώσσες μπορούν να παράσχουν επιπλέον υποστήριξη.

17. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

18. CPT/Inf (2009)38· (2011)20· (2012)17· (2012)32.

19. CPT/Inf (2011)33· (2011)24· (2012)17· (2012)34.

Στη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης κατά την εισαγωγή στο κατάστημα κράτησης, ο/η γιατρός ή ο/η νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια πρέπει να συστήνονται στον νέο κρατούμενο, αναφέροντας το όνομα και την ιδιότητά τους, και πρέπει να προσπαθήσουν να δημιουργήσουν ένα κλίμα σεβασμού, εμπιστοσύνης, ιδιωτικότητας και αξιοπρέπειας. Η ιατρική εξέταση κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης, όπως και κάθε πρώτη ιατρική εξέταση στην κοινότητα, πρέπει να συνίσταται στην παροχή λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού και στην κλινική εξέταση. Προκειμένου να καταστεί δυνατή η λήψη άμεσων μέτρων μετά από τις ιατρικές εξετάσεις κατά την εισαγωγή στο κατάστημα κράτησης, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις ακόλουθες απαιτήσεις:

- ▶ συμπτώματα σοβαρών διανοητικών διαταραχών,
- ▶ παράγοντες κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας,
- ▶ ιστορικό και συμπτώματα εξάρτησης από το αλκοόλ ή ναρκωτικές ουσίες και συμπτώματα στέρησης,
- ▶ ιστορικό ή/και σημάδια βίας και κακοποίησης,
- ▶ μεταδοτικές ασθένειες,
- ▶ διανοητικές ή σωματικές αναπηρίες που οδηγούν σε κατάσταση ιδιαίτερης ευπάθειας εντός του καταστήματος κράτησης.

Για ασθενείς που πάσχουν από οξεία ψύχωση ή μείζονα κατάθλιψη χρειάζεται άμεση θεραπεία σε ψυχιατρική μονάδα. Ομοίως, κρατούμενοι με αυτοκτονικές τάσεις πρέπει να λαμβάνουν άμεση ιατρική υποστήριξη και πρέπει να βρίσκονται υπό ειδική παρακολούθηση.²⁰ Ο μη εντοπισμός τέτοιων ασθενών κρατουμένων ή/και η μη λήψη των κατάλληλων μέτρων αποτέλεσαν αντικείμενο επικρίσεων στις εκθέσεις χωρών της ΕΠΒ.²¹ Στις περιπτώσεις αυτές, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου διαπίστωσε παραβιάσεις του άρθρου 2 (δικαίωμα στη ζωή) ή/και του άρθρου 3 (απαγόρευση των βασανιστηρίων και των απάνθρωπων ή εξευτελιστικών ποινών ή μεταχείρισης) της ΕΣΔΑ.²²

Ασθενείς οι οποίοι είναι εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες κινδυνεύουν να αναπτύξουν σύνδρομο στέρησης που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τους κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών μετά την έκτιση μιας στερητικής της

20. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011)· ΕΥ: Οι δεοντολογικές και οργανωτικές πτυχές της υγειονομικής περιθάλψης στα καταστήματα κράτησης. Σύσταση R (1998) 7.

21. CPT/Inf (2006)3· (2006)24· (2012)11.

22. Keenan κατά Ηνωμένου Βασιλείουαρ. προσφ. 27229/95· Güneç κατά Τουρκίας αρ. προσφ. 70337/01· Riviere κατά Γαλλίας αρ. προσφ. 33834/03· Renolde κατά Γαλλίας αρ. προσφ. 5608/05· De Donder και De Clippel κατά Βελγίου αρ. προσφ. 8595/06· Dybeku κατά Αλβανίας αρ. προσφ. 41153/06· Ketreb κατά Γαλλίας αρ. προσφ. 38447/09· Mouisiel κατά Γαλλίας αρ. προσφ. 67263/01· Tarariyeva κατά Ρωσίας αρ. προσφ. 4353/03.

ελευθερίας ποινής. Ως εκ τούτου, απαιτείται η παροχή κατάλληλης ιατρικής περίθαλψης. Η ΕΠΒ διαπίστωσε ελλείψεις όσον αφορά αυτό το ζήτημα σε πολλές επισκέψεις²³ και υπήρξε τουλάχιστον μία υπόθεση συνδρόμου στέρησης με μοιραία κατάληξη στη νομολογία του Δικαστηρίου στο Στρασβούργο, η οποία θεωρήθηκε ως παραβίαση του άρθρου 3 της ΕΣΔΑ²⁴.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία πολλών χωρών, καθώς και με τα πρότυπα της ΕΠΒ,²⁵ την παράγραφο 42.3γ των ΕΣΚ,²⁶ τις Διακηρύξεις της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (WMA)²⁷ και το πρωτόκολλο της Κωνσταντινούπολης,²⁸ ο θεράπων ιατρός έχει την υποχρέωση να καταγράφει σημάδια βίας και ιδιαίτερα σημάδια κακοποίησης που διαπιστώνει και να τα αναφέρει στις αρχές κατόπιν συναίνεσης του ασθενή. Η τεκμηρίωση πρέπει να συντάσσεται χωρίς καθυστέρηση, διότι τα σημάδια βίας εξαφανίζονται με την πάροδο του χρόνου, και πρέπει να υποβάλλονται ορθά ενώπιον δικαστηρίου.²⁹ Για τα εν λόγω σημάδια πρέπει να ενημερώνονται άμεσα οι αρμόδιες αρχές προκειμένου να αποφευχθεί η συνέχιση της βίας και της κακοποίησης. Επίσης, η κλινική εξέταση κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης πρέπει να χρησιμεύει για τον έλεγχο για σημάδια βίας ή κακοποίησης. Η επαναλαμβανόμενη μη τήρηση των ανωτέρω αποτέλεσε αντικείμενο επικρίσεων κατά τη διάρκεια επισκέψεων της ΕΠΒ.³⁰ Ισχυρισμοί περί κακοποίησης πρέπει να καταγράφονται από τον ιατρό του καταστήματος κράτησης και, μαζί με τα αντικειμενικά ευρήματα της ιατρικής εξέτασης και τα συμπεράσματα του ιατρού σχετικά με τη συνάφεια, πρέπει να γνωστοποιούνται άμεσα στον αρμόδιο εισαγγελέα.³¹

Ο ιατρικός έλεγχος για μεταδοτικές ασθένειες κατά τη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης είναι απαραίτητος για

23. CPT/Inf (2004)20· (2006)14· (2007)42· (2012)32.

24. McGlinchey και λοιποί κατά Ηνωμένου Βασιλείου αρ. προσφ. 50390/99.

25. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

26. Σύσταση CM Rec(2006)2 σχετικά με τους ευρωπαϊκούς σωφρονιστικούς κανόνες.

27. Παγκόσμια Ιατρική Ένωση: Διακήρυξη του Τόκιο. Κατευθυντήριες γραμμές για τους ιατρούς σχετικά με τα βασανιστήρια και άλλους τρόπους σκληρής, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας σε σχέση με την κράτηση και τη φυλάκιση. Τόκιο 1975, αναθ. Divonne-les-Bains (2005)- Παγκόσμια Ιατρική Ένωση: Διακήρυξη σχετικά με την υποστήριξη των ιατρών που αρνούνται να συμμετάσχουν ή να εγκρίνουν τη χρήση βασανιστηρίων ή άλλων τρόπων σκληρής, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης, Αμβούργο (1997)- Παγκόσμια Ιατρική Ένωση: Ψήφισμα σχετικά με την ευθύνη των ιατρών κατά την καταγγελία πράξεων βασανιστηρίων ή σκληρής ή απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης οι οποίες έχουν περιέλθει στη γνώση τους, Ελσίνκι (2003).

28. ΟΗΕ: Πρωτόκολλο Κωνσταντινούπολης. Εγχειρίδιο για την αποτελεσματική διερεύνηση και τεκμηρίωση βασανιστηρίων και άλλων τρόπων σκληρής, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας (Νέα Υόρκη/Γενεύη 2004).

29. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

30. CPT/Inf (2009)1· (2009)13· (2009)37· (2010)1· (2010)33· (2011)24· (2012)1.

31. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

τον εντοπισμό ασθενών που πρέπει να απομονωθούν και για την πρόληψη της εξάπλωσης νόσων, όπως η αερογενής μετάδοση της φυματίωσης. Η απομόνωση των κρατούμενων λόγω κινδύνου μόλυνσης πρέπει να εφαρμόζεται στο κατάστημα κράτησης με τον ίδιο τρόπο που εφαρμόζεται στην κοινότητα³². Δεν υπάρχει επομένως κανένας λόγος να απομονώνονται κρατούμενοι που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV ή της ηπατίτιδας Β και Γ. Ωστόσο, η εκπαίδευση και η ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους να προσβληθούν οι κρατούμενοι από αυτές τις λοιμώξεις εντός του καταστήματος κράτησης - μέσω την λήψης μέτρων περιορισμού των κινδύνων, προσκλήσεων για την εθελοντική εμπιστευτική λήψη συμβουλών και εξετάσεων και, κατά περίπτωση, της έγκαιρης θεραπείας πρέπει να αποτελούν μέρος των ιατρικών επισκέψεων κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης. Σε αρκετές πρόσφατες επισκέψεις χωρών, η ΕΠΒ άσκησε κριτική για την έλλειψη ή την ανεπάρκεια ελέγχων για μεταδοτικές ασθένειες στη διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης³³.

Άτομα με διανοητικές ή σωματικές αναπηρίες είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε σχέση με τον εγκλεισμό τους σε καταστήματα κράτησης. Λόγω των αναπηριών τους, δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν ή/και να αντιμετωπίσουν τις αυστηρές και σκληρές συνθήκες ενός «κλειστού ιδρύματος» όπως το κατάστημα κράτησης και διατρέχουν τον κίνδυνο διανοητικής ή σωματικής κακοποίησης από το αδιάφορο προσωπικό και τους συγκρατούμενούς τους. Αποτελεί καθήκον των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης να εντοπίζουν τους κρατούμενους με αναπηρίες κατά την είσοδό τους στο κατάστημα κράτησης προκειμένου να τους παράσχουν ανθρωπιστική βοήθεια³⁴ και να προτείνουν τα κατάλληλα μέτρα για την προστασία τους. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου διαπίστωσε παραβίαση του άρθρου 3 της ΕΣΔΑ³⁵ σε περιπτώσεις μη συμμόρφωσης με την εν λόγω ευθύνη, θεωρώντας την ως ταπεινωτική μεταχείριση.

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις προαναφερθείσες ευθύνες των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης, καθίσταται σαφές ότι για να εκπληρωθούν όλα αυτά τα καθήκοντα πρέπει να υπάρχει επαρκής χρόνος για κάθε επίσκεψη. Λαμβάνοντας επιπλέον υπόψη το αίτημα διενέργειας της ιατρικής επίσκεψης κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης, αναπόφευκτα η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι επαρκώς στελεχωμένη σε συνάρτηση τον αριθμό καθημερινών εισόδων στα καταστήματα κράτησης, ιδίως σε προδικαστικό στάδιο. Το ζήτημα αυτό τέθηκε επανειλημμένα από την ΕΠΒ, επίσης κατά τις πρόσφατες επισκέψεις χωρών.³⁶

32. CPT/Inf (2009)38· (2011)20· (2012)17· (2012)32.

33. CPT/Inf (2011)26· (2012)1· (2012)4· (2012)11· (2012)15· (2012)17· (2012)32.

34. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

35. Price κατά Ηνωμένου Βασιλείου αρ. προσφ. 33394/96.

36. CPT/Inf (2012)1· (2012)9· (2012)17· (2012)19· (2012)21· (2012)32.

Παρά τη σπουδαιότητά της, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι, κατά κανόνα, η ιατρική εξέταση κατά την εισαγωγή στο κατάστημα κράτησης, όπως οποιαδήποτε άλλη ιατρική παρέμβαση, απαιτεί τη συναίνεση του ασθενή.³⁷ Το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης είναι υποχρεωμένο να προσφέρει την εν λόγω εξέταση. Ωστόσο, ο κρατούμενος έχει το δικαίωμα να την αρνηθεί. Σε περιπτώσεις που ο κρατούμενος αρνείται την εξέταση, αυτό πρέπει να καταγράφεται στον ιατρικό του φάκελο.

Ιατρική εξέταση μετά από περιστατικά βίας

Σύμφωνα με τη Σύσταση R (1998) 7 της ΕΥ και τα πρότυπα της ΕΠΒ, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης των καταστημάτων κράτησης μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη της βίας κατά των κρατουμένων μέσω της συστηματικής καταγραφής των τραυματισμών και, εάν είναι απαραίτητο, της τακτικής διαβίβασης γενικών πληροφοριών στις αρμόδιες αρχές σχετικά με το πρόβλημα της βίας εντός των καταστημάτων κράτησης.³⁸

Οι ιατρικές εξετάσεις μετά από περιστατικά βίας αποτελούν θεμελιώδη εγγύηση κατά της κακοποίησης και της ατιμωρησίας, καθώς και κατά της βίας μεταξύ των κρατουμένων εντός των καταστημάτων κράτησης. Αυτό δεν αφορά μόνο τον έλεγχο για σημάδια βίας κατά τη διάρκεια ιατρικών εξετάσεων κατά την εισαγωγή του κρατουμένου στο κατάστημα κράτησης, αλλά και τις ιατρικές εξετάσεις μετά από κάθε περιστατικό βίας κατά τη διάρκεια της κράτησης. Οποιοσδήποτε ισχυρισμός περί βίας ή κακοποίησης πρέπει να καταγράφεται και να συνοδεύεται από εμπειριστατωμένη ιατρική εξέταση, ιατρική τεκμηρίωση των ευρημάτων και των συμπερασμάτων του θεράποντος ιατρού που πρέπει να διαβιβάζονται στον αρμόδιο εισαγγελέα με τη συναίνεση του ασθενούς ως το αιτιολογικό μέρος ενώπιον του δικαστηρίου.³⁹ Επιπλέον, κάθε περιστατικό βίας πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη συστηματική στατιστική καταγραφή βίαιων περιστατικών από τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να βοηθηθούν οι αρχές στην αξιολόγηση του επιπέδου βίας σε ένα κατάστημα κράτησης και να σχεδιάζουν προληπτικά μέτρα για την καταπολέμηση της βίας. Η μη τήρηση των εν λόγω συστάσεων έχει αποτελέσει αντικείμενο επικρίσεων από την ΕΠΒ κατά τη διάρκεια αρκετών επισκέψεων χωρών.⁴⁰

Ιατρική εξέταση πριν από την απόλυση

Σύμφωνα την παράγραφο 33.6 των ΕΣΚ, η ιατρική εξέταση αποτελεί μέρος της προετοιμασίας ενός κρατούμενου που πρόκειται να αποφυλακιστεί. Πρέπει

37. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

38. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011)· CPT/Inf (2011)33· (2011)24· (2012)17· (2012)34.

39. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

40. Sławomir Musiał κατά Πολωνίας αρ. προσφ. 28300/06, Aerts κατά Βελγίου αρ. προσφ. 25357/94.

να προσφέρεται όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον χρόνο απόλυσης,⁴¹ αλλά και εγκαίρως ώστε να προγραμματιστεί σωστά. Η στιγμή κατά την οποία ο κρατούμενος λαμβάνει την απόρρητη ιατρική έκθεση, η οποία χρησιμεύει ως ιατρική πληροφορία για τον ιατρό που θα τον/την εξετάζει μετά την απόλυση του, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ευκαιρία να του/της παρασχεθούν ιατρικές συμβουλές σχετικά με τη μελλοντική ιατρική του/της περίθαλψη. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ενημερώνονται οι ουσιοεξαρτημένοι κρατούμενοι σχετικά με τον υψηλό κίνδυνο θανατηφόρας υπερβολικής δόσης εάν συνεχίσουν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών μετά την απόλυσή τους.⁴² Η συνεχής ιατρική παρακολούθηση είναι ιδιαίτερα σημαντική για ασθενείς που υποβάλλονται σε αντιμικροβιακή και αντιρετροϊκή θεραπεία διότι οι διακοπές προκαλούν την ανάπτυξη πολυανθεκτικής φυματίωσης και ανθεκτικών στα φάρμακα ιικών στελεχών μεταξύ ασθενών που λαμβάνουν ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία με υποκατάστατα οπιούχων. Η συνέχιση τους έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά το υπερβολικά μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας των χρηστών ναρκωτικών ουσιών την πρώτη ημέρα μετά την απόλυση τους.⁴³ Η συνέχιση της ιατρικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της μετάβασης από το κατάστημα κράτησης στην κοινότητα, σε συνδυασμό με την ψυχοκοινωνική μέριμνα, αυτή που πρόσφατα αναφέρεται ως «μέριμνα μετά την απόλυση»⁴⁴ πρέπει να προγραμματίζεται πολύ πιο πριν από την απόλυση, αλλά η ιατρική εξέταση πριν από την απόλυση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία.

1.5 Ιατρικά έγγραφα και τήρηση αρχείων

Μπορεί να υποστηριχθεί ότι, λόγω της έλλειψης επαγγελματιών υγείας και του υπερβολικού φόρτου εργασίας τους, ο περιορισμένος χρόνος τους πρέπει να αφιερωθεί για την άμεση φροντίδα των ασθενών και όχι στην σύνταξη εγγράφων ή διεκπεραίωση διοικητικών διαδικασιών. Ωστόσο, η λεπτομερής τεκμηρίωση και τήρηση αρχείων είναι απαραίτητες για την εξειδικευμένη φροντίδα των ασθενών και τη συνέχισή της, όχι μόνο για το συμφέρον του ασθενούς αλλά και προς όφελος των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης και της διοίκησης των καταστημάτων κράτησης. Κατηγορίες περί ελλιπούς ιατρικής περίθαλψης μπορούν να παραπέμπονται στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο

41. Σύσταση CM Rec(2006)2 σχετικά με τους ευρωπαϊκούς σωφρονιστικούς κανόνες.

42. ΠΟΥ: Πρόληψη της οξείας θνησιμότητας που σχετίζεται με τις ναρκωτικές ουσίες σε πληθυσμούς σωφρονιστικών καταστημάτων κατά τη διάρκεια της περιόδου αμέσως μετά την αποφυλάκιση (2010).

43. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

44. Throughcare Working in Partnership: Throughcare services for prisoners with problematic drug use - a toolkit [Συνεργασία για τη μετέπειτα παρακολούθηση: Υπηρεσίες μετέπειτα παρακολούθησης για κρατούμενους με προβλήματα χρήσης ναρκωτικών ουσιών - δέσμη εργαλείων], εκδ. M. MacDonald κ.ά., Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2012).

Δικαιωμάτων του Ανθρώπου εάν δεν αποδεικνύεται το αντίθετο από κατάλληλη ιατρική τεκμηρίωση.⁴⁵

Πρέπει να καταρτίζεται ιατρικός φάκελος για κάθε ασθενή, ο οποίος θα περιλαμβάνει διαγνωστικές πληροφορίες και όλα τα αρχεία ιστορικού του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων τυχόν ειδικών εξετάσεων στις οποίες έχει υποβληθεί. Πρέπει να τηρούνται ημερήσια μητρώα από ομάδες υγειονομικής περίθαλψης, στα οποία θα αναφέρονται συγκεκριμένα συμβάντα που σχετίζονται με τον ασθενή. Τα εν λόγω μητρώα είναι χρήσιμα επειδή παρέχουν μια συνολική εικόνα της κατάστασης της υγειονομικής περίθαλψης εντός των καταστημάτων κράτησης, επισημαίνοντας συγκεκριμένα προβλήματα που ενδέχεται να προκύψουν. Ο κρατούμενος πρέπει να έχει τη δυνατότητα να συμβουλευτεί τον ιατρικό του φάκελο, εκτός εάν αυτό δεν ενδείκνυται για θεραπευτικούς λόγους, και πρέπει να μπορεί να ζητήσει τη γνωστοποίηση των πληροφοριών στην οικογένειά του/της ή στον δικηγόρο του/της. Σε περιπτώσεις μεταγωγής, ο φάκελος πρέπει να αποστέλλεται στους ιατρούς του καταστήματος κράτησης υποδοχής.⁴⁶

Ατομική τεκμηρίωση ιατρικών αρχείων

Σύμφωνα με τη νομοθεσία που αφορά την υγειονομική περίθαλψη των περισσότερων χωρών και την αρχή της ισότιμης πρόσβασης στην περίθαλψη, οι επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης υποχρεούνται να καταρτίζουν και να τηρούν ιατρικό αρχείο για κάθε κρατούμενο ξεχωριστά.

Ο φάκελος πρέπει να περιέχει πλήρες ιατρικό ιστορικό, τα αποτελέσματα της ιατρικής εξέτασης κατά την εισαγωγή του κρατουμένου στο κατάστημα κράτησης, όλα τα διαθέσιμα ιατρικά αρχεία που αφορούν τον ασθενή, συμπεριλαμβανομένων όλων των εξετάσεων κατόπιν αιτήματος του ασθενή, με τα ευρήματα, τις συμβουλές και τη θεραπεία που ορίζεται από τον ιατρό. Όλες οι έγγραφες καταχωρίσεις πρέπει να υπογράφονται. Ελλιπή ή ακόμη και ελλείποντα ιατρικά αρχεία έχουν εντοπιστεί και αποτέλεσαν αντικείμενο επικρίσεων από την ΕΠΒ σε αρκετές επισκέψεις σε καταστήματα κράτησης⁴⁷. Πρέπει να χρησιμοποιούνται τυποποιημένα ιατρικά αρχεία σε όλα τα καταστήματα κράτησης μιας χώρας προκειμένου να διευκολύνεται η διαβίβαση ιατρικών πληροφοριών μεταξύ ιατρών κατά τη μεταγωγή των κρατουμένων σε άλλα καταστήματα. Ιδιαίτερη σημασία έχει η προσεκτική και λεπτομερής τεκμηρίωση των εξής:

- εξέταση κατά την εισαγωγή στο κατάστημα κράτησης,

45. Malenko κατά Ουκρανίας 18660/03.

46. CPT/Inf (2009)38.

47. CPT/Inf (2004)36· (2006)24· (2007)47· (2009)25· (2009)38· (2012)19 29) CPT/Inf (2004)21· (2004)36· (2010)29; (2010)20.

- ▶ πληροφορίες για τυχόν διαγνώσεις που υποδηλώνουν σοβαρές συνέπειες από την πρόγνωση, τη θεραπεία ή τη μετάδοση ασθενειών,
- ▶ έκτακτα ιατρικά περιστατικά,
- ▶ πληροφορίες σχετικά με εξετάσεις ή θεραπείες με πιθανές ανεπιθύμητες παρενέργειες,
- ▶ συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης και μη συναίνεση ή άρνηση συνιστώμενης εξέτασης ή θεραπείας,
- ▶ τυχόν αρχεία καταγραφής σημάδιων βίας,
- ▶ περιπτώσεις παραβίασης του ιατρικού απορρήτου ή της συναίνεσης του ασθενούς.

Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν εξηγήσεις σχετικά με τις διαγνώσεις, τις προγνώσεις, τις συστάσεις θεραπείας, τις εναλλακτικές θεραπείες, τις παρενέργειες των θεραπειών και τυχόν κινδύνους της που συνεπάγεται η μη θεραπεία, ώστε να μπορούν να παράσχουν ή να μη παράσχουν κατόπιν ενημέρωσης τη συναίνεσή τους. Οι πληροφορίες που παρέχονται στον κρατούμενο πρέπει να τεκμηριώνονται στον φάκελο του ασθενούς. Για επεμβατικές ιατρικές διαδικασίες ή θεραπείες με καθορισμένες ανεπιθύμητες παρενέργειες, πρέπει να ζητείται η γραπτή συναίνεση του ασθενούς.

Μόνο οι γιατροί, οι νοσηλεύτες και λοιποί επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης που δεσμεύονται από το ιατρικό απόρρητο μπορούν να έχουν πρόσβαση στους ιατρικούς φακέλους, οι οποίοι πρέπει να κλειδώνονται και να φυλάσσονται ξεχωριστά από τα επιμέρους διοικητικά αρχεία των κρατουμένων. Οι ιατροί ή οι νοσηλεύτες των καταστημάτων κράτησης δεν πρέπει ποτέ να επιτρέπουν τη δημοσιοποίηση ιατρικών δεδομένων ασθενών στη διοίκηση του καταστήματος κράτησης ή σε οποιονδήποτε τρίτο χωρίς τη ρητή συναίνεση του ασθενούς. Εξαιρέσεις σε αυτόν τον κανόνα αποτελούν: η απόφαση δικαστηρίου (στην περίπτωση αυτή ο ιατρός πρέπει να υποβάλλει απευθείας τις πληροφορίες στον δικαστή) και οι σπάνιες περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ιατρός πρέπει να αποφασίσει την παραβίαση του απορρήτου, προκειμένου να προστατεύσει ένα ισχυρό νόμιμο δικαίωμα, όπως για παράδειγμα την υγεία ή τη ζωή ενός άλλου προσώπου. Και στις δύο περιπτώσεις ο ιατρός πρέπει να ενημερώσει σχετικά τον ασθενή. Στις επισκέψεις χωρών η ΕΠΒ τόνισε επανειλημμένα την ανάγκη βελτίωσης του απορρήτου των ιατρικών αρχείων των κρατουμένων⁴⁸. Σε πολλά κράτη εγκαθίσταται τώρα ηλεκτρονικό σύστημα ιατρικών αρχείων, αλλά αυτό πρέπει να διαθέτει εγγυήσεις ώστε μόνο το ιατρικό προσωπικό να έχει πρόσβαση σε ιατρικά δεδομένα μεμονωμένων ασθενών.

48. CPT/Inf (2004)36; (2006)24; (2007)47; (2009)25; (2009)38; (2012)19 29) CPT/Inf (2004)21;(2004)36; (2010)29; (2010)20

Το αίτημα ενός ασθενούς κρατούμενου να έχει πρόσβαση στον ιατρικό φάκελό του/της πρέπει να γίνει αποδεκτό από τον θεράποντα ιατρό. Σε περιπτώσεις μεταγωγής, ο κρατούμενος πρέπει να λαμβάνει ένα σφραγισμένο αντίγραφο του ιατρικού μητρώου, το οποίο θα παραδίδεται στην ομάδα υγειονομικής περίθαλψης του καταστήματος κράτησης υποδοχής. Μετά την απόλυση, ο κρατούμενος πρέπει να λάβει μια ιατρική έκθεση. Οι ιατρικές πληροφορίες που περιέχονται στην έκθεση θα χρησιμοποιηθούν για μελλοντική θεραπεία από τον ιατρό στην κοινότητα και μπορούν επίσης να περιλαμβάνουν στοιχεία από τα αρχεία εφόσον απαιτείται. Μετά την απόλυση ενός κρατούμενου, τα ιατρικά αρχεία πρέπει να διατηρούνται από την υπηρεσία του καταστήματος κράτησης για όσο χρονικό διάστημα ορίζεται από τη σχετική εθνική νομοθεσία.

Οι ιατροί των καταστημάτων κράτησης έχουν καθήκον να εξετάζουν και να καταγράφουν όλα τα σημάδια σωματικής, ψυχολογικής και σεξουαλικής βίας. Κατά τη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης κατά την εισαγωγή του κρατούμενου στο κατάστημα κράτησης, ο κρατούμενος μπορεί να καταγγείλει περιστατικό αστυνομικής βίας. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να υποβάλλονται τα εν λόγω στοιχεία στις αρχές. Εάν ο κρατούμενος διστάζει να παράσχει τη συναίνεσή του, ο ιατρός πρέπει να αναζητήσει τρόπους ώστε να διασφαλιστεί ότι η ταυτότητα του θύματος δεν θα αποκαλυφθεί στον δράστη. Το πρωτόκολλο της Κωνσταντινούπολης⁴⁹ παρέχει καθοδήγηση σχετικά με την έγκυρη από επαγγελματικής και νομικής άποψης τεκμηρίωση, καθώς και για μη τραυματικές μεθόδους εξέτασης σε περιπτώσεις βίας και κακοποίησης.

Πρόσβαση σε ιατρικούς φακέλους και άλλες ιατρικές πληροφορίες

Οι κρατούμενοι πρέπει να διαθέτουν όλες τις σχετικές πληροφορίες - εάν είναι απαραίτητο υπό μορφή ιατρικής έκθεσης - σχετικά με την κατάστασή τους, την πορεία της θεραπείας τους και τα φάρμακα που τους έχουν συνταγογραφηθεί. Θα ήταν προτιμότερο να έχουν το δικαίωμα να συμβουλευονται το περιεχόμενο των ιατρικών τους φακέλων, εκτός εάν αυτό δεν συστήνεται για θεραπευτικούς λόγους. Πρέπει επίσης να τους επιτρέπεται να ζητούν τη γνωστοποίηση των πληροφοριών στις οικογένειες και τους δικηγόρους τους ή σε έναν εξωτερικό ιατρό.

Στατιστικά (μη σχετιζόμενα με τον ασθενή) ιατρικά αρχεία

Σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία και σε συνεργασία με τις υγειονομικές αρχές της κοινότητας, οι ιατροί των καταστημάτων κράτησης πρέπει να τηρούν στατιστικά αρχεία για όλες τις πτυχές των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που εκτελούνται εντός των καταστημάτων, ιδίως τον αριθμό των

49. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011)

ιατρικών επισκέψεων και του επιπολασμού νοσημάτων, που υπολογίζεται με βάση τον αριθμό των διαγνώσεων σύμφωνα με τον κώδικα της διεθνούς ταξινόμησης των νόσων (ICD), συμπεριλαμβανομένων ειδικών αρχείων για ασθένειες υποχρεωτικής δήλωσης, όπως η φυματίωση - χρησιμοποιώντας τους τυποποιημένους ορισμούς κρουσμάτων και τις κατηγορίες θεραπειών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) - η δυσεντερία, η ηπατίτιδα και ο HIV. Αυτά τα στατιστικά στοιχεία υποβάλλονται σε επεξεργασία με πολύ ευκολότερο τρόπο μέσω ηλεκτρονικών συστημάτων ιατρικών αρχείων, παρέχοντας υποστήριξη για τον προϋπολογισμό και για την εφαρμογή και την αξιολόγηση προγραμμάτων προαγωγής της υγείας και πρόληψης.

Όπως προαναφέρθηκε, οι ιατροί των καταστημάτων κράτησης πρέπει να διατηρούν στατιστικά στοιχεία για όλους τους τραυματισμούς και τις αιτίες τραυματισμών (βία μεταξύ κρατουμένων και κακοποίηση) και πρέπει να υποβάλλουν τακτικά τα δεδομένα στις σωφρονιστικές αρχές. Τα συστηματικά στατιστικά στοιχεία περιστατικών βίας διευκολύνουν την εκτίμηση της κατάστασης και την αξιολόγηση των προληπτικών μέτρων, και μπορούν να έχουν ακόμη και αποτρεπτικά αποτελέσματα. Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων σε καταστήματα κράτησης⁵⁰ η ΕΠΒ συνέστησε επανειλημμένα τη συστηματική καταγραφή όλων των κρουσμάτων άσκησης βίας.

1.6 Άλλα δεοντολογικά ζητήματα

Συμμετοχή των ιατρών των καταστημάτων κράτησης σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια και τη λήψη πειθαρχικών μέτρων

Οι θεράποντες ιατροί των καταστημάτων κράτησης πρέπει να ενεργούν ως προσωπικοί ιατροί και να δημιουργούν μια θετική σχέση μεταξύ ιατρού-ασθενή. Η πρακτική των ιατρών των καταστημάτων κράτησης σύμφωνα με την οποία πιστοποιούν εάν ένας κρατούμενος πρέπει να παραμείνει σε κελί απομόνωσης ως τιμωρία (ή να του επιβληθεί οποιοσδήποτε άλλος τύπος απομόνωσης παρά τη θέλησή του) δεν προωθεί αυτή τη σχέση. Το θέμα αυτό τονίζεται στους ΕΣΚ. Το ιατρικό προσωπικό δεν πρέπει να συμμετέχει ποτέ σε οποιαδήποτε διαδικασία λήψης αποφάσεων που να συνεπάγεται την επιβολή οποιοσδήποτε τύπου απομόνωσης, εκτός εάν το μέτρο εφαρμόζεται για ιατρικούς λόγους.

Από την άλλη πλευρά, το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι πολύ προσεκτικό όσον αφορά την κατάσταση όλων των κρατουμένων που παραμένουν σε απομόνωση. Το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ενημερώνεται για οποιαδήποτε τέτοια επιβολή τιμωρίας και πρέπει να επισκέπτεται τον κρατούμενο αμέσως μετά τη μεταφορά του στην απομόνωση

50. CPT/Inf (2009)13· (2010)3· (2010)27· (2010)33· (2011)3· (2011)20· (2012)1· (2012)9.

και στη συνέχεια, σε τακτική βάση, τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, και να του παρέχει άμεση ιατρική βοήθεια και θεραπεία, όπως απαιτείται. Πρέπει να ενημερώνει τον διευθυντή του καταστήματος κράτησης όταν η υγεία ενός κρατουμένου βρίσκεται σε σοβαρό κίνδυνο λόγω της παραμονής του στην απομόνωση.

Ο ιατρός του καταστήματος κράτησης δεν πρέπει να πραγματοποιεί κανέναν σωματικό έλεγχο ή εξετάσεις που ζητούνται από κάποια αρχή, εκτός από επείγοντα περιστατικά όπου δεν μπορεί να κληθεί κανένας άλλος ιατρός. Στις εξαιρετικές περιπτώσεις κατά τις οποίες η εξέταση σωματικών κοιλοτήτων δεν μπορεί να αποφευχθεί, πρέπει να πραγματοποιείται από ιατρό με κατάλληλη ιατρική εκπαίδευση. Ωστόσο, για την προστασία της σχέσης ιατρού-ασθενούς, αυτό το άτομο δεν πρέπει να είναι ο θεράπων ιατρός του κρατούμενου σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη. Αυτό το σημείο τονίστηκε επίσης από την WMA στη δήλωσή της για τις σωματικές έρευνες των κρατουμένων.⁵¹

Ειδικά μέτρα ασφαλείας μπορεί να ζητηθούν σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, αλλά η συστηματική παραμονή των κρατουμένων σε χώρους με προστατευτικά κάγκελα κατά τη χορήγηση ενέσεων είναι σαφώς αδικαιολόγητη. Αυτή η προσέγγιση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ταπεινωτική τόσο για τους κρατούμενους όσο και για το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης.⁵²

Επαγγελματική ανεξαρτησία του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης των καταστημάτων κράτησης

Το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης σε οποιοδήποτε κατάστημα κράτησης είναι δυνητικά προσωπικό που κινδυνεύει. Το καθήκον τους να φροντίζουν τους ασθενείς τους, τους ασθενείς κρατούμενους, μπορεί συχνά να έρχεται σε σύγκρουση με τις εκτιμήσεις για τη διαχείριση και την ασφάλεια των καταστημάτων κράτησης. Μπορεί να οδηγήσει σε δύσκολα ηθικά ερωτήματα και επιλογές. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ανεξαρτησία τους σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης, είναι σημαντικό το προσωπικό αυτό να ευθυγραμμίζεται όσο το δυνατόν περισσότερο με τις κύριες πρακτικές της παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην κοινότητα.

Όποιες και αν είναι οι θεσμικές ρυθμίσεις για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης, είναι σημαντικό οι κλινικές αποφάσεις των ιατρών να διέπονται μόνο από ιατρικά κριτήρια και η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα του έργου τους να αξιολογούνται από αρμόδια ιατρική αρχή⁵³.

51. WMA: Δήλωση σχετικά με τις σωματικές έρευνες των κρατουμένων, Βουδαπέστη (1993, αναθ. 2005).

52. CPT/Inf (2011)29.

53. CPT/Inf (2004)36.

Ιατροί που φροντίζουν τόσο κρατούμενους όσο και προσωπικό των καταστημάτων κράτησης

Υπάρχουν επιφυλάξεις σχετικά με την πρακτική των ιατρών των καταστημάτων κράτησης οι οποίοι φροντίζουν τόσο τους κρατούμενους όσο και το προσωπικό των καταστημάτων κράτησης.⁵⁴ Οι πόροι που διατίθενται για την ιατρική περίθαλψη των κρατουμένων είναι συχνά περιορισμένοι και ο καταμερισμός του χρόνου εργασίας των ιατρών μπορεί να γίνεται εις βάρος της ποιότητας της περίθαλψης. Εάν σε εξαιρετικές περιπτώσεις απαιτούνται ειδικές συνθήκες σε μια εγκατάσταση, μια τέτοια διπλή ευθύνη πρέπει να συνοδεύεται από πολύ συγκεκριμένες διασφαλίσεις που θα εγγυώνται την ισότιμη προσέγγιση. Για παράδειγμα, πρέπει να ορίζεται εκ των προτέρων το ποσοστό του χρόνου εργασίας των ιατρών που μπορεί να αφιερώνεται στο προσωπικό. Είναι επίσης επιθυμητό τα δύο αποθέματα φαρμάκων (για κρατούμενους και προσωπικό αντίστοιχα) να διατηρούνται χωριστά το ένα από το άλλο. Μπορεί ακόμη και να προβλέπεται ο ιατρός να διατηρεί δύο ξεχωριστούς χώρους εξέτασης.

Κρατούμενοι που ενεργούν ως προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης

Η συμμετοχή κρατουμένων στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ένα κατάστημα κράτησης πρέπει να θεωρηθεί ως έσχατη λύση, ακόμη και όταν οι εν λόγω κρατούμενοι διαθέτουν τα απαραίτητα ιατρικά προσόντα. Οι κρατούμενοι δεν πρέπει να συμμετέχουν στην εκτέλεση καθηκόντων υγειονομικής περίθαλψης που απαιτούν εξειδικευμένη κατάρτιση, και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να συμμετέχουν στη διανομή φαρμάκων.

Δεν είναι αρμοδιότητα των υπαλλήλων των καταστημάτων κράτησης να χορηγούν συνταγογραφούμενα φάρμακα ή να χορηγούν ενέσεις. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χορηγείται μόνο από νοσηλεύτη/νοσηλεύτρια ή εξειδικευμένο διανομέα φαρμάκων. Οι ενέσεις μπορούν να χορηγούνται μόνο από ειδικευμένο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης.⁵⁵

Ανθρωπιστική βοήθεια

Υπάρχουν ορισμένες συγκεκριμένες κατηγορίες ιδιαίτερα ευάλωτων κρατουμένων και οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης των καταστημάτων κράτησης πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στις ανάγκες τους, καθώς δεν είναι πάντοτε σε θέση να υπερασπιστούν τα συμφέροντά τους σε συνθήκες κράτησης. Οι ακόλουθες ομάδες επισημάνθηκαν από την ΕΠΒ σε αρκετές περιπτώσεις.⁵⁶

54. CPT/Inf (2006)11.

55. CPT/Inf (2011)19.

56. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

Φυλακισμένες μητέρες με παιδιά

Είναι γενικά αποδεκτή η αρχή ότι τα παιδιά δεν πρέπει να γεννιούνται σε ένα κατάστημα κράτησης και, κατά κανόνα, αυτή η αρχή τηρείται. Η μητέρα και το παιδί πρέπει να μπορούν να παραμείνουν μαζί για τουλάχιστον ένα ορισμένο χρονικό διάστημα και πρέπει να παραμένουν σε ειδικούς χώρους υπό συνθήκες που τους εξασφαλίζουν την υποστήριξη του προσωπικού που είναι ειδικευμένο στη μεταγεννητική φροντίδα και τη νοσηλευτική περίθαλψη. Μακροπρόθεσμα μέτρα, ιδίως η μεταφορά του παιδιού στην κοινότητα, γεγονός το οποίο συνεπάγεται την απομάκρυνσή του από τη μητέρα, πρέπει να αποφασίζονται κατά περίπτωση και με βάση τις ιατρικές και κοινωνικές ανάγκες του παιδιού.

Έφηβοι

Ενώ βρίσκονται υπό κράτηση, οι έφηβοι πρέπει κατά προτίμηση να έχουν τη δυνατότητα να παραμένουν στην ίδια περιοχή και να έχουν το δικαίωμα να διατηρούν τα προσωπικά τους αντικείμενα. Οι κίνδυνοι μακροπρόθεσμης αδυναμίας κοινωνικής προσαρμογής πρέπει να ελαχιστοποιούνται. Το καθεστώς που ισχύει για αυτούς πρέπει να βασίζεται στην έντονη δραστηριότητα, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικομορφωτικών συναντήσεων, του αθλητισμού, της εκπαίδευσης, της επαγγελματικής κατάρτισης, των εκδρομών με συνοδεία και της ύπαρξης κατάλληλων προαιρετικών δραστηριοτήτων.

Ευάλωτοι κρατούμενοι λόγω της ιατρικής ή κοινωνικής τους κατάστασης

Μεταξύ των ασθενών μιας υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης σε κατάστημα κράτησης υπάρχουν ορισμένα περιθωριακά άτομα που έχουν ιστορικό οικογενειακών τραυμάτων, μακροχρόνιας ουσιοεξάρτησης, συγκρούσεων με την εξουσία ή άλλων κοινωνικών κακοτυχιών. Μπορεί να έχουν βίαιες ή αυτοκτονικές τάσεις, ή να χαρακτηρίζονται από απαράδεκτη σεξουαλική συμπεριφορά και τις περισσότερες φορές είναι ανίκανοι να ελέγχουν ή να φροντίζουν τον εαυτό τους. Οι ανάγκες αυτών των κρατουμένων δεν είναι αμιγώς ιατρικές, αλλά ο ιατρός του καταστήματος κράτησης μπορεί να προωθήσει την ανάπτυξη κοινωνικοθεραπευτικών προγραμμάτων για αυτούς σε μονάδες καταστημάτων κράτησης που είναι παρόμοιες με εκείνες της κοινότητας και βρίσκονται υπό προσεκτική εποπτεία. Αυτές οι μονάδες μπορούν να περιορίσουν την ταπείνωση, την περιφρόνηση και το μίσος των εν λόγω κρατουμένων, να τους παρέχουν ένα αίσθημα ευθύνης και να τους προετοιμάσουν για την επανένταξή τους. Ένα άλλο άμεσο πλεονέκτημα των προγραμμάτων αυτού του τύπου είναι ότι περιλαμβάνουν την ενεργό συμμετοχή και δέσμευση του προσωπικού των καταστημάτων κράτησης.

Υπάρχουν επίσης κρατούμενοι για τους οποίους δεν είναι κατάλληλη η συνεχιζόμενη κράτηση λόγω σοβαρής ασθένειας που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί σωστά υπό τις συνθήκες που επικρατούν στο κατάστημα κράτησης, βραχυπρόθεσμης θανατηφόρας πρόγνωσης, σοβαρής αναπηρίας ή προχωρημένης ηλικίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ιατρός του καταστήματος κράτησης πρέπει να καταρτίζει έκθεση για την αρμόδια αρχή με σκοπό την εφαρμογή κατάλληλων εναλλακτικών μέτρων.

Κεφάλαιο 2

Σχέδια ψυχιατρικής φροντίδας και θεραπείας – Ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες θεραπείας και επανένταξης στα καταστήματα κράτησης

Σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, υπάρχει μεγάλη συχνότητα εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων μεταξύ των κρατούμενων.

Τα άτομα που κρατούνται σε ασφαλή ψυχιατρικά νοσοκομεία και οι κρατούμενοι έχουν πολλά κοινά μεταξύ τους. Και οι δύο κατηγορίες είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ιστορίες κακοποίησης, στέρησης, έλλειψης στέγασης, ανεργίας, κατάχρησης ουσιών και προηγούμενης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας απαντώνται συχνά. Πολλοί κρατούμενοι αντιμετωπίζουν προβλήματα ανάγνωσης, γραφής και αριθμητικής και οι περισσότεροι κρατούμενοι έχουν δείκτη νοημοσύνης (IQ) κάτω από τον μέσο όρο.⁵⁷ Εκτιμάται ότι περίπου ένας στους επτά κρατούμενους πάσχουν από ψυχωσικές ασθένειες ή μείζονα κατάθλιψη και περίπου οι μισοί άνδρες κρατούμενοι και μία στις πέντε γυναίκες πάσχουν από αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.⁵⁸ Η σοβαρή ψυχική διαταραχή είναι δυσανάλογα μεγαλύτερη, με τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας να εντοπίζονται σε άτομα που έχουν προφυλακιστεί και στους πληθυσμούς γυναικών που κρατούνται

57. Singleton N., Meltzer H. and Gatward R: Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. London: Office for National Statistics (1998); Her Majesty's Inspectorate of Prisons: Unjust deserts: a thematic review by HM Chief Inspector of Prisons of the treatment and conditions for unsentenced prisoners in England and Wales. London: Home Office (2000).

58. Fazel S. and Danesh J: «Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys». *Lancet*, 359 (2002), 545-50.

σε καταστήματα κράτησης. Η ψυχική διαταραχή (συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης κατάχρησης ουσιών) ανέρχεται στο 37% των ανδρών που εκτίουν στερητικές της ελευθερίας ποινές σε καταστήματα κράτησης, στο 63% των ανδρών που έχουν προφυλακιστεί, στο 57% των γυναικών που εκτίουν στερητικές της ελευθερίας ποινές σε καταστήματα κράτησης και στο 76% των γυναικών που έχουν προφυλακιστεί. Οι πολλαπλές διαγνώσεις είναι συχνές, ιδίως μεταξύ προφυλακισθέντων: περίπου το ένα τέταρτο των ανδρών και το ένα τρίτο των γυναικών που έχουν προφυλακιστεί έχουν λάβει δύο ή περισσότερες διαγνώσεις.⁵⁹

Είναι σαφές ότι το βάρος σοβαρών, ωστόσο αντιμετωπίσιμων ψυχικών διαταραχών στα καταστήματα κράτησης είναι σημαντικό. Λόγω των περιορισμένων πόρων του σωφρονιστικού συστήματος, είναι αμφίβολο εάν όλοι όσοι έχουν ανάγκη λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα όπως προβλέπεται στην ΕΣΔΑ.

2.1 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα καταστήματα κράτησης

Η υψηλή συχνότητα ψυχικών διαταραχών σε καταστήματα κράτησης αυξάνει την ευθύνη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Εν πρώτοις, πρέπει να υπάρχει ένας ιατρός με ειδικευση στην ψυχιατρική ο οποίος είναι συμβεβλημένος με την υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης κάθε καταστήματος κράτησης, και ορισμένοι από τους νοσηλευτές που απασχολούνται εκεί πρέπει να έχουν λάβει κατάρτιση σε αυτόν τον τομέα. Ο αριθμός του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η διάταξη των καταστημάτων πρέπει να είναι τέτοια ώστε να επιτρέπουν τη διεξαγωγή τακτικών φαρμακολογικών, ψυχοθεραπευτικών και εργοθεραπευτικών προγραμμάτων.⁶⁰

Μέτρα σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές σε συνθήκες εγκλεισμού σε καταστήματα κράτησης

Η μη θεραπεία ψυχιατρικών ασθενειών σε καταστήματα κράτησης μπορεί εύκολα να θεωρηθεί απάνθρωπη και ταπεινωτική μεταχείριση⁶¹, επομένως απαιτούνται μέτρα ad hoc. Οι αρμόδιοι φορείς πρέπει να λάβουν υπόψη τα ακόλουθα μέτρα για τους κρατούμενους που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές:

- ▶ να παρέχουν κίνητρα και εκπαίδευση στο ιατρικό προσωπικό και στους ψυχολόγους που εργάζονται σε καταστήματα κράτησης για τη διάγνωση

59. Gunn J., Maden A. and Swinton M: Mentally disordered prisoners. London: Home Office (1991); Maden A., Taylor C. J. A., Brooke D. et al: Mental disorder in remand prisoners. London: Home Office (1995).

60. Slawomir Musial κατά Πολωνίας αρ. προσφ. 28300/06, Aerts κατά Βελγίου αρ. προσφ. 25357/94.

61. CPT/Inf (2005)18; Slawomir Musial v. Poland 28300/06, Aerts v. Belgium 25357/94.

των εν λόγω περιπτώσεων και για την ενεργό συμμετοχή στη διαχείρισή τους,

- ▶ να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα στα καταστήματα κράτησης για τις εν λόγω περιπτώσεις, αναθέτοντας σε ψυχίατρο τον προγραμματισμό τακτικών επισκέψεων,
- ▶ να διασφαλίζουν τη διαθεσιμότητα των κατάλληλων αποθεμάτων ψυχοτρόπων φαρμάκων,
- ▶ να διασφαλίζουν ότι, όταν κρίνεται απαραίτητο, θα είναι δυνατή η μακροχρόνια και ενεργά ψυχοκοινωνική νοσοκομειακή περίθαλψη,
- ▶ να διασφαλίζουν ότι η μεταφορά ενός ψυχικά ασθενούς κρατούμενου σε ψυχιατρική μονάδα θα θεωρείται θέμα ύψιστης προτεραιότητας.

Νοσηλεία ψυχικά ασθενών κρατούμενων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία

Ένας ψυχικά ασθενής κρατούμενος πρέπει να παραμένει και να νοσηλεύεται σε νοσοκομειακή εγκατάσταση που είναι επαρκώς εξοπλισμένη και διαθέτει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό. Αυτό θα μπορούσε να είναι ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο ή μια ειδικά εξοπλισμένη ψυχιατρική μονάδα στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος.

Από ηθικής άποψης, είναι σκόπιμο οι ψυχικά ασθενείς κρατούμενοι να νοσηλεύονται εκτός του σωφρονιστικού συστήματος, σε δομές για τις οποίες αρμόδιες είναι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Από την άλλη πλευρά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη ψυχιατρικών εγκαταστάσεων εντός του σωφρονιστικού συστήματος καθιστά δυνατή τη διαχείριση της νοσηλείας υπό βέλτιστες συνθήκες ασφάλειας και ότι οι δραστηριότητες των ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών μπορούν να ενισχυθούν εντός αυτού του συστήματος.

Ανεξαρτήτως της λύσης που θα επιλεγεί, η χωρητικότητα της εν λόγω ψυχιατρικής μονάδας πρέπει να είναι επαρκής, διότι πολύ συχνά υπάρχει παρατεταμένη περίοδος αναμονής πριν από την πραγματοποίηση της απαραίτητης μεταφοράς. Η μεταφορά ενός ψυχικά ασθενούς κρατούμενου σε ψυχιατρική μονάδα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ζήτημα ύψιστης προτεραιότητας.

Οι κρατούμενοι που θεωρούνται επικίνδυνοι λόγω σοβαρής ψυχικής ασθένειας πρέπει να νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές και όχι σε μονάδες ύψιστης ασφαλείας. Οι εν λόγω κρατούμενοι πρέπει να έχουν πρόσβαση, εντός νοσοκομειακού περιβάλλοντος, σε περίθαλψη και στις κατάλληλες θεραπευτικές δραστηριότητες, οι οποίες θα εκτελούνται από επαρκή αριθμό ειδικευμένου προσωπικού για την παροχή της απαιτούμενης βοήθειας⁶².

62. CPT/Inf (2008) 33.

2.2 Ψυχιατρικές μονάδες στα καταστήματα κράτησης

Οι εξειδικευμένες ψυχιατρικές μονάδες εντός των καταστημάτων κράτησης στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εξυπηρετήσουν ποικίλους σκοπούς. Η πιο συνηθής υπηρεσία είναι η νοσηλεία των κρατουμένων με προβλήματα ψυχικής υγείας που παραμένουν εκεί είτε για προσωρινή νοσηλεία είτε ενώ περιμένουν τη μεταφορά τους σε ειδικό νοσηλευτικό ίδρυμα. Σε σπάνιες περιπτώσεις, οι ψυχιατρικές μονάδες εντός του σωφρονιστικού συστήματος μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για την παραμονή και τη νοσηλεία ατόμων που θεωρούνται εγκληματικά ανεύθυνα, κυρίως αν δεν υπάρχει ασφαλής εγκατάσταση εκτός του σωφρονιστικού συστήματος. Τέλος, οι ψυχιατρικές μονάδες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παραμονή ατόμων που έχουν προφυλακιστεί, για την εκτίμηση της ψυχικής τους κατάστασης.

Σε πολλές περιπτώσεις, ελλείπει εξειδικευμένη ψυχιατρική μονάδα εντός του σωφρονιστικού συστήματος, τα καταστήματα κράτησης έχουν δημιουργήσει ασφαλείς χώρους ή επίπεδα για πιο ευάλωτους κρατούμενους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Γενικές αρχές περίθαλψης εντός ψυχιατρικής μονάδας καταστήματος κράτησης

Η νοσηλεία και η κράτηση των ατόμων που πρέπει να νοσηλευτούν σε ψυχιατρική μονάδα σωφρονιστικού καταστήματος ως μέτρο ασφαλείας πρέπει να βασίζονται στη θεραπεία και την επανένταξη, λαμβάνοντας υπόψη τις απαραίτητες ανάγκες ασφαλείας. Αυτή η προσέγγιση πρέπει να αντανακλάται στις συνθήκες διαβίωσης και στις άλλες εγκαταστάσεις που παρέχονται για αυτόν τον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών, καθώς και στη θεραπεία και τις δραστηριότητές τους. Τα εν λόγω ιδρύματα πρέπει να στελεχώνονται από κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης που είναι σε θέση να αναπτύξει θετικές σχέσεις με τους ασθενείς, μέσω της απευθείας επαφής μαζί τους.⁶³ Οι πόροι σε προσωπικό πρέπει να είναι επαρκείς όσον αφορά τους αριθμούς, τις κατηγορίες (ψυχίατροι, ιατροί γενικής ιατρικής, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κλπ.), την εμπειρία και την κατάρτιση. Οι ελλείψεις σε προσωπικό μπορούν να οδηγήσουν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου για τους ασθενείς, παρά τις καλές προθέσεις και τις ειλικρινείς προσπάθειες του προσωπικού.

Η ΕΠΒ έχει επανειλημμένα σχολιάσει τις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα.⁶⁴ Αυτό ισχύει, μεταξύ άλλων, και για τις

63. CPT/Inf (2007)28.

64. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

ψυχιατρικές μονάδες εντός του σωφρονιστικού συστήματος. Μια ψυχιατρική μονάδα πρέπει να παρέχει υλικές συνθήκες που ευνοούν τη θεραπεία και την ευημερία των ασθενών και, από ψυχιατρική άποψη, ένα θετικό θεραπευτικό περιβάλλον. Η δημιουργία ενός θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος συνεπάγεται, πρωτίστως, την παροχή επαρκούς χώρου διαμονής ανά ασθενή καθώς και την παροχή επαρκούς φωτισμού, θέρμανσης και εξαερισμού, τη διατήρηση της εγκατάστασης σε ικανοποιητική κατάσταση από άποψη συντήρησης και την τήρηση των απαιτήσεων υγιεινής. Η παροχή φιλοξενίας σε μικρές ομάδες αποτελεί αποφασιστικό παράγοντα για τη διαφύλαξη της αξιοπρέπειας των ασθενών και αποτελεί επίσης βασικό στοιχείο κάθε πολιτικής για την ψυχολογική και κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Ο εν λόγω τρόπος παραμονής στη μονάδα διευκολύνει επίσης την κατανομή των ασθενών σε σχετικές κατηγορίες για θεραπευτικούς σκοπούς. Οι εγκαταστάσεις υγιεινής πρέπει να επιτρέπουν στους ασθενείς σχετική ιδιωτικότητα. Επιπλέον, πρέπει να λαμβάνονται δεόντως υπόψη οι ανάγκες των ηλικιωμένων ή των ασθενών με αναπηρίες. Για παράδειγμα, αποχωρητήρια τα οποία δεν επιτρέπουν στον χρήστη να καθίσει δεν είναι κατάλληλα για αυτούς τους ασθενείς. Ομοίως, πρέπει να διατίθεται βασικός νοσοκομειακός εξοπλισμός που θα επιτρέψει στο προσωπικό να παρέχει την κατάλληλη περιθαλψη σε κλινήρεις ασθενείς (συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής υγιεινής). Η απουσία σχετικού εξοπλισμού μπορεί να οδηγήσει σε άθλιες συνθήκες διαβίωσης. Η πρακτική που παρατηρείται σε ορισμένα ψυχιατρικά ιδρύματα να φορούν οι ασθενείς πιτζάμες συνεχώς δεν συμβάλλει στην ενίσχυση της προσωπικής ταυτότητας και της αυτοεκτίμησης. Ο προσωπικός ρουχισμός πρέπει να αποτελεί μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας.

Οι ψυχιατρικοί ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων των ιατροδικαστικών ασθενών που βρίσκονται υπό αξιολόγηση, πρέπει - εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας τους - να έχουν το δικαίωμα να ασκηθούν σε υπαίθριο χώρο τουλάχιστον για μία ώρα ημερησίως, σε εύλογα ευρύχωρο και ασφαλές περιβάλλον, το οποίο πρέπει επίσης να προστατεύεται από τις δυσμενείς καιρικές συνθήκες.⁶⁵

2.3 Πλάνο Θεραπείας

Η ψυχιατρική θεραπεία πρέπει να βασίζεται σε μια εξατομικευμένη προσέγγιση, η οποία συνεπάγεται την κατάρτιση πλάνου θεραπείας για κάθε ασθενή, στο οποίο θα αναφέρονται οι στόχοι της θεραπείας, τα θεραπευτικά μέσα και το μέλος του προσωπικού που είναι υπεύθυνο για αυτήν. Το σχέδιο θεραπείας πρέπει επίσης να περιέχει το αποτέλεσμα της τακτικής επανεξέτασης της κατάστασης της ψυχικής υγείας του ασθενούς και της φαρμακευτικής αγωγής

65. CPT/Inf (2004)40, CPT/Inf (2012)4.

που πρέπει να λαμβάνει. Οι ασθενείς πρέπει να συμμετέχουν στην κατάρτιση των εξατομικευμένων σχεδίων θεραπείας τους και πρέπει να ενημερώνονται για την πρόοδό τους.⁶⁶

Είναι σημαντικό οι διαφορετικές κατηγορίες προσωπικού που εργάζονται με ψυχιατρικούς ασθενείς να πραγματοποιούν τακτικές συναντήσεις για να διευκολύνουν την ομαδική εργασία και να συζητούν τις απαραίτητες αλλαγές στα σχέδια θεραπείας. Αυτό επιτρέπει τον εντοπισμό και τη συζήτηση καθημερινών προβλημάτων, καθώς και την παροχή καθοδήγησης.

Ψυχιατρική θεραπεία

Η ψυχιατρική θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων θεραπείας, επανένταξης και ψυχαγωγίας, όπως πρόσβαση στα κατάλληλα φάρμακα και ιατρική περίθαλψη. Πρέπει να εφαρμόζονται διαδικασίες που διασφαλίζουν τη σωστή παροχή της συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής και εγγυώνται την τακτική παροχή των κατάλληλων φαρμάκων. Μπορεί να συστηθεί η ανάπτυξη ενός εύρους θεραπευτικών επιλογών, και η συμμετοχή μακρόχρονα ασθενών σε ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες επανένταξης, προκειμένου να προετοιμαστούν για την ανεξάρτητη ζωή τους ή για την επιστροφή στις οικογένειές τους. Η εργοθεραπεία πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του προγράμματος επανένταξης, παρέχοντας κίνητρα, ανάπτυξη δεξιοτήτων μάθησης και ανάπτυξης σχέσεων, απόκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων και βελτίωση της αυτοεικόνας. Είναι επίσης επιθυμητό να παρέχεται στους ασθενείς εκπαίδευση και κατάλληλη εργασία.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στη διασφάλιση της συνέχισης της θεραπείας, η οποία συνίσταται τόσο στη φαρμακοθεραπεία όσο και σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων επανένταξης και θεραπείας. Ο σχεδιασμός της εν λόγω θεραπείας δεν πρέπει να προβλέπει την παροχή ή τη διακοπή της ανά πάσα στιγμή. Η μεταφορά ψυχικά ασθενών ατόμων από το ένα περιβάλλον στο άλλο με ένα νέο σύνολο κανόνων και η απότομη διακοπή της θεραπείας θα μπορούσε εύκολα να θέσει σε κίνδυνο την ευημερία τους.⁶⁷

Ιατροδικαστική θεραπεία

Η ιατροδικαστική θεραπεία ποινικά ακαταλόγιστων κρατουμένων πρέπει να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων θεραπείας, επανένταξης και ψυχαγωγίας - συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης στα κατάλληλα φάρμακα και της ιατρικής περίθαλψης. Η θεραπεία πρέπει να στοχεύει τόσο στον έλεγχο των συμπτωμάτων της ασθένειας, όσο και στη μείωση του κινδύνου υποτροπής. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η παροχή θεραπευτικών δραστηριοτήτων

66. CPT/Inf (2007)15, CPT/Inf (2009)28, CPT/Inf (2009)38.

67. CPT/Inf (2006)26.

σε άτομα που υποβάλλονται σε ιατροδικαστική ψυχιατρική αξιολόγηση δεν θα επηρεάσει τη διαδικασία αξιολόγησης. Αντιθέτως, μπορεί να διευκολύνει τη συγκέντρωση πολύτιμων πληροφοριών για αυτόν τον σκοπό.⁶⁸

Ψυχοφαρμακοθεραπεία

Η χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία ψυχικών διαταραχών είναι συνήθης τόσο στις εξωνοσοκομειακές όσο και στις ενδονοσοκομειακές ψυχιατρικές μονάδες. Τα περισσότερα ψυχοτρόπα φάρμακα έχουν αναπτυχθεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης, των διαταραχών άγχους ή των ψυχωσικών διαταραχών όπως η σχιζοφρένεια. Ωστόσο, ορισμένα φάρμακα που αναπτύχθηκαν για άλλους σκοπούς διαπιστώθηκε ότι είναι χρήσιμα στην ψυχιατρική θεραπεία. Παραδείγματα αποτελεί η χρήση αντιεπιληπτικών φαρμάκων για τη θεραπεία των διπολικών διαταραχών ή η χρήση αντιψυχωτικών για τη θεραπεία προβλημάτων ελέγχου των παρορμήσεων. Η ψυχοφαρμακοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία για τη θεραπεία ψυχικών διαταραχών⁶⁹.

Κύριες ομάδες ψυχοτρόπων φαρμάκων

Τα αντιψυχωσικά (νευροληπτικά) φάρμακα βοηθούν στην αντιμετώπιση ψυχωτικών συμπτωμάτων όπως η ψυχική και κινητική διέγερση, οι ψευδαισθήσεις (το να ακούει και να βλέπει κάποιος πράγματα που δεν υπάρχουν), οι παραληρητικές ιδέες (εσφαλμένες πεποιθήσεις) και η αποδιοργάνωση της σκέψης. Τα αντικαταθλιπτικά θεραπεύουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους. Τα αγχολυτικά φάρμακα (ηρεμιστικά) μειώνουν τα επίπεδα άγχους και διέγερσης.

Επιπλέον, ορισμένα ψυχοδιεγερτικά είναι χρήσιμα για τη θεραπεία της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής (ADHD) και υπάρχουν φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη σταθεροποίηση των διακυμάνσεων της διάθεσης (σταθεροποιητές διάθεσης).

Κοινά προβλήματα στην ψυχοφαρμακοθεραπεία

Η ψυχοφαρμακολογική αγωγή αποτελεί συχνά απαραίτητο μέρος της θεραπείας ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Πρέπει να εφαρμόζονται διαδικασίες που διασφαλίζουν ότι η συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή παρέχεται σωστά, ότι οι ασθενείς τη λαμβάνουν και ότι εξασφαλίζεται η τακτική παροχή των κατάλληλων φαρμάκων. Πρέπει επίσης να υπάρχει επαγρύπνηση για τυχόν ενδείξεις κατάχρησης φαρμάκων.

68. CPT/Inf (2009)24.

69. Sadock B. J., Sadock V. and Sussman N: Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment, 4th edn, Philadelphia (2005).

Όπως και κάθε άλλη θεραπεία, η ψυχοφαρμακολογική θεραπεία των ψυχικών διαταραχών έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Τα συνηθέστερα προβλήματα είναι τα ακόλουθα:

- ▶ έλλειψη αποτελεσματικότητας, η οποία οδηγεί συχνά στη χρήση δοσολογιών που υπερβαίνουν τις θεραπευτικές συστάσεις,
- ▶ παρενέργειες του φαρμάκου, μερικές από τις οποίες είναι δύσκολο να εντοπιστούν (παρκινσονισμός, δυστονία) - ορισμένες παρενέργειες μπορούν να διαπιστωθούν μετά από εξετάσεις (ακοκκιοκυτταραιμία, υπερπρολακτιναιμία), αμφισβήτηση (σεξουαλική δυσλειτουργία) ή μετά από προσεκτική παρατήρηση δευτερογενών συμπτωμάτων (υπερτρίχωση, μεταβολικό σύνδρομο),
- ▶ η ανάγκη χρήσης συνδυασμών φαρμάκων, όταν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ διαφορετικών φαρμάκων είναι σημαντικές: μπορεί να υπάρχουν φαρμακοκινητικές αλληλεπιδράσεις (μεταβολές στην απορρόφηση, δέσμευση με πρωτεΐνες, μεταβολισμός ή απέκκριση) καθώς και φαρμακοδυναμικές αλληλεπιδράσεις.

2.4 Συναίνεση στην ψυχιατρική θεραπευτική αγωγή

Οι ψυχιατρικοί ασθενείς πρέπει, κατ' αρχήν, να είναι σε θέση να δώσουν την ελεύθερη και κατόπιν ενημέρωσης συγκατάθεσή τους για τη θεραπεία. Η εισαγωγή ατόμων σε ψυχιατρική μονάδα σε ακούσια βάση - στο πλαίσιο αστικής ή ποινικής διαδικασίας - δεν πρέπει να εμποδίζει το προσωπικό να ζητά τη συγκατάθεσή τους για τη θεραπεία κατόπιν ενημέρωσης.

Κάθε ικανός προς δικαιοπραξία ασθενής, εκούσια ή ακούσια, πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος σχετικά με τη θεραπεία που πρόκειται να συνταγογραφηθεί και πρέπει να του δίνεται η ευκαιρία να αρνηθεί τη θεραπεία ή οποιαδήποτε άλλη ιατρική επέμβαση. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από αυτή τη θεμελιώδη αρχή πρέπει να αφορά μόνο σαφώς και αυστηρά καθορισμένες εξαιρετικές περιστάσεις.⁷⁰

Η συγκατάθεση σε θεραπεία μπορεί να χαρακτηριστεί ως ελεύθερη και κατόπιν ενημέρωσης μόνον εάν βασίζεται σε πλήρεις και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και τη θεραπεία που προτείνεται. Πρέπει να παρέχονται συστηματικά πληροφορίες σε όλους τους ασθενείς σχετικά με την κατάστασή τους και τη συνταγογραφούμενη για αυτούς θεραπεία.

Η χρήση φαρμάκων PRN (*pro re nata*, «ανάλογα με τις ανάγκες») πρέπει να γίνεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις, ο ιατρός πρέπει να ενημερώνεται όποτε

70. CPT/Inf (2008)29, CPT/Inf (2012)11, CPT/Inf (2007)40.

χορηγείται φάρμακο PRN ώστε να επαληθεύει τις συνθήκες υπό τις οποίες χορηγήθηκε.⁷¹

Χρήση μέσων περιορισμού σε ψυχιατρικές μονάδες

Καθοδήγηση για τη χρήση μέσων συγκράτησης σε ψυχιατρικές μονάδες περιλαμβάνεται στο ουσιαστικό τμήμα της 16ης Γενικής Έκθεσης της ΕΠΒ.⁷² Ένας ψυχικά διαταραγμένος (και ενδεχομένως βίαιος) ασθενής πρέπει να βρίσκεται υπό στενή παρακολούθηση και υποστήριξη νοσηλευτή, σε συνδυασμό, εάν κρίνεται σκόπιμο, με φαρμακευτική αγωγή. Κάθε ψυχιατρική μονάδα πρέπει να διαθέτει μια ολοκληρωμένη πολιτική σχετικά με τα μέσα περιορισμού ασθενών. Η συμμετοχή και η υποστήριξη τόσο του προσωπικού όσο και της διοίκησης κατά την ανάπτυξη της πολιτικής είναι καθοριστικές. Η πολιτική αυτή πρέπει να καταστήσει σαφές ποια μέσα περιορισμού μπορούν να χρησιμοποιηθούν, υπό ποιες συνθήκες μπορούν να εφαρμοστούν, τα πρακτικά μέσα εφαρμογής τους, την απαιτούμενη εποπτεία και τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν μετά την εφαρμογή του μέτρου. Η πολιτική πρέπει επίσης να περιλαμβάνει τμήματα σχετικά με άλλα σημαντικά ζητήματα, όπως η εκπαίδευση του προσωπικού, η πολιτική καταγγελιών, οι εσωτερικοί και εξωτερικοί μηχανισμοί υποβολής εκθέσεων και η ενημέρωση.

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι ελέγχου των ταραγμένων ή βίαιων ασθενών και μπορούν να χρησιμοποιούνται ξεχωριστά ή σε συνδυασμό:

- ▶ παρακολούθηση, που σημαίνει ότι ο υπάλληλος βρίσκεται συνεχώς δίπλα στον ασθενή και παρεμβαίνει στις δραστηριότητές του όταν κρίνεται απαραίτητο,
- ▶ έλεγχος με τα χέρια,
- ▶ μηχανική συγκράτηση, όπως ιμάντες, ή κλειστά κρεβάτια,
- ▶ χημική συγκράτηση (χορήγηση φαρμάκων σε ασθενή ενάντια στη θέλησή του με σκοπό τον έλεγχο της συμπεριφοράς του),
- ▶ απομόνωση (ακούσια τοποθέτηση ενός ασθενή μόνου σε κλειδωμένο δωμάτιο).

Η μέθοδος που επιλέγεται για έναν συγκεκριμένο ασθενή πρέπει να είναι η πλέον αναλογική ανάμεσα στις διαθέσιμες για την κατάσταση που αντιμετωπίζεται. Η συγκράτηση ενός ασθενούς πρέπει να αποτελεί την έσχατη λύση που εφαρμόζεται με σκοπό την πρόληψη άμεσου τραυματισμού ή τον περιορισμό οξείας διέγερσης ή/και βίας. Η εφαρμογή μέσων συγκράτησης με τον σωστό τρόπο και στο κατάλληλο περιβάλλον απαιτεί από το μέλος του προσωπικού να

71. CPT/Inf (2012)34.

72. CPT/Inf (2006)35.

παρέχει άμεση, προσωπική και συνεχή εποπτεία. Κάθε περίπτωση προσφυγής σε μέσα περιορισμού πρέπει να εγκρίνεται από ιατρό ή να τίθεται υπόψη του ιατρού χωρίς καθυστέρηση ώστε το μέτρο να εγκριθεί.

Όταν μια επείγουσα κατάσταση που κατέληξε στη χρήση περιορισμού παύει να ισχύει, ο ασθενής πρέπει να αφήνεται αμέσως ελεύθερος. Δεν υπάρχει δικαιολογία για τη χρήση μέτρων μηχανικού περιορισμού, για μεγάλα χρονικά διαστήματα (ημέρες).

Μόλις αφαιρεθούν τα μέσα περιορισμού, είναι σημαντικό να γίνει ενημέρωση για τον ασθενή. Αυτό παρέχει την ευκαιρία στον ιατρό να εξηγήσει το σκεπτικό πίσω από το μέτρο και συνεπώς να μειώσει το ψυχολογικό τραύμα της εμπειρίας καθώς και να αποκαταστήσει τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Οι συνθήκες της χρήσης των μέσων συγκράτησης δεν πρέπει να επιδεινώσουν την ψυχική και σωματική υγεία του ασθενούς.

Ο χώρος στον οποίο χρησιμοποιούνται μέσα περιορισμού του ασθενούς πρέπει να είναι ειδικά σχεδιασμένος για αυτόν τον συγκεκριμένο σκοπό. Πρέπει να είναι ασφαλής και να διαθέτει τον κατάλληλο φωτισμό και επαρκή θέρμανση, παρέχοντας έτσι ένα ήρεμο περιβάλλον. Ο ασθενής στον οποίο εφαρμόζονται μέσα περιορισμού πρέπει να είναι επαρκώς ντυμένος και να μην είναι εκτεθειμένος σε άλλους ασθενείς. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τον περιορισμό του ασθενούς πρέπει να εφαρμόζονται με δεξιότητα και φροντίδα ώστε να μην κινδυνεύει η υγεία του ασθενούς ή να του προκληθεί πόνος. Οι ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς, όπως η αναπνοή και η ικανότητα να επικοινωνεί, να τρώει και να πίνει δεν πρέπει να παρεμποδίζονται. Αν ο ασθενής έχει την τάση να δαγκώνει, να ρουφάει ή να φτύνει, η πιθανή βλάβη θα μπορούσε να αποφευχθεί με κάποιον άλλο τρόπο από την κάλυψη του στόματος.

Πρέπει να καθιερωθεί ένα συγκεκριμένο αρχείο για την καταγραφή όλων περιπτώσεων προσφυγής σε μέσα περιορισμού. Αυτό θα συμπληρώνει τις καταγραφές που περιέχονται μέσα στον προσωπικό φάκελο του ασθενούς. Οι καταχωρήσεις στο αρχείο πρέπει να περιλαμβάνουν τον χρόνο έναρξης και λήξης του μέτρου, τις περιστάσεις, τους λόγους προσφυγής στο μέτρο, το όνομα του ιατρού που το διέταξε ή το ενέκρινε και έναν απολογισμό τυχόν τραυματισμών που υπέστησαν οι ασθενείς ή το προσωπικό.

Η μείωση της προσφυγής στη χρήση περιορισμού σε ένα βιώσιμο ελάχιστο όριο απαιτεί αλλαγή στην κουλτούρα της ψυχιατρικής μονάδας. Ο ρόλος της διοίκησης είναι σημαντικός από την άποψη αυτή. Αν η διεύθυνση δεν ενθαρρύνει το προσωπικό και δεν του προσφέρει εναλλακτικές λύσεις, είναι πιθανό να επικρατήσει μια καθιερωμένη πρακτική συχνής προσφυγής σε μέσα περιορισμού.

Ψυχιατρική φροντίδα μετά το εξιτήριο

Για τα άτομα που έχουν υποβληθεί σε ψυχιατρική θεραπεία, πρέπει να ληφθούν μέτρα για να εξασφαλίζεται η συνεχής φροντίδα τους. Παρότι δεν απαιτείται πλέον παραμονή σε ψυχιατρική μονάδα, ο ασθενής μπορεί να χρειάζεται θεραπεία ή μπορεί να επωφεληθεί από προστατευμένο περιβάλλον.⁷³ Είναι απαραίτητο να προβλέπεται η συνέχεια της θεραπείας όταν οι κρατούμενοι μεταφέρονται πίσω στο κατάστημα κράτησης.

2.5 Πρόληψη αυτοκτονιών

Λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη συχνότητα ψυχικών διαταραχών στα καταστήματα κράτησης, οι ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να μεριμνούν για θέματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης των επιβλαβών ψυχολογικών επιπτώσεων ορισμένων πτυχών της κράτησης. Είναι γνωστό ότι η αποτελεσματική πρόληψη μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο των ψυχικών διαταραχών.⁷⁴

Οργανωτική προσέγγιση στην πρόληψη των αυτοκτονιών

Η πρόληψη των αυτοκτονιών απαιτεί παρεμβάσεις και εκτός του τομέα της υγείας.⁷⁵ Στην τρίτη γενική έκθεσή της ⁷⁶ η ΕΠΒ διατύπωσε διάφορες συστάσεις σχετικά με αυτό το θέμα. Η διεύθυνση του καταστήματος κράτησης, συμπεριλαμβανομένου του επικεφαλής της υγειονομικής υπηρεσίας πρέπει να διασφαλίζει ότι υπάρχει επαρκής ευαισθητοποίηση για την πρόληψη των αυτοκτονιών στο σύνολο της εγκατάστασης και ότι εφαρμόζονται οι κατάλληλες διαδικασίες.

Απαιτούνται ενεργείς προσπάθειες πρόληψης των αυτοκτονιών με την παροχή υποστηρικτικής παρακολούθησης και την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των κρατούμενων και του προσωπικού. Πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για να διασφαλίζεται ότι οι προσπάθειες πρόληψης συντονίζονται επαρκώς, ιδίως με τακτικές και συχνές συνεδριάσεις της διεπιστημονικής ομάδας και με τη δέουσα συμβολή ειδικευμένου προσωπικού, όπως οι ψυχίατροι και οι επιμορφωτές.

Σε περίπτωση υψηλών ποσοστών αυτοκτονίας, πρέπει να εφαρμοστούν εναλλακτικά μέτρα πρόληψης των αυτοκτονιών, όπως ενισχυμένες και ποικίλες δραστηριότητες, ευκαιρίες σύναψης σχέσεων, επαφές με τον έξω κόσμο και αποτελεσματική, διεπιστημονική θεραπεία απεξάρτησης.

73. CPT/Inf (98)12.

74. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. A report of the World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, WHO (2004).

75. Public health action for the prevention of suicide, WHO (2012)..

76. CPT/Inf (93)12.

Εντοπισμός κινδύνου αυτοκτονιών

Εκτός από τον ιατρικό έλεγχο κατά την εισαγωγή, οι διαδικασίες υποδοχής και πρώτης διανυκτέρευσης πρέπει να διαδραματίσουν συνολικά σημαντικό ρόλο. Όταν εκτελούνται σωστά, μπορούν να εντοπίσουν τουλάχιστον ορισμένους από τους κρατούμενους που κινδυνεύουν από αυτοτραυματισμούς και να ανακουφίσουν μέρος του άγχους που αντιμετωπίζουν όλοι οι νεοαφιχθέντες κρατούμενοι. Οι περίοδοι αμέσως πριν από και μετά τη δίκη και, σε ορισμένες περιπτώσεις, την περίοδο πριν από την απόλυση, συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.⁷⁷

Εκπαίδευση του προσωπικού ώστε να εντοπίζει τους κινδύνους αυτοκτονίας

Η πρόληψη των αυτοκτονιών, συμπεριλαμβανομένου του εντοπισμού των ατόμων που κινδυνεύουν, δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στην υπηρεσία υγειονομικής περιθάλψης. Το σύνολο του προσωπικού του καταστήματος κράτησης που έρχεται σε επαφή με τους κρατούμενους - και, κατά προτεραιότητα, το προσωπικό που εργάζεται στις μονάδες υποδοχής και εισαγωγής - πρέπει να εκπαιδεύεται στην αναγνώριση ενδείξεων κινδύνου αυτοκτονίας.⁷⁸

Αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας

Πρέπει να εφαρμόζεται ένας τυποποιημένος αλγόριθμος ελέγχου για την αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας (και αυτοτραυματισμού) στο κατάστημα κράτησης. Ένα τέτοιο εργαλείο πρέπει, ιδίως, να διασφαλίζει ότι η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες ή/και το αλκοόλ λαμβάνεται επαρκώς υπόψη κατά τη διαδικασία ελέγχου ως παράγοντας που μπορεί δυνητικά να αυξήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Πρέπει να λαμβάνονται μέτρα ώστε να εξασφαλίζεται ότι οι πληροφορίες που αφορούν έναν κρατούμενο με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού διαβιβάζονται πλήρως και έγκαιρα σε όλους εκείνους που έχουν κάποιο ρόλο στη φροντίδα του κρατουμένου, ακόμη και όταν αυτός/αυτή μεταφέρεται σε άλλη εγκατάσταση.

Αντιμέτωπιση ατόμων με κίνδυνο αυτοκτονίας

Ένα άτομο που θεωρείται ότι διατρέχει κίνδυνο αυτοκτονίας πρέπει, για όσο διάστημα χρειάζεται, να παραμένει υπό ειδικό σύστημα παρακολούθησης. Επιπλέον, τα άτομα αυτά δεν πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση σε μέσα διάπραξης αυτοκτονίας (κάγκελα παραθύρου κελιών, σπασμένα τζάμια, ζώνες

77. CPT/Inf (2012)1.

78. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

ή μέσα πρόσδεσης). Όλα τα άτομα που θεωρείται ότι διατρέχουν κίνδυνο αυτοκτονίας πρέπει να λαμβάνουν συμβουλευτική βοήθεια, υποστήριξη και κατάλληλη σύνδεση.

Ένας κρατούμενος που εμφανίζει σοβαρές τάσεις αυτοκτονικής ή (αυτο)-επιθετικής συμπεριφοράς πρέπει να μεταφέρεται άμεσα σε μονάδα οξείας ψυχικής υγείας. Σε περίπτωση που το άτομο αυτό παραμένει στο κατάστημα κράτησης, η θεραπευτική αγωγή και η περίθαλψη πρέπει να εποπτεύονται από ιατρικό προσωπικό και το άτομο να υπόκειται σε τακτικές ιατρικές επισκέψεις και παρακολούθηση.⁷⁹

2.6 Άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας στα καταστήματα κράτησης

Κρατούμενοι με αυτοτραυματικές συμπεριφορές

Οι πράξεις αυτοτραυματισμού συχνά αντανακλούν προβλήματα και συνθήκες ψυχολογικής ή ψυχιατρικής φύσης και πρέπει να προσεγγίζονται θεραπευτικά και όχι ποινικά. Η απομόνωση των εν λόγω κρατουμένων (ακόμη και αν δεν θεωρείται πειθαρχικό μέτρο) είναι πιθανό να επιδεινώσει τα ψυχολογικά ή ψυχιατρικά τους προβλήματα. Όλες οι περιπτώσεις αυτοτραυματισμού πρέπει να αξιολογούνται από ιατρό, αμέσως μετά το περιστατικό, προκειμένου να εκτιμηθεί η έκταση των βλαβών και να αξιολογηθεί η ψυχολογική κατάσταση του κρατούμενου.⁸⁰

Ιατρική διαχείριση απεργών πείνας σε καταστήματα κράτησης

Η διαχείριση απεργών πείνας σε καταστήματα κράτησης είναι ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα. Τόσο η σύσταση αριθ. R (1998) 7 σχετικά με τις δεοντολογικές και οργανωτικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης όσο και η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης για τους απεργούς πείνας που εγκρίθηκε στη Μάλτα το 1991, αφήνουν στη διακριτική ευχέρεια του ιατρού να ενεργεί σε περιπτώσεις όπου η απεργία πείνας μπορεί να αποβεί μοιραία για τη ζωή του κρατουμένου.⁸¹ Η ένταση μεταξύ του καθήκοντος της εξασφάλισης του δικαιώματος της ζωής του κρατουμένου και του καθήκοντος σεβασμού της αυτονομίας του πρέπει να αντιμετωπίζεται, σύμφωνα με την ιατρική δεοντολογία και τη νομοθεσία της εκάστοτε χώρας. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου στην απόφασή του

79. CPT/Inf (2011)5.

80. CPT/Inf (2009)35.

81. Οι δεοντολογικές και οργανωτικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης. Σύσταση R (1998) 7· WMA: Διακήρυξη της Μάλτας για τους απεργούς πείνας (2006).

Χ κατά Γερμανίας δήλωσε ότι, όταν ένας κρατούμενος κάνει απεργία πείνας, αυτό μπορεί αναπόφευκτα να οδηγήσει σε σύγκρουση μεταξύ του δικαιώματος ενός προσώπου στη σωματική του ακεραιότητα και της υποχρέωσης του συμβαλλομένου κράτους σύμφωνα με το άρθρο 2 της Σύμβασης - σύγκρουση που δεν επιλύεται από την ίδια τη σύμβαση.⁸² Ωστόσο, το Δικαστήριο έκρινε ότι μια κατάσταση κατά την οποία η επαναλαμβανόμενη αναγκαστική σίτιση δεν υποδεικνύεται από έγκυρους ιατρικούς λόγους, αλλά έχει ως στόχο να αναγκάσει τον απεργό να σταματήσει τη διαμαρτυρία και πραγματοποιείται κατά τρόπο που εκθέτει άσκοπα τον φυλακισμένο σε μεγάλο σωματικό πόνο και ταπείνωση, ισοδυναμεί με βασανιστήρια.⁸³

Η ΕΠΒ αναφέρθηκε σε αυτό το θέμα σε μία από τις εκθέσεις επίσκεψής της.⁸⁴ Οι κρατικές αρχές έχουν καθήκον περίθαλψης έναντι των προσώπων που βρίσκονται υπό κράτηση. Αυτό το καθήκον περιλαμβάνει την προστασία της ζωής του κρατουμένου, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης της αυτοκτονίας και οποιασδήποτε άλλης πράξης του κρατουμένου που θα μπορούσε να προκαλέσει θάνατο ή μη αναστρέψιμη σωματική βλάβη. Επομένως, η απόφαση αναγκαστικής σίτισης του κρατουμένου που πραγματοποιεί απεργία πείνας παρά τη βούλησή του μπορεί κατ' αρχήν να αιτιολογηθεί προκειμένου να αποφευχθεί η πρόκληση μη αναστρέψιμης σωματικής βλάβης ή θανάτου. Από την άλλη πλευρά, η πλειονότητα των εθνικών νομοθεσιών στην Ευρώπη, καθώς και οι σχετικοί διεθνείς ιατρικοί κώδικες δεοντολογίας, θεωρούν σήμερα ότι ένας ικανός προς δικαιοπραξία ενήλικας μπορεί να επιλέξει να αρνηθεί να λάβει ιατρική περίθαλψη, ακόμη και αν αυτό θα μπορούσε να σώσει τη ζωή του. Συνεπώς, οι αρχές που εμπλέκονται στη διαχείριση μιας απεργίας πείνας από κρατούμενο συχνά αντιμετωπίζουν δυο δυνητικά αντιφατικές αξίες: το καθήκον τους για την προστασία και τη διαφύλαξη μιας ζωής και το δικαίωμα του κρατουμένου στη σωματική του ακεραιότητα (συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος να μην του επιβληθεί θεραπεία).

Η Σύσταση αριθ. R (1998) 7 καθορίζει τις βασικές αρχές για την αντιμετώπιση του ζητήματος της απεργίας πείνας.

- ▶ Πρέπει να δίνεται στους απεργούς πείνας μια αντικειμενική εξήγηση των επιβλαβών συνεπειών της πράξης τους στη σωματική τους κατάσταση, ώστε να κατανοήσουν τους κινδύνους της παρατεταμένης απεργίας πείνας.
- ▶ Η κλινική αξιολόγηση ενός απεργού πείνας πρέπει να πραγματοποιείται μόνο κατόπιν ρητής άδειας του ατόμου, εκτός εάν αυτό πάσχει από

82. Υπόθεση Χ κατά Γερμανίας (1984) 7 Συλλ. 152.

83. Ciorap κατά Μολδαβίας αρ. προσφ. 12066/02, Nevmerzhitsky κατά Ουκρανίας αρ. προσφ. 54825/00.

84. CPT/Inf (2007)10.

σοβαρές ψυχικές διαταραχές οι οποίες απαιτούν τη μεταφορά του σε ψυχιατρική μονάδα.

- ▶ Εάν, κατά τη γνώμη του ιατρού, η κατάσταση του απεργού πείνας χειροτερεύει σημαντικά, είναι απαραίτητο ο ιατρός να αναφέρει το γεγονός αυτό στην αρμόδια αρχή και να λάβει μέτρα σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία και τα επαγγελματικά πρότυπα.

Η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης για τους απεργούς πείνας εξετάζει διεξοδικότερα το συγκεκριμένο ζήτημα. Θεωρώντας ότι η πραγματική και παρατεταμένη αποχή από το φαγητό μπορεί να προκαλέσει τον θάνατο ή μόνιμη βλάβη και αναδεικνύει επίσης το γεγονός ότι οι απεργοί πείνας συνήθως δεν επιθυμούν να πεθάνουν αλλά κάποιιο μπορεί να είναι έτοιμοι να το κάνουν προκειμένου να επιτύχουν τους σκοπούς τους. Η Παγκόσμια Ιατρική Ένωση παρέχει σαφή καθοδήγηση στους ιατρούς σχετικά με το πώς πρέπει να ενεργούν σε περιπτώσεις απεργίας πείνας.

- ▶ Οι ιατροί πρέπει να αξιολογούν τη διανοητική ικανότητα των ατόμων. Αυτό συμπεριλαμβάνει την επαλήθευση ότι το άτομο που προτίθεται να απέχει από φαγητό δεν έχει κάποια πνευματική αναπηρία η οποία θα μπορούσε να υπονομεύσει σοβαρά την ικανότητα του ατόμου να λαμβάνει αποφάσεις για την υγεία του. Τα άτομα με σοβαρή διαταραχή διανοητικής ικανότητας δεν μπορούν να θεωρηθούν απεργοί πείνας. Πρέπει να λάβουν θεραπευτική αγωγή για τα προβλήματα της ψυχικής τους υγείας και να μην τους επιτραπεί η νηστεία με τρόπο που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή τους.
- ▶ Το συντομότερο δυνατό, οι ιατροί πρέπει να λαμβάνουν λεπτομερές και ακριβές ιατρικό ιστορικό του ατόμου που σκοπεύει να προβεί σε αποχή από το φαγητό. Οι ιατρικές συνέπειες των υφιστάμενων συνθηκών πρέπει να εξηγούνται στο άτομο αυτό. Οι ιατροί πρέπει να επαληθεύουν ότι οι απεργοί πείνας αντιλαμβάνονται τις πιθανές επιπτώσεις της αποχής από το φαγητό στην υγεία και να τους προειδοποιούν χρησιμοποιώντας σαφή γλώσσα για τα μειονεκτήματα. Οι ιατροί πρέπει επίσης να εξηγούν πως η βλάβη για την υγεία μπορεί να ελαχιστοποιηθεί ή να καθυστερήσει εάν, για παράδειγμα, αυξηθεί η πρόσληψη υγρών. Δεδομένου ότι οι αποφάσεις του ατόμου σχετικά με μια απεργία πείνας μπορεί να είναι καθοριστικές, είναι σημαντικό να εξασφαλίζεται η πλήρης κατανόηση των ιατρικών συνεπειών της αποχής από τον ασθενή. Σύμφωνα με τις βέλτιστες πρακτικές για τη συγκατάθεση των ασθενών για την παροχή περίθαλψης έπειτα από ενημέρωση, ο ιατρός πρέπει να διασφαλίζει ότι ο ασθενής κατανοεί τις πληροφορίες που του παρέχονται ζητώντας από τον ασθενή να επαναλάβει τι έχει καταλάβει.

- ▶ Κατά την έναρξη της αποχής, ο απεργός πείνας πρέπει να υποβάλλεται σε σχολαστική εξέταση. Η διαχείριση των μελλοντικών συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων αυτών που δεν σχετίζονται με την αποχή, πρέπει να συζητούνται με τους απεργούς πείνας. Επίσης, οι αξίες και οι επιθυμίες του ατόμου σχετικά με την ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση παρατεταμένης αποχής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.
- ▶ Ορισμένες φορές οι απεργοί πείνας δέχονται την ενδοφλέβια χορήγηση φυσιολογικού ορού ή άλλες μορφές ιατρικής θεραπείας. Η άρνηση αποδοχής ορισμένων επεμβάσεων δεν πρέπει να θίγει οποιαδήποτε άλλη πτυχή της ιατρικής περίθαλψης, όπως η θεραπεία λοιμώξεων ή ο πόνος.
- ▶ Οι ιατροί πρέπει να συζητούν με τους απεργούς πείνας ιδιωτικά και χωρίς να τους ακούν άλλα άτομα, συμπεριλαμβανομένων των άλλων κρατουμένων. Η σαφής επικοινωνία είναι απαραίτητη και, όπου κρίνεται απαραίτητο, πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμοι διερμηνείς που δεν έχουν καμία σχέση με τις σωφρονιστικές αρχές· και αυτοί πρέπει να σέβονται το ιατρικό απόρρητο.
- ▶ Οι ιατροί πρέπει να βεβαιώνονται ότι η άρνηση λήψης τροφής ή θεραπείας αποτελεί εθελούσια επιλογή του ατόμου. Οι απεργοί πείνας πρέπει να προστατεύονται από τον εξαναγκασμό. Οι γιατροί μπορούν συχνά να συμβάλλουν στην επίτευξη αυτού του στόχου και πρέπει να γνωρίζουν ότι ο εξαναγκασμός μπορεί να προέρχεται από ομάδα συγκρατουμένων, τις αρχές ή άλλους, όπως τα μέλη της οικογένειας του κρατουμένου. Οι ιατροί ή άλλο προσωπικό του τομέα υγειονομικής περίθαλψης δεν πρέπει να ασκούν οποιοδήποτε είδους υπερβολική πίεση στον απεργό πείνας για διακοπή της απεργίας. Η θεραπεία ή η περίθαλψη του απεργού πείνας δεν πρέπει να εξαρτάται από τη διακοπή της απεργίας πείνας.
- ▶ Εάν ένας ιατρός δεν είναι σε θέση, για λόγους συνείδησης, να συμμορφωθεί με την άρνηση του κρατουμένου για θεραπεία ή τεχνητή διατροφή, ο ιατρός πρέπει να το καταστήσει σαφές από την αρχή και να παραπέμψει τον απεργό πείνας σε άλλο ιατρό που είναι πρόθυμος να συμμορφωθεί με την άρνηση του απεργού πείνας.
- ▶ Η συνεχής επικοινωνία μεταξύ του ιατρού και των απεργών πείνας είναι κρίσιμης σημασίας. Οι ιατροί πρέπει να ελέγχουν καθημερινά εάν τα άτομα επιθυμούν να συνεχίσουν την απεργία πείνας και τι θέλουν να κάνουν όταν δεν είναι πλέον σε θέση να επικοινωνούν με ουσιαστικό τρόπο. Τα ευρήματα αυτά πρέπει να καταγράφονται δεόντως.
- ▶ Όταν ένας ιατρός αναλαμβάνει έναν ασθενή, ο απεργός πείνας μπορεί να έχει ήδη απολέσει τη διανοητική του ικανότητα και να μην υπάρχει η δυνατότητα να συζητήσει μαζί του την επιθυμία του σχετικά με την

ιατρική παρέμβαση για την προστασία της ζωής του. Πρέπει να ληφθούν υπόψη οι οδηγίες που έχει δώσει εκ των προτέρων ο απεργός πείνας. Το εκ των προτέρων αίτημα άρνησης θεραπείας γίνεται σεβαστό εάν αντανακλά την εθελούσια επιθυμία του ατόμου όταν αυτό είναι ικανό προς δικαιοπραξία. Σε συνθήκες κράτησης, πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα οι εκ των προτέρων οδηγίες να έχουν δοθεί υπό πίεση. Στις περιπτώσεις όπου οι ιατροί διατηρούν σοβαρές αμφιβολίες σχετικά με την πρόθεση του ατόμου, τυχόν οδηγίες πρέπει να αντιμετωπίζονται με μεγάλη προσοχή. Ωστόσο, εάν έχουν διατυπωθεί κατόπιν ενημέρωσης και οικειοθελώς, οι εκ των προτέρων οδηγίες μπορούν γενικά να αγνοηθούν μόνο εάν καταστούν άκυρες λόγω μιας κατάστασης κατά την οποία η απόφαση που είχε ληφθεί άλλαξε ριζικά από τη στιγμή που ο κρατούμενος απώλεσε την ικανότητά του προς δικαιοπραξία.

- ▶ Εάν δεν είναι δυνατή η συζήτηση με το άτομο και δεν υπάρχουν εκ των προτέρων οδηγίες, οι ιατροί πρέπει να ενεργούν σύμφωνα με αυτό που κρίνουν ότι αποτελεί υπέρτατο συμφέρον του ατόμου. Αυτό σημαίνει πως λαμβάνονται υπόψη οι εκ των προτέρων εκπεφρασμένες επιθυμίες των απεργών πείνας, οι προσωπικές και πολιτιστικές τους αξίες, καθώς και η σωματική τους υγεία. Ελλείψει αποδείξεων για τις εκ των προτέρων επιθυμίες των απεργών πείνας, οι ιατροί πρέπει να αποφασίζουν εάν θα παρέχουν σίτιση, χωρίς παρεμβάσεις τρίτων.
- ▶ Οι ιατροί μπορεί να θεωρήσουν δικαιολογημένο να αντιταχθούν στις εκ των προτέρων οδηγίες άρνησης θεραπείας, εάν, για παράδειγμα, η άρνηση θεωρείται ότι εκφράστηκε υπό πίεση. Εάν μετά την ανάνηψη και αφού ανακτήσουν τις πνευματικές τους δυνάμεις, οι απεργοί πείνας εξακολουθούν να επαναλαμβάνουν την πρόθεσή τους για νηστεία, η απόφαση αυτή πρέπει να γίνεται σεβαστή. Είναι δεοντολογικό να επιτραπεί σε ένα αποφασισμένο απεργό πείνας να πεθάνει με αξιοπρέπεια και όχι να υποβληθεί το άτομο αυτό σε επανειλημμένες επεμβάσεις παρά τη θέλησή του.
- ▶ Η τεχνητή διατροφή μπορεί να είναι σωστή από δεοντολογικής άποψης εάν ο ικανός προς δικαιοπραξία απεργός πείνας έχει συμφωνήσει σε αυτή. Μπορεί επίσης να είναι αποδεκτή εάν άτομα μη ικανά προς δικαιοπραξία δεν έχουν αφήσει καμία εκ των προτέρων οδηγία σύμφωνα με την οποία την αρνούνται.
- ▶ Η αναγκαστική σίτιση δεν είναι ποτέ δεοντολογικά αποδεκτή. Ακόμη και αν ο σκοπός της είναι να ωφελήσει, η σίτιση που συνοδεύεται από απειλές, εξαναγκασμό, βία ή χρήση φυσικών μέσων συγκράτησης αποτελεί μορφή απάνθρωπης και ταπεινωτικής μεταχείρισης. Εξίσου απαράδεκτη είναι η αναγκαστική σίτιση ορισμένων κρατουμένων, με σκοπό τον εκφοβισμό ή τον εξαναγκασμό άλλων απεργών πείνας να σταματήσουν την αποχή.

Όπως διαπιστώθηκε, η Παγκόσμια Ιατρική Ένωση θεωρεί την αναγκαστική σίτιση απαράδεκτη από δεοντολογικής άποψης. Υπάρχει μια σύγκρουση αξιών μεταξύ του καθήκοντος παροχής ιατρικής περίθαλψης για τη διαφύλαξη της ζωής και του δικαιώματος του ατόμου στη σωματική του ακεραιότητα. Οι ιατροί πρέπει, ωστόσο, να αποτρέψουν κάθε πράξη που θα μπορούσε να ισοδυναμεί με βασανιστήρια ή απάνθρωπη και ταπεινωτική μεταχείριση.

Ωστόσο, εάν ληφθεί απόφαση αναγκαστικής σίτισης ενός κρατουμένου απεργού πείνας, αυτή πρέπει να είναι αναγκαία από ιατρικής άποψης και πρέπει να διεξάγεται υπό κατάλληλες συνθήκες που αντικατοπτρίζουν τον ιατρικό χαρακτήρα του μέτρου. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων πρέπει να ακολουθεί μια καθιερωμένη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει επαρκείς εγγυήσεις, συμπεριλαμβανομένης της ανεξάρτητης λήψης ιατρικών αποφάσεων. Η ψυχιατρική αξιολόγηση της ψυχικής υγείας ενός κρατουμένου απεργού πείνας μπορεί να συμβάλει στον προσδιορισμό των περιπτώσεων κατά τις οποίες οι λόγοι πίσω από την άρνηση λήψης τροφής είναι ψυχιατρικής φύσης. Επιπλέον, οι ψυχιατρικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια μιας απεργίας πείνας μπορούν να βοηθήσουν τη θεραπευτική ιατρική ομάδα να εντοπίσει τυχόν επιδείνωση των πνευματικών ικανοτήτων του απεργού πείνας η οποία θα μπορούσε να επηρεάσει την ικανότητά του να προβαίνει σε συνειδητές αποφάσεις σχετικά με τη ζωή και την υγεία του. Η δυνατότητα νομικής προσφυγής πρέπει να είναι διαθέσιμη και όλες οι πτυχές εφαρμογής της απόφασης πρέπει να παρακολουθούνται επαρκώς. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την επιβολή της αναγκαστικής σίτισης δεν πρέπει να είναι αναίτια επώδυνες και πρέπει να εφαρμόζονται με επιδεξιότητα και ελάχιστη πίεση. Η αναγκαστική σίτιση πρέπει να παραβιάζει όσο το δυνατόν λιγότερο τη σωματική ακεραιότητα του απεργού πείνας.

Περίθαλψη δραστών σεξουαλικών εγκλημάτων στα καταστήματα κράτησης

Η περίθαλψη ασθενών με παραφιλική συμπεριφορά, ανεξαρτήτως της μεθόδου θεραπείας που ακολουθείται, υπήρξε πάντα επικίνδυνη και έθετε δεοντολογικά διλήμματα. Τα κύρια δεοντολογικά ζητήματα που αφορούν δράστες σεξουαλικών εγκλημάτων, συμπεριλαμβανομένων των κρατουμένων με παραφιλική συμπεριφορά, μπορεί να αντικατοπτρίζουν την ανάγκη για δημόσια ασφάλεια ή και μια επαγγελματική τάση προσανατολισμού προς την τιμωρία και όχι τη θεραπεία, ακόμη και όταν η θεραπεία είναι κατάλληλη και αποτελεσματική⁸⁵.

85. Bowden P., "Treatment: use, abuse and consent". *Criminal Behavior and Mental Health* 1 (1991), 130-41; Berlin F., "Sex offender treatment and legislation". *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 31 (2003), 510-13; Ward T., Gannon T. A. and Birgden A., "Human rights and the treatment of sex offenders". *Sex Abuse* 19/3 (2007), 195-204; Elger B. S., "Research involving prisoners: consensus and controversies in international and European regulations". *Bioethics* 22 (2008), 224-38

Η ΕΠΒ εξέτασε το θέμα στις διάφορες εκθέσεις της.⁸⁶ Οι συστάσεις της θα μπορούσαν να συνοψισθούν στις ακόλουθες.

- ▶ Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της υποτροπής δεν πρέπει ποτέ να βασίζονται μόνο στην αποτελεσματικότητα. Η αυστηρή εστίαση στη μείωση των ποσοστών υποτροπής μπορεί να ανοίξει τον δρόμο για σοβαρές παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Διάφορες επιλογές θεραπείας είναι διαθέσιμες, οι οποίες βασίζονται στην ψυχοθεραπεία (συμπεριλαμβανομένης της ομαδικής θεραπείας), τη φαρμακοθεραπεία (συμπεριλαμβανομένης της χρήσης αντιανδρογόνων) ή σε έναν συνδυασμό των δύο.
- ▶ Πριν από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής, πρέπει να λαμβάνεται η ελεύθερη και κατόπιν ενημέρωσης γραπτή συγκατάθεση του ασθενή ειδικά πριν από την έναρξη της φαρμακοθεραπείας (συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας με τη χρήση αντιανδρογόνων), και να επιτρέπεται η ανάκληση της συγκατάθεσης ανά πάσα στιγμή. Ο εν λόγω κρατούμενος πρέπει να λάβει λεπτομερείς εξηγήσεις (μεταξύ άλλων γραπτώς) του σκοπού και των ενδεχόμενων παρενεργειών της θεραπείας, καθώς και των συνεπειών της άρνησής του να υποβληθεί σε μια τέτοια θεραπεία.

Η θεραπεία με τη χρήση αντιανδρογόνων πρέπει να βασίζεται πάντα σε εμπειριστατωμένη εξατομικευμένη ψυχιατρική και ιατρική αξιολόγηση και η θεραπεία αυτή πρέπει να πραγματοποιείται σε αποκλειστικά εθελοντική βάση. Πρέπει να αναπτυχθεί μια ολοκληρωμένη και λεπτομερής διαδικασία, η οποία θα περιλαμβάνει πρόσθετες εγγυήσεις: κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού για τη θεραπεία· ιατρικές εξετάσεις πριν από, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία· δυνατότητα λήψης συμβουλών από εξωτερικό ιατρό, συμπεριλαμβανομένης μιας δεύτερης ανεξάρτητης γνώμης· και τακτική αξιολόγηση της θεραπείας από ανεξάρτητη ιατρική αρχή. Η χορήγηση αντιανδρογόνων πρέπει να συνδυάζεται με ψυχοθεραπεία και άλλες μορφές συμβουλευτικής προκειμένου να μειωθεί περαιτέρω ο κίνδυνος υποτροπής. Επιπλέον, η θεραπεία με τη χρήση αντιανδρογόνων δεν πρέπει να αποτελεί γενική προϋπόθεση για την απόλυση δραστών σεξουαλικών εγκλημάτων, αλλά πρέπει να εφαρμόζεται σε επιλεγμένα άτομα με βάση εξατομικευμένη αξιολόγηση.

Ο χειρουργικός ευνουχισμός αποτελεί μια επέμβαση που έχει μη αναστρέψιμες σωματικές συνέπειες και άμεσες ή έμμεσες συνέπειες για την ψυχική υγεία. Επιπλέον, δεν παρέχεται καμία εγγύηση ότι το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα (μείωση του επιπέδου τεστοστερόνης) θα έχει διάρκεια. Ο θεμιτός στόχος της μείωσης των ποσοστών υποτροπής πρέπει να αντισταθμίζεται

86. CPT/Inf (2009)8; (2011)20.

από δεοντολογικούς προβληματισμούς που συνδέονται με τα θεμελιώδη δικαιώματα του ατόμου.⁸⁷ Ο χειρουργικός ευνουχισμός δεν αποτελεί πλέον γενικώς αποδεκτή ιατρική πρακτική για τη θεραπεία δραστών σεξουαλικών εγκλημάτων. Δεν πρέπει να πραγματοποιούνται ποτέ μη αναστρέψιμες ιατρικές επεμβάσεις σε κρατούμενους ή άλλα άτομα που τελούν υπό κράτηση, εκτός εάν αυτό είναι ξεκάθαρα αναγκαίο από ιατρική άποψη.

2.7 Διπλή διάγνωση στα καταστήματα κράτησης

Σύμφωνα με μια εκτίμηση, το 3-11 % των κρατουμένων αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας (όπως ψυχωσικές διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης) που συνυπάρχουν με διαταραχή κατάχρησης ουσιών.⁸⁸

Ο όρος «διπλή διάγνωση» καλύπτει ευρύ φάσμα προβλημάτων που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό τα προβλήματα ψυχικής υγείας και την κατάχρηση ουσιών. Η διπλή διάγνωση μπορεί να έχει διαφορετικές σημασίες σε διάφορες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αλλά οι τέσσερις συνηθέστεροι συνδυασμοί είναι οι εξής:

- ▶ ένα αρχικό πρόβλημα ψυχικής υγείας που προκαλεί τη χρήση ουσιών (όπως η περίπτωση κάποιου που πάσχει από σχιζοφρένεια και διαπιστώνει ότι η ηρωίνη μειώνει ορισμένα από τα συμπτώματα),
- ▶ κατάχρηση ουσιών ή/και απεξάρτηση από ουσίες οι οποίες οδηγούν σε ψυχιατρικά συμπτώματα ή ασθένεια (εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης μετά από την αποτοξίνωση, με αϋπνία και κακή διάθεση),
- ▶ ένα ψυχιατρικό πρόβλημα που επιδεινώνεται λόγω της κατάχρησης ουσιών (ένα άτομο που έχει υπερβολικό άγχος ότι κινδυνεύει από τους άλλους, το οποίο χρησιμοποιεί κάνναβη για να χαλαρώσει, αλλά διαπιστώνει ότι η κάνναβη μπορεί να αυξήσει τα συμπτώματα παράνοιας, οδηγώντας σε αύξηση της αποξένωσης),
- ▶ προβλήματα κατάχρησης ουσιών και προβλήματα ψυχικής υγείας που δεν φαίνεται να σχετίζονται μεταξύ τους (κάποιος που έχει αντιμετωπίζει συνεχώς πρόβλημα άγχους που δεν μειώνεται ούτε επιδεινώνεται από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ).

Κατά την παραμονή στο κατάστημα κράτησης, όπου υπάρχει μικρότερη άμεση πρόσβαση σε παράνομες ναρκωτικές ουσίες, η ψυχική κατάσταση ενός

87. Alexander M., Gunn J., Cook D. A. G., Taylor P. J. and Finch J., «Should a sexual offender be allowed surgical castration? » *British Medical Journal* 307 (1993), 790-93.

88. Edens J. F., Peters R. H. and Hills H. A., «Treating prison inmates with co-occurring disorders: an integrative review of existing programs». *Behavioral Sciences & the Law* 15/4 (1997), 439-57.

ασθενούς μπορεί να φαίνεται σταθερή. Από την άλλη πλευρά, ένα περιβάλλον με σχετικά λιγότερα ερεθίσματα όπως ένα κατάστημα κράτησης μπορεί να συγκαλύψει υφιστάμενα προβλήματα ψυχικής υγείας. Ακόμη και η μικρή ή μέτρια χρήση ναρκωτικών ουσιών (σχετικά μικρή και σπάνια κατανάλωση ναρκωτικών ουσιών όπως η κάνναβη ή οι αμφεταμίνες) που δεν είναι προβληματική για τους περισσότερους χρήστες ουσιών μπορεί να έχει επιζήμιες επιπτώσεις σε άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Απαιτούνται διαφορετικές παρεμβάσεις για τη διαχείριση της απεξάρτησης από το αλκοόλ και όλες τις ναρκωτικές ουσίες που προκαλούν εξάρτηση, και για τη διαχείριση της συντήρησης με οπιοειδή και την πρόληψη της υποτροπής σε προβλήματα κατανάλωσης αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών μετά την απόλυση⁸⁹.

- ▶ Οι ασθενείς που είναι εξαρτημένοι από οπιούχα και οδηγούνται σε καταστήματα κράτησης με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας πρέπει να σταθεροποιούνται - και όχι να αποτοξινώνονται - για μια ελάχιστη περίοδο δύο εβδομάδων. Η ταχεία αποτοξίνωση πρέπει να αποφεύγεται.
- ▶ Η διακοπή της βενζοδιαζεπίνης μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση συμπτωμάτων ψύχωσης. Οι ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό διανοητικής σύγχυσης μπορεί επομένως να είναι πιο ευάλωτοι. Μπορεί να απαιτηθεί μια περίοδος σταθεροποίησης πριν εξεταστεί οποιαδήποτε περαιτέρω μείωση της διαζεπάμης. Το άγχος και οι αυτοτραυματισμοί μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα της διακοπής λήψης βενζοδιαζεπίνης. Μπορεί να ενδείκνυται και πάλι σταθεροποίηση και στη συνέχεια βραδύτερη μείωση.
- ▶ Η διακοπή λήψης διεγερτικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει σύντομη, αλλά ορισμένες φορές βαριά κατάθλιψη. Μπορεί να χρειαστεί μία εβδομάδα έως αρκετοί μήνες για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, καθώς το κεντρικό νευρικό σύστημα προσαρμόζεται φυσιολογικά στο μεταβαλλόμενο χημικό περιβάλλον. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ο κρατούμενος μπορεί να διατρέχει αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού. Επιπλέον, η χρήση διεγερτικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει ψυχωσικό επεισόδιο («αμφεταμινική ψύχωση»). Η διακοπή της χρήσης διεγερτικών φαρμάκων, ο ύπνος και η διατροφή συνήθως θα αντιστρέψουν το πρόβλημα. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι η χρήση διεγερτικών φαρμάκων είναι κοινή σε όσους πάσχουν από χρόνια πλήξη ή υψηλό όριο ερεθισμού, κάτι που είναι κοινό σε άτομα με διαταραχή προσωπικότητας, ιδιαίτερα σε οριακή ή αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Επομένως, ο εντοπισμός μιας υποκείμενης διαταραχής προσωπικότητας θα είναι σημαντικός για το σχέδιο θεραπείας.

89. A guide for the management of dual diagnosis for prisons. Department of Health, London (2009).

Η ένταξη ατόμων με διπλή διάγνωση σε ομαδική θεραπεία πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά. Πολλοί άνθρωποι με σημαντικά προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν βιώσει τραυματικές παιδικές ηλικίες και πρόσφατες τραυματικές εμπειρίες. Είναι επίσης πιθανό να αντιμετωπίζουν ορισμένες δυσκολίες κοινωνικοποίησης. Αυτά τα θέματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά για άτομα με διαταραχή προσωπικότητας. Συνεπώς, η προσεκτική και πλήρης αξιολόγηση και ψυχολογική διατύπωση είναι σημαντική για τη λήψη αποφάσεων όσον αφορά τις ομαδικές ή ατομικές θεραπείες.

2.8 Κρατούμενοι με διαταραχές προσωπικότητας

Ο όρος «διαταραχή προσωπικότητας» χρησιμοποιείται κυρίως για να περιγράψει προβληματικούς τρόπους αντιμετώπισης της καθημερινότητας και της σχέσης ενός ατόμου με τον εαυτό του, τους άλλους και τον υπόλοιπο κόσμο. Η διαταραχή προσωπικότητας θεωρείται ότι αποτελεί το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και διαταραγμένων αρχικών σταδίων ανάπτυξης.

Οι διαταραχές προσωπικότητας είναι συνήθεις στην κοινωνία. Επιδημιολογικές εκτιμήσεις συνιστούν ότι το 5-13 % των ατόμων έχουν προβλήματα που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή προσωπικότητας. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν επίσης ότι το 20-50% των ατόμων με διαταραχές προσωπικότητας κάνουν κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών και το 5-30 % των ατόμων που γνωρίζουν οι υπηρεσίες κατάχρησης ουσιών έχουν διαγνωστεί με διαταραχή προσωπικότητας.

Μεταξύ των ασθενών μιας υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης σε κατάσταση κράτησης θα υπάρχει πάντα ένας αριθμός μη ισορροπημένων, περιθωριακών ατόμων που έχουν ιστορικό οικογενειακών τραυμάτων, μακροχρόνιας ουσισεξάρτησης, συγκρούσεων με την εξουσία ή άλλων κοινωνικών κακοτυχιών. Μπορεί να έχουν βίαιες ή αυτοκτονικές τάσεις, ή να χαρακτηρίζονται από απαράδεκτη σεξουαλική συμπεριφορά και τις περισσότερες φορές είναι ανίκανοι να ελέγχουν ή να φροντίζουν τον εαυτό τους. Μελέτες σε καταστήματα κράτησης δείχνουν ότι περίπου 50-78 % των κρατούμενων έχει διαπιστωθεί ότι πάσχουν από διαταραχές προσωπικότητας.⁹⁰ Οι κρατούμενοι με διαταραχές προσωπικότητας αποτελούν πρόκληση. Για έναν σχετικά μικρό αριθμό, στις

90. Coid J. and Yang M., «Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain». *British Journal of Psychiatry* 188 (2006), 423-31· Linehan M., Schmidt H. et al., «Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence». *American Journal on Addictions* 8/4 (1999), 279-92· Nace E., Davis C. and Gaspari J., «Axis II co-morbidity in substance abusers». *American Journal of Psychiatry* 148 (1991), 118-20; Singleton N., Meltzer N. et al., *Study of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. Office for National Statistics, London (1998).

πιο σοβαρές μορφές της, συνδέεται με σοβαρό κίνδυνο πρόκλησης βλάβης στους ίδιους και σε τρίτους. Οι εν λόγω δράστες έχουν εξαιρετικά σύνθετες ψυχολογικές ανάγκες οι οποίες αποτελούν πρόκληση όσον αφορά τη διαχείριση, τη θεραπεία και τη διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας.

Εξειδικευμένες μονάδες έχουν αποδείξει την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τις πιο δύσκολες περιπτώσεις παραβατών με ασφαλή και εποικοδομητικό τρόπο και παρέχουν θεραπευτικές προσεγγίσεις υψηλής ποιότητας. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, διαπιστώνεται πλέον σημαντική μείωση των δικαστικών αποφάσεων και των βιαιών περιστατικών. Έχουν αναπτυχθεί κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία και τη διαχείριση των διαταραχών προσωπικότητας⁹¹ οι οποίες συνδράμουν τις υπηρεσίες σχεδιασμού για αυτές τις κατηγορίες κρατουμένων. Πρέπει να δοθεί έμφαση στη μείωση των παραβατικών συμπεριφορών, της βίας, της επιθετικότητας και της κατάχρησης ουσιών.

Άτομα με ψυχοπάθεια και εκείνα που πληρούν τα κριτήρια επικίνδυνης και σοβαρής διαταραχής προσωπικότητας αντιπροσωπεύουν ένα μικρό ποσοστό ατόμων με αντικοινωνικές διαταραχές προσωπικότητας. Ωστόσο, εμφανίζουν πολύ υψηλό κίνδυνο πρόκλησης βλάβης σε τρίτους και καλύπτουν σημαντικό μέρος των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Οι γνωστικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις, για παράδειγμα, μπορούν να επικεντρωθούν στη μείωση των παραβατικών και άλλων αντικοινωνικών συμπεριφορών. Οι εν λόγω παρεμβάσεις πρέπει να είναι προσαρμοσμένες σε αυτή την ομάδα συνδυάζοντας ταυτόχρονες ατομικές και ομαδικές συνεδρίες και πρέπει να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια και να υποστηρίζονται από συνεχή παρακολούθηση και στενή εποπτεία.

Οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συστηματικά για τη θεραπεία διαταραχών προσωπικότητας ή σχετικών συμπεριφορών επιθετικότητας, θυμού και παρορμητικότητας. Ωστόσο, κρίνονται απαραίτητες οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις για συννοσηρότητα διανοητικών διαταραχών, ιδίως για την κατάθλιψη και τις διαταραχές άγχους. Κατά την έναρξη χορήγησης και την αναθεώρηση της φαρμακευτικής αγωγής σε περιπτώσεις συννοσηρότητας διανοητικών διαταραχών, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε θέματα συμμόρφωσης και στους κινδύνους κατάχρησης και υπερδοσολογίας.

Η θεραπεία για οποιαδήποτε συννοσηρότητα διαταραχών είναι καθοριστικής σημασίας και πρέπει να πραγματοποιείται ανεξάρτητα από το εάν το άτομο λαμβάνει θεραπευτική αγωγή για διαταραχή προσωπικότητας, διότι η αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση της συννοσηρότητας διαταραχών μπορεί

91. NICE Clinical Guidelines: Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. NHS (2009); NICE Clinical Guidelines: Borderline personality disorder: the NICE guideline on treatment and management. British Psychological Society/Royal College of Psychiatrists (2009).

να μειώσει τον κίνδυνο που συνδέεται με την ψυχοπάθεια ή την επικίνδυνη και σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας.

Το προσωπικό που εργάζεται με άτομα με αντικοινωνικές διαταραχές προσωπικότητας πρέπει να αναγνωρίζει ότι μια θετική και εποικοδομητική προσέγγιση είναι πιο πιθανό να είναι επιτυχής από μια τιμωρητική προσέγγιση για τη συμμετοχή και την παραμονή των ατόμων στο ενδεδειγμένο σχέδιο θεραπείας. Το προσωπικό πρέπει να εξετάζει τις επιλογές θεραπείας σε ένα κλίμα ελπίδας και αισιοδοξίας, εξηγώντας ότι η επανένταξη είναι δυνατή και εφικτή. Πρέπει να οικοδομήσει μια σχέση εμπιστοσύνης, να εργαστεί με ανοικτό, δεσμευτικό, αμερόληπτο τρόπο, και να είναι συνεπές και αξιόπιστο. Το προσωπικό που εργάζεται με αυτούς τους ασθενείς πρέπει να λαμβάνει κατάλληλη εκπαίδευση, υποστήριξη και επίβλεψη, κατά προτίμηση εκτός της μονάδας. Αυτό συμβάλλει στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής πίεσης και στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού.

Κεφάλαιο 3

Πρόληψη της εξάπλωσης του HIV/AIDS και της ηπατίτιδας Β/Γ στα καταστήματα κράτησης

3.1 Επιδημιολογική βάση

Σε αντίθεση με την παγκόσμια μείωση της συχνότητας εμφάνισης νέων κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό HIV και θανάτων που συνδέονται με το AIDS την τελευταία δεκαετία, σημειώθηκε αύξηση άνω του 25 % των κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό HIV και των θανάτων που συνδέονται με το Aids την ίδια περίοδο στην Ανατολική Ευρώπη και στην Κεντρική Ασία. Ο αριθμός των κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό HIV στην περιοχή έχει τριπλασιαστεί από το 2000 και η δυναμική της επιδημίας οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μετάδοση μεταξύ ανθρώπων που κάνουν χρήση ναρκωτικών σε ενέσιμη μορφή: τουλάχιστον το ένα τέταρτο των εκτιμώμενων 3,7 εκατομμυρίων ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών σε ενέσιμη μορφή στην περιοχή αυτή έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV⁹². Τα ποσοστά μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας Γ σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών κυμαίνονται μεταξύ 40-90 %.⁹³

Ο αυξημένος πληθυσμός των καταστημάτων κράτησης σε πολλές χώρες οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ενίσχυση των προσπαθειών επιβολής του νόμου για την καταπολέμηση της διακίνησης, κατοχής ή χρήσης παράνομων ναρκωτικών ουσιών και συνοδεύεται από μια αύξηση του αριθμού των κρατουμένων που καταναλώνουν και κάνουν χρήση ναρκωτικών σε ενέσιμη μορφή. Έως το 30 % των κρατουμένων έχουν ιστορικό χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Αυτός είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο τα ποσοστά συχνότητας

92. UNAIDS: Report on the Global AIDS epidemic 2010 (November 2010)

93. EMCDDA (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας).

κρουσμάτων HIV και ηπατίτιδας Γ και Β μεταξύ των κρατουμένων είναι έως 30 φορές υψηλότερα από ό,τι μεταξύ ατόμων συγκρίσιμης ηλικίας που ζουν στην κοινότητα. Ως εκ τούτου, τα καταστήματα κράτησης πρέπει να θεωρούνται επιδημιολογικά επίκεντρα για παρεντερικές μεταδοτικές λοιμώξεις όπως οι λοιμώξεις που μεταδίδονται με το αίμα ή/και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, για πολλούς λόγους.

- ▶ Τα καταστήματα κράτησης συγκεντρώνουν άτομα με επικίνδυνες συμπεριφορές για λοιμώξεις που προκαλούνται από την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, την κοινή χρήση εργαλείων έγχυσης, τη δερματοστιξία με κοινή χρήση εργαλείων και αδιάκριτες σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις. Η επιδημία του HIV στα καταστήματα κράτησης προκαλείται κυρίως από την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών αλλά θα ήταν λάθος να αγνοηθούν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα εντός των καταστημάτων κράτησης.
- ▶ Αυτές οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές εξακολουθούν να υφίστανται, επαναλαμβάνονται ή ξεκινούν εντός των καταστημάτων κράτησης, συχνά κάτω από πιο επικίνδυνες συνθήκες από ό,τι στην κοινότητα, κάτι που είχε και εξακολουθεί να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ασθενειών, ακόμη και επιδημιών.⁹⁴
- ▶ Τα μέτρα πρόληψης και μείωσης των βλαβών είναι δύσκολο να εφαρμοστούν και συχνά δεν είναι διαθέσιμα σε επίπεδο καταστήματος κράτησης.
- ▶ Η πρόσβαση σε διαγνωστικά μέτρα και θεραπείες που έχουν ως στόχο τη μείωση του ιικού φορτίου των προσβληθέντων ατόμων στα καταστήματα κράτησης είναι συχνά ανεπαρκής, λιγότερο διαθέσιμη από ό,τι στην κοινότητα ή καθόλου διαθέσιμη.
- ▶ Οι κρατούμενοι που απολύονται και έχουν προσβληθεί από λοιμώξεις κατά τη διάρκεια της κράτησής τους μπορεί, συχνά χωρίς να το γνωρίζουν, να μεταδώσουν τη λοίμωξη στην κοινότητα. Ο υψηλός βαθμός κινητικότητας μεταξύ καταστημάτων κράτησης και κοινότητας, κάτι το οποίο είναι σύνηθες μεταξύ καταδικασθέντων χρηστών ναρκωτικών ουσιών, οι οποίοι εκτίουν κυρίως σύντομες, επαναλαμβανόμενες στερητικές της ελευθερίας ποινές, αυξάνει τον κίνδυνο για τη δημόσια υγεία.

94. Jürgens R., Nowak M. και Day M: «HIV and incarceration: prisons and detention» Journal of the International AIDS Society 14:26 (2011); WHO/UNODC/UNAIDS: Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review, (Geneva 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, Evidence for Action Technical Paper (Geneva 2007); WHO Europe: Policy guidance on HIV in prisons at www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons.

3.2 Διεθνή κείμενα

Η αδυναμία παροχής πρόσβασης στους κρατούμενους σε βασικά μέτρα πρόληψης και θεραπείας που ισοδυναμούν με εκείνα που είναι διαθέσιμα στην κοινότητα αποτελεί παραβίαση του δικαιώματος των κρατουμένων στην υγεία και αντιτίθεται στο διεθνές δίκαιο, όπως το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα και ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης.⁹⁵ Πολλές συστάσεις, κανόνες, διακηρύξεις και ψηφίσματα του Συμβουλίου της Ευρώπης και άλλων διεθνών οργανισμών υπογραμμίζουν την υποχρέωση των σωφρονιστικών αρχών να παρέχουν προληπτική υγειονομική περίθαλψη, ιδίως για την καταπολέμηση των επιδημιών του HIV και της ηπατίτιδας Γ στα καταστήματα κράτησης.⁹⁶

Κατά τη διάρκεια πρόσφατων επισκέψεων, η ΕΠΒ διαπίστωσε σοβαρές ελλείψεις σε προληπτικά μέτρα κατά της εξάπλωσης του HIV/AIDS και της ηπατίτιδας Γ.⁹⁷ Τα προληπτικά μέτρα κατά της εξάπλωσης του HIV/AIDS και της ηπατίτιδας Β/Γ στα καταστήματα κράτησης μπορούν να συνοψιστούν σε τέσσερα βήματα: βελτίωση συμπεριφορών και γνώσεων, μείωση της προσφοράς και ζήτησης ναρκωτικών, μείωση πρόκλησης βλαβών και ιατρικά μέτρα.

3.3 Βελτίωση συμπεριφορών και γνώσεων

Αποδοχή μιας πραγματικότητας γεμάτης ταμπού

Οι σωφρονιστικές αρχές και οι πολιτικοί σε όλο τον κόσμο διστάζουν να αναγνωρίσουν και να παραδεχτούν το γεγονός ότι στα καταστήματα κράτησης υπάρχουν ναρκωτικά, χρήση ναρκωτικών και σεξουαλική δραστηριότητα,

95. Άρθρο 12 της Διεθνούς Σύμβασης Οικονομικών, Κοινωνικών και Πολιτιστικών Δικαιωμάτων, Άρθρο 11 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη.

96. WHO Europe: Policy guidance on HIV in prisons at www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons; CM: Prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison. Recommendation R (1993) 6; CM: The ethical and organizational aspects of health care in prison. Recommendation R (1998) 7; The CPT Standards 2002 (rev. 2011); UNAIDS/ UNODC/WHO: HIV/AIDS Prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response (New York 2006); WHO Europe: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons (Geneva 1993); Møller L. et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Geneva 2007); Penal Reform International: Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia (Dublin 2004); World Medical Association: Declaration of Edinburgh on prison conditions and the spread of tuberculosis and other communicable diseases (Edinburgh 2000, rev. Montevideo 2011); UNODC: HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, Policy Brief (Vienna 2012).

97. CPT/Inf (2009)1· (2009)35· (2010)33· (2011)20· (2011)29· (2012)4· (2012)32.

λόγω του φόβου ότι οι πολίτες θα τους καταστήσουν υπεύθυνους και υπό-λογους για το γεγονός αυτό. Ωστόσο, όσο αυτές οι πραγματικότητες παραμένουν θέματα-ταμπού, είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να εφαρμοστούν κατάλληλα μέτρα κατά της μετάδοσης ιών στα καταστήματα. Οι πολιτικοί και οι πολίτες πρέπει να γνωρίζουν ότι η πρόληψη της εξάπλωσης του ιού HIV και της ηπατίτιδας Γ και άλλων λοιμώξεων στα καταστήματα κράτησης είναι σημαντική όχι μόνο για την υγεία των κρατουμένων, γεγονός που συνήθως δεν είναι υψηλής πολιτικής προτεραιότητας, αλλά και για τη δημόσια υγεία των πολιτών. Το μοντέλο της Μολδαβίας, ενός προγράμματος αντικατάστασης βελονών και συρίγγων στα καταστήματα κράτησης, ένα εντυπωσιακό και εξαιρετικό παράδειγμα ορθής πρακτικής για την πρόληψη της εξάπλωσης των εν λόγω μολύνσεων, κατέστη δυνατό μόνο όταν οι αρχές και στη συνέχεια οι πολίτες, αποδέχτηκαν αυτές τις πραγματικότητες. Αυτό αποτέλεσε ένα καλό παράδειγμα αποτελεσματικής πολιτικής, η οποία είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη νέων στρατηγικών.⁹⁸

Εναλλακτικές λύσεις στην έκτιση μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής

Η εξάντληση όλων των διαθέσιμων εναλλακτικών λύσεων πριν από την έκτιση μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες δραστών είναι ίσως η πιο αποτελεσματική στρατηγική για την πρόληψη της εξάπλωσης παρεντερικών μεταδοτικών λοιμώξεων στα καταστήματα κράτησης. Οι χώρες διαφέρουν σημαντικά στον τρόπο με τον οποίο τιμωρούν την παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών και την κατοχή παράνομων ναρκωτικών ουσιών για προσωπική χρήση. Δεδομένου του υψηλού κινδύνου μετάδοσης λοιμώξεων, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της έκτισης μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής, ιδίως στα νεαρά, εξαρτώμενα από ναρκωτικές ουσίες άτομα, η έλλειψη κατάλληλων εγκαταστάσεων θεραπείας και αποκατάστασης για την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά στα καταστήματα κράτησης, το νομικό πλαίσιο και οι πρακτικές επιβολής ποινών, ιδίως η έκτισης μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες. Πρέπει να εξεταστούν όλες οι πιθανές εναλλακτικές λύσεις αντί της επιβολής μίας στερητικής της ελευθερίας ποινής για πολλά ασήμαντα αδικήματα χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε όλα τα επίπεδα του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης - αστυνομία, προδικαστική περίοδος, δικαστήριο, μεταδικαστικό στάδιο - και διάφορες εναλλακτικές λύσεις αντί της έκτισης μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής - κατά παρέκκλιση διαδικασία,

98. Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience, 2η εκδ. (2006), Canadian HIV/AIDS Legal Network.

εναλλακτικές ποινές, απόλυση υπό όρους - σε συνδυασμό με την παροχή περίθαλψης στην κοινότητα.⁹⁹

Εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση

Σύμφωνα με τις αρχές της προαγωγής της υγείας στα καταστήματα κράτησης,¹⁰⁰ τα προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης σχετικά με τον ιό HIV/AIDS και την ηπατίτιδα Β και Γ πρέπει να περιλαμβάνουν το σύνολο της σωφρονιστικής κοινότητας: τους κρατούμενους, το προσωπικό και την διοίκηση των καταστημάτων κράτησης και άτομα με ή χωρίς επικίνδυνη συμπεριφορά. Τα προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την αιτιολογία και την παθογένεση των σχετικών μολυσματικών ασθενειών, την πορεία τους, τα συμπτώματα, τη διάγνωση και τη θεραπεία, και ιδίως τις οδούς και τα μέσα μετάδοσης, τρόπους με τους οποίους θα αποφευχθεί η μετάδοση, τρόπους αυτοπροστασίας και προστασίας των άλλων, μέτρα μείωσης των βλαβών και ενέργειες που πρέπει να γίνουν μετά από πιθανή έκθεση. Πρέπει επίσης να περιλαμβάνουν πρόσκληση για εθελοντική εμπιστευτική παροχή συμβουλών και εξετάσεων. Ωστόσο, οι πληροφορίες σχετικά με τα μέτρα και τις δοκιμές για τη μείωση των βλαβών είναι προληπτικές μόνο εάν παρέχονται και είναι διαθέσιμες και στα καταστήματα κράτησης. Τα προγράμματα κατάρτισης πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την υψηλή συχνότητα του αναλφαβητισμού, των μαθησιακών δυσκολιών και των γλωσσικών φραγμών στον πληθυσμό των καταστημάτων κράτησης. Η συχνότητα των τακτικών εκδηλώσεων εκπαίδευσης και κατάρτισης σχετικά με αυτό το ζήτημα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον αριθμό κρατούμενων και προσωπικού, καθώς και τη σημασία της διατήρησης της ενημέρωσης και της ευαισθητοποίησης για το θέμα.

Αποτελεί υποχρέωση των επαγγελματιών του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι, παράλληλα με την παροχή εξατομικευμένων πληροφοριών, κατ' ιδίαν, κατά τη διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης (βλ. ανωτέρω, ιατρικές εξετάσεις κατά την είσοδο στο σωφρονιστικό κατάστημα), να εξασφαλίζουν την οργάνωση της εκπαίδευσης και της κατάρτισης σχετικά με την προληπτική ιατρική περίθαλψη, με την υποστήριξη της διοίκησης των καταστημάτων κράτησης. Μπορούν και πρέπει να βασίζονται στην πείρα, στις εγκαταστάσεις και στα μέσα που διαθέτουν πολλές ΜΚΟ για την εκπαίδευση σχετικά με τον ιό HIV/AIDS και την ηπατίτιδα Β και

99. UNODC: From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care not punishment, Discussion paper of a scientific workshop, 28-30 October 2009 (Vienna 2010);EMCDDA: Alternatives to imprisonment – targeting offending problem drug users in the EU (Lisbon 2005)

100. Moller L. et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Geneva 2007); Penal Reform International:

Γ, και πρέπει επίσης να προσπαθούν να πείσουν τις διοικήσεις των καταστημάτων κράτησης να ζητούν τη συνδρομή τους όσον αφορά αυτό το ζήτημα.

Πολλές μεθοδολογίες εκπαίδευσης μπορούν και πρέπει να εφαρμοστούν: κατ' ιδίαν εκπαίδευση, ομαδικές συζητήσεις, παιχνίδια ρόλων, θεατρικά σκετς μετά τα οποία θα ακολουθούν συζητήσεις, φυλλάδια, ταινίες και άλλα οπτικο-ακουστικά εργαλεία. Η αλληλοδιδασκτική μέθοδος φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Η πρόσκληση για παρακολούθηση με VCCT (εθελοντική εμπιστευτική παροχή συμβουλών και εξετάσεων) πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εκπαίδευσης.

3.4 Μείωση της προσφοράς και ζήτησης ναρκωτικών

Η σημασία των εντατικών ελέγχων και της αναζήτησης για την πρόληψη της διακίνησης ναρκωτικών στα καταστήματα κράτησης είναι πέραν πάσης αμφιβολίας. Λόγω του υψηλού αριθμού κρατουμένων που είναι εξαρτημένοι από ναρκωτικές ουσίες, τα καταστήματα κράτησης είναι ένας από τους βασικούς στόχους της αγοράς παράνομων ναρκωτικών, της υποκοουλτούρας των φυλακών και των ανεπίσημων δομών εξουσίας σε πολλά καταστήματα κράτησης στον κόσμο, οι οποίες κυριαρχούνται από τα συμφέροντα της εν λόγω παράνομης αγοράς. Η πραγματικότητα έχει δείξει ότι οι έλεγχοι και οι έρευνες δεν μπορούν να απαλλάξουν εντελώς τα καταστήματα κράτησης από τα ναρκωτικά. Έχει υποστηριχθεί ότι οι έρευνες από μόνες τους, εάν δεν συνοδεύονται από άλλα προληπτικά μέτρα, θα μπορούσαν να είναι ακόμη και αντιπαραγωγικές για την πρόληψη της εξάπλωσης παρεντερικών μεταδοτικών λοιμώξεων: τα ναρκωτικά που τοποθετούνται σε πολύ μικρές συσκευασίες είναι εύκολο να εισέλθουν λαθραία σε καταστήματα κράτησης σε σύγκριση με τα πιο ογκώδη μέσα έγχυσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη διακίνηση ναρκωτικών ουσιών χωρίς παροχή του κατάλληλου εξοπλισμού για ενέσεις, με συνέπεια την επαναλαμβανόμενη και κοινή χρήση ανεπαρκούς εξοπλισμού για ενέσεις και συνεπώς τη μετάδοση ιών. Όπως και στην κοινότητα, η ισορροπημένη εφαρμογή μιας πολιτικής τεσσάρων πυλώνων -επιβολή, πρόληψη, μείωση επιβλαβών συνεπειών και θεραπεία - μπορεί να μειώσει αποτελεσματικότερα τους κινδύνους χρήσης ναρκωτικών ουσιών στα καταστήματα κράτησης, αποτρέποντας παράλληλα την εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών λόγω της χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι, σύμφωνα με τις αρχές της ιατρικής δεοντολογίας και των διεθνών συστάσεων, οι επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης που φροντίζουν τους κρατούμενους δεν πρέπει ποτέ να συμμετέχουν σε ελέγχους, έρευνες, σωματικές έρευνες ή δοκιμές ανίχνευσης ναρκωτικών ουσιών που γίνονται για λόγους ασφαλείας, διαφορετικά μπορεί να χάσουν εμπιστοσύνη

των ασθενών τους.¹⁰¹ Οι εν λόγω ενέργειες αποτελούν αποκλειστικό καθήκον του προσωπικού ασφαλείας. Εάν απαιτείται ειδικός ιατρός για λεπτομερείς σωματικούς ελέγχους, πρέπει να είναι ένας υπάλληλος του τομέα δημόσιας υγείας ή ένας γιατρός που δεν συμμετέχει στη φροντίδα των κρατουμένων.

Τμήματα καταστημάτων κράτησης χωρίς ναρκωτικά

Πολλές χώρες έχουν δημιουργήσει ζώνες ή τμήματα χωρίς ναρκωτικά σε καταστήματα κράτησης, όπου οι κρατούμενοι δίνουν τη συγκατάθεσή τους ώστε να υποβάλλονται τακτικά σε τυχαίο έλεγχο ούρων που αποδεικνύει ότι δεν κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών με αντάλλαγμα την παροχή κινήτρων με προνόμια ή/και καλύτερες συνθήκες διαβίωσης σε σύγκριση με τα κανονικά τμήματα των σωφρονιστικών καταστημάτων. Οι κρατούμενοι που βρίσκονται θετικοί στα τεστ ανίχνευσης ναρκωτικών μεταφέρονται άμεσα πίσω, σε κανονικό τμήμα καταστήματος κράτησης. Αυτός ο συνδυασμός ενίσχυσης των κινήτρων και ελέγχου παρακολούθησης αποδείχθηκε επιτυχής όσον αφορά την πρόληψη της ζήτησης και της προσφοράς ναρκωτικών ουσιών, την ενίσχυση της αυτονομίας των κρατουμένων, τη μείωση των συγκρούσεων και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού. Το μέτρο αυτό είναι κατάλληλο μόνο για κρατούμενους που έχουν ισχυρό κίνητρο να μην έρθουν σε επαφή με ναρκωτικές ουσίες ενώ εκτίουν ποινή έκτισης μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής.¹⁰²

Προγράμματα θεραπείας μέσω υποκατάστασης

Η θεραπεία συντήρησης μέσω υποκατάστασης από του στόματος χορηγούμενων οπιούχων δεν αποτελεί μόνο την πιο αποτελεσματική και καλύτερη τεκμηριωμένη θεραπεία για την εξάρτηση από τα ενδοφλέβια χορηγούμενα οπιούχα, θεωρούμενη ως εκ τούτου ως η πλέον σύγχρονη θεραπεία για τους χρήστες ναρκωτικών που λαμβάνουν ενδοφλεβίως οπιούχα, αλλά αποτελεί επίσης ένα από τα ισχυρότερα προληπτικά μέτρα κατά της εξάπλωσης του HIV/AIDS και της ηπατίτιδας Β και Γ. Μειώνει τη ζήτηση για την επικίνδυνη ενδοφλέβια κατανάλωση οπιούχων, σταθεροποιεί τους ασθενείς ώστε να μπορούν να υποβληθούν σε συμπληρωματική ψυχοθεραπευτική αγωγή και συμβάλλει στο να συνεχίσουν να λαμβάνουν ψυχοκοινωνική θεραπεία.¹⁰³

101. Οι δεοντολογικές και οργανωτικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης Σύσταση R (1998) 7-Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011): Παγκόσμια Ιατρική Ένωση: Δήλωση WMA σχετικά με τις σωματικές έρευνες των κρατουμένων, Βουδαπέστη (1993, αναθ. 2005).

102. EMCDDA: Best practice portal: Drug free zone in Hirtenberg prison (2001) at www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview

103. WHO, UNODC, UNAIDS: «Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention» (2004).

Σύμφωνα με την αρχή της ισότιμης παροχής περίθαλψης, η οποία δεν ισχύει μόνο για τη θεραπευτική αλλά και για την προληπτική υγειονομική περίθαλψη¹⁰⁴, σε όλες τις χώρες όπου εφαρμόζονται προγράμματα υποκατάστασης οπιούχων στην κοινότητα, πρέπει να διατίθενται και στα καταστήματα κράτησης. Αυτό είναι απαραίτητο όχι μόνο για δεοντολογικούς αλλά και για σαφείς κλινικούς και προληπτικούς λόγους: η διακοπή της υποκατάστασης οπιούχων οδηγεί σε σύνδρομο στέρησης οπιούχων κατά το ευάλωτο στάδιο της έκτισης μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής και αυξάνει τον κίνδυνο εκ νέου έναρξης της ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών. Κατά κανόνα, η μετάδοση ιών είναι πολύ πιο επικίνδυνη στο περιβάλλον των καταστημάτων κράτησης από ό,τι στην κοινότητα. Επιπλέον, η θεραπεία συντήρησης μέσω υποκατάστασης οπιούχων μειώνει σημαντικά το υπερβολικά μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας των χρηστών ναρκωτικών ουσιών την πρώτη ημέρα μετά την απόλυσή τους¹⁰⁵.

Λόγω όλων αυτών των παραγόντων, τουλάχιστον 26 χώρες στην Ευρώπη εφαρμόζουν θεραπεία συντήρησης μέσω υποκατάστασης οπιούχων στα καταστήματα κράτησης και σε επτά ευρωπαϊκές χώρες πάνω από το 10 % των κρατουμένων υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης με οπιούχα.¹⁰⁶ Η μεθαδόνη είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο υποκατάστασης, αλλά χρησιμοποιούνται και άλλα από του στόματος χορηγούμενα οπιοειδή. Υπάρχει ήδη εκτεταμένη εμπειρία με λεπτομερείς οδηγίες σχετικά με τον τρόπο εκτέλεσης των προγραμμάτων υποκατάστασης οπιούχων στη φυλακή.¹⁰⁷ Ωστόσο, οι πρόσφατες εκθέσεις επισκέψεων χωρών της ΕΠΒ τόνισαν ότι, σε πολλά σωφρονιστικά συστήματα στην Ευρώπη, μένουν ακόμη πολλά να γίνουν για τη συμμόρφωση με αυτή τη σημαντική στρατηγική πρόληψης.¹⁰⁸

Η ψυχοθεραπευτική αγωγή και η ψυχοκοινωνική φροντίδα μπορούν να συμβάλουν στη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών μεταξύ χρηστών που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών και είναι εξαρτημένοι από οπιούχα, ειδικά όταν συνδυάζονται με θεραπεία υποκατάστασης οπιούχων, και έτσι μπορούν επίσης να συμβάλλουν στην πρόληψη της εξάπλωσης λοιμώξεων που μεταδίδονται μέσω του αίματος, ιδίως εφόσον οι έννοιες της ψυχοθεραπευτικής αγωγής επικεντρώνονται επί του παρόντος περισσότερο στη μείωση των επιβλαβών συνεπειών και όχι στην πλήρη αποχή.

104. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αυθ. 2011)

105. WHO Europe Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period (Geneva 2010)

106. ΕΚΠΝΤ: (2010)

107. WHO Europe: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons (Geneva 1993); Møller L et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Geneva 2007); Kastelic A, Pont J. and Stöver H: Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide (Oldenburg 2009)

108. CPT/Inf (2011)3· (2011)20· (2011)29· (2012)4· (2012)9· (2012)17· (2012)32.

3.5 Μείωση των βλαβών που προκαλούνται από επικίνδυνη συμπεριφορά

Από τα στοιχεία προκύπτει ότι δεν είναι ρεαλιστικό να θεωρηθεί ότι τα μέτρα ασφαλείας στα καταστήματα κράτησης μπορούν να εξαλείψουν την επικίνδυνη συμπεριφορά που σχετίζεται με την εξάπλωση του HIV/AIDS και της ηπατίτιδας Β και Γ. Προκύπτει επίσης ότι η επικίνδυνη συμπεριφορά μπορεί να δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερους κινδύνους από ό,τι στην κοινότητα, επομένως τα μέτρα για τη μείωση των εν λόγω βλαβών στα καταστήματα κράτησης είναι εξίσου σημαντικά με αυτά που λαμβάνονται στην κοινότητα.¹⁰⁹

Λιγότερο επικίνδυνη χρήση

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση σχετικά με τους κινδύνους μετάδοσης του ιού HIV και της ηπατίτιδας Β και Γ μέσω της κοινής χρήσης μολυσμένου εξοπλισμού για ενέσεις αποτελούν προϋποθέσεις για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Προσπαθώντας να επιτύχουν το μέγιστο αποτέλεσμα με τη μικρότερη δόση ναρκωτικής ουσίας, οι περισσότεροι κρατούμενοι που είναι εξαρτημένοι από τα οπιούχα κάνουν ενδοφλέβια χρήση, συμπεριφορά που μπορεί να μειωθεί αποτελεσματικά με επαρκή δοσολογία από του στόματος στο πλαίσιο της θεραπείας μέσω υποκατάστασης οπιούχων. Ως εκ τούτου η θεραπεία μέσω υποκατάστασης από του στόματος χορηγούμενων οπιούχων είναι ένα μέτρο για τη μείωση της ζήτησης για την κατανάλωση παράνομων οπιούχων και αποτελεί ασφαλέστερο τρόπο χρήσης οπιούχων. Στα καταστήματα κράτησης όπου δεν υπάρχουν διαθέσιμα αποστειρωμένα εργαλεία για ενέσεις (βλ. κατωτέρω, προγράμματα αντικατάστασης βελόνων και συρίγγων), οι κρατούμενοι πρέπει να έχουν τουλάχιστον πρόσβαση σε απολυμαντικά, όπως και σε πληροφορίες σχετικά με το πώς να ξεπλύνουν και να απολυμάνουν μολυσμένα εργαλεία, προκειμένου να μειώνεται ο κίνδυνος μετάδοσης. Ωστόσο, πρέπει να καταστεί σαφές ότι η απολύμανση δεν αποτελεί

109. WHO Europe: Policy HIV/AIDS in prison; Jürgens R., Nowak M. and Day M.: "HIV and incarceration: prisons and detention". Journal of the International AIDS Society 14:26 (2011); WHO/UNODC/UNAIDS: Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review, Evidence for Action Technical Paper (Geneva 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, Evidence for Action Technical Paper (Geneva, 2007); CM: The ethical and organizational aspects of health care in prison. Recommendation R (1998) 7; The CPT Standards 2002 (rev. 2011); UNAIDS/UNODC/WHO: HIV/AIDS Prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response; WHO Europe: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons (Geneva 1993); Møller L. et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Geneva 2007); World Medical Association: Declaration of Edinburgh on prison conditions and the spread of tuberculosis and other communicable diseases; UNODC: HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, Policy Brief (Vienna 2012)

ασφαλή χρήση και ότι ο μόνος τρόπος για να αποφευχθεί η μετάδοση είναι να μην χρησιμοποιείται καθόλου μολυσμένος εξοπλισμός. Όταν χρησιμοποιείται λευκαντικό οικιακής χρήσης (5,25 % υποχλωριώδες νάτριο) ως απολυμαντικό, πρέπει να είναι νέο και αδιάλυτο για να έχει κάποιο αποτέλεσμα.¹¹⁰

Προγράμματα αντικατάστασης βελονών/συρίγγων

Υπάρχουν βάσιμα στοιχεία ότι τα προγράμματα αντικατάστασης βελονών/συρίγγων στην κοινότητα είναι αποτελεσματικά για τη μείωση της μόλυνσης από τον HIV μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών. Είναι οικονομικά αποδοτικά και δεν έχουν αρνητικές απρόβλεπτες συνέπειες.¹¹¹ Η φιλοσοφία των προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών δεν είναι μόνο παροχή αποστειρωμένου εξοπλισμού έγχυσης στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, αλλά και η ασφαλής απόρριψη μολυσμένου εξοπλισμού έγχυσης, κάτι που είναι εξίσου σημαντικό. Όπως προαναφέρθηκε, σύμφωνα με την αρχή της ισότιμης παροχής περίθαλψης, η οποία ισχύει για λόγους προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης¹¹² και σοβαρής επιδημιολογικής ανάγκης, σε χώρες όπου εφαρμόζονται προγράμματα αντικατάστασης βελονών/συρίγγων και υποκατάστασης οπιούχων για χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών στην κοινότητα, πρέπει να εφαρμόζονται και στα καταστήματα κράτησης.

Το 2012 υπήρχαν 74 φυλακές σε οκτώ χώρες (με καλά χρηματοδοτούμενα και υποχρηματοδοτούμενα σωφρονιστικά συστήματα) - Ελβετία, Γερμανία, Ισπανία, Δημοκρατία της Μολδαβίας, Κιργιζία, Ρουμανία, Λουξεμβούργο και Τατζικιστάν - όπου υπήρχαν προγράμματα αντικατάστασης βελονών/συρίγγων στα καταστήματα κράτησης για άνδρες και γυναίκες, όλων των επιπέδων ασφαλείας και μεγεθών και σε ορισμένες περιπτώσεις που εφαρμόζονταν για περισσότερα από 10 έτη. Χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι τρόποι διανομής και συλλογής συσκευών έγχυσης: επαγγελματίες υγείας, προσωπικό ΜΚΟ, αυτόματα μηχανήματα διανομής ή προσεκτικά επιλεγμένοι συγκρατούμενοι. Παρά τις διαφορές αυτές, τα αποτελέσματα των εν λόγω προγραμμάτων ήταν εξαιρετικά συνεπή. Βελτίωσαν την υγεία των κρατουμένων, μείωσαν την κοινή χρήση βελονών και εξάλειψαν τους φόβους της βίας. Ταυτόχρονα, δεν υπάρχουν ενδείξεις αυξημένης κατανάλωσης ναρκωτικών ουσιών ή άλλων αρνητικών συνεπειών.¹¹³ Σε χώρες με υψηλή συχνότητα εμφάνισης του ιού

110. CDC: Syringe disinfection for injection drug users (Atlanta GA 2004).

111. WHO Europe: Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users, (Geneva 2004).

112. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

113. Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience, 2nd edn, Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006); WHO/UNAIDS/UNODC: Guide to starting and managing needle and syringe programmes: needle and syringe programmes in closed settings (Geneva 2007)

HIV μεταξύ χρηστών ναρκωτικών στην κοινότητα και στα καταστήματα κράτησης, η εφαρμογή προγραμμάτων αντικατάστασης βελονών/συρίγγων στα καταστήματα κράτησης πρέπει να θεωρείται θέμα υψηλής προτεραιότητας.¹¹⁴ Η επίτευξη αυτού του στόχου απαιτεί ηγετικές ικανότητες και δεξιότητες ώστε να πειστούν οι πολίτες και οι πολιτικοί για τη σημασία αυτής της μεθόδου μείωσης των επιβλαβών συνεπειών στα καταστήματα κράτησης, προς όφελος της γενικής δημόσιας υγείας.

Η πρόληψη άλλων πιθανών αιτιών λοιμώξεων που μεταδίδονται μέσω του αίματος και που θα μπορούσαν να επικρατούν στις καταστήματα κράτησης, όπως η κοινή χρήση και η επαναχρησιμοποίηση εξοπλισμού δερματοστιξίας και διάτρησης ή ξυραφιών και τελετουργικά αδελφοσύνης αίματος, πρέπει επίσης να αντιμετωπίζονται με εκπαιδευτική κατάρτιση ή/και με τις κατάλληλες διατάξεις.

Παροχή προφυλακτικών και πρόληψη σεξουαλικής βίας

Οι διεθνείς έρευνες παρέχουν στοιχεία ότι σε όλο τον κόσμο υπάρχει σεξουαλική δραστηριότητα στα καταστήματα κράτησης. Οι περισσότερες σεξουαλικές επαφές είναι, φυσικά, μεταξύ ατόμων του ίδιου φύλου. Μπορεί να είναι συναινετικές ή μη συναινετικές (στο περιβάλλον καταναγκασμού ενός καταστήματος κράτησης συχνά δεν είναι σαφώς διακριτές) και ποσοστό 1-3 % των κρατουμένων πέφτουν θύματα βιασμού.¹¹⁵ Ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV είναι υψηλότερος στις περιπτώσεις βίαιων σεξουαλικών δραστηριοτήτων. Για πολλά χρόνια, οι περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης προμήθευαν με προφυλακτικά τα καταστήματα κράτησης και πλέον υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα προφυλακτικά, τα λιπαντικά και τα στοματικά διαφράγματα χρησιμοποιούνται στις σεξουαλικές δραστηριότητες από κρατουμένους εάν είναι εύκολα και ανώνυμα προσβάσιμα. Η παροχή προφυλακτικών δεν προκάλεσε αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας και επειδή δεν υπάρχουν ενδείξεις αρνητικών ανεπιθύμητων συνεπειών, η παροχή προφυλακτικών γίνεται αποδεκτή από τους περισσότερους κρατουμένους και το προσωπικό μόλις προταθούν.¹¹⁶

Ωστόσο, η παροχή προφυλακτικών χωρίς αποτελεσματικές πολιτικές για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής βίας είναι σαφώς ανεπαρκής για την πρόληψη της μετάδοσης ιών μέσω της σεξουαλικής επαφής. Οι πολιτικές για την πρόληψη της σεξουαλικής βίας πρέπει να περιλαμβάνουν την αποφυγή του

114. WHO/UNAIDS/UNODC: Guide to starting and managing needle and syringe programmes: needle and syringe programmes in closed settings (Geneva 2007).

115. Jürgens R., Nowak M. και Day M: «HIV and incarceration: prisons and detention» Journal of the International AIDS Society 14:26 (2011)

116. WHO UNODC, UNAIDS: Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review, (Geneva2007) -WHO/UNODC/UNAIDS: Effectiveness of interventions to address HIV in prisons,(Geneva 2007).

υπερπληθυσμού των φυλακών, την επαρκή στελέχωση και την επιτήρηση, τη μη ανοχή ανεπίσημου ιεραρχικού συστήματος μεταξύ των κρατούμενων και τις δομικές βελτιώσεις που επιτρέπουν στο προσωπικό να προστατεύει τους ευάλωτους κρατούμενους από τη σεξουαλική βία.

Σε εκθέσεις αρκετών επισκέψεων χωρών, η ΕΠΒ εξέφρασε την ανησυχία της για την έλλειψη παροχής προφυλακτικών¹¹⁷ και την ανεπαρκή προστασία των κρατούμενων από τη σεξουαλική βία.¹¹⁸

3.6 Προληπτικές ιατρικές παρεμβάσεις

Εμβολιασμοί

Σύμφωνα με την ενημέρωση πολιτικής του Γραφείου των Ηνωμένων Εθνών για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών και την Πρόληψη του Εγκλήματος (UNODC) σχετικά με την πρόληψη του HIV και την παροχή περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης και σε άλλα περιβάλλοντα εγκλεισμού¹¹⁹, συνιστάται ο δωρεάν εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Β στους κρατούμενους και στο προσωπικό των καταστημάτων κράτησης. Είναι λογικό να προβλέπεται εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Α σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β ή Γ, καθώς η επιπρόσθετη μόλυνση με τον ιό της ηπατίτιδας Α μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρο ηπατική ανεπάρκεια.

Οι αντιϊκές θεραπείες για τον HIV και της ηπατίτιδας Β/Γ έχουν, εκτός από το θεραπευτικό τους αποτέλεσμα, ισχυρό προληπτικό αποτέλεσμα, μειώνοντας ταχέως το ιικό φορτίο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία, οι οποίοι κατά συνέπεια είναι πολύ λιγότερο πιθανό να αποτελέσουν πηγή μόλυνσης.

Προληπτική αγωγή

Λιγότερο αποδεδειγμένο, αλλά πολύ πιθανό, είναι το προληπτικό αποτέλεσμα της προληπτικής αγωγής μετά την έκθεση. Η λήψη ιατρικών συμβουλών και η λήψη προληπτικής αγωγής μετά την έκθεση πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα σε θύματα σεξουαλικής βίας καθώς και σε κρατούμενους και προσωπικό των καταστημάτων κράτησης μετά από ακούσια έκθεση στον HIV και στη λοίμωξη ηπατίτιδας Β και Γ. Τα καταστήματα κράτησης πρέπει να είναι προετοιμασμένα για αυτές τις περιπτώσεις, εφαρμόζοντας τυποποιημένες διαδικασίες ή κατευθυντήριες γραμμές.¹²⁰

117. CPT/Inf (2005)1· (2007)40· (2011)20.

118. CPT/Inf (2007)32· (2009)8· (2011)22· (2011)24· (2012)9.

119. UNODC: HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, Policy Brief (Vienna 2012).

120. Ό.π.

Κεφάλαιο 4

Η διπλή επιδημία: HIV/AIDS και φυματίωση

Ο ιός HIV/Aids και η φυματίωση αποτελούν την αιτία των περισσότερων θανάτων παγκοσμίως μεταξύ των μολυσματικών παραγόντων.¹²¹ Η επιδημία HIV/AIDS και η ταυτόχρονη αύξηση της επιδημίας της φυματίωσης έχουν χαρακτηριστεί ως διπλή επιδημία ή διασταυρούμενη επιδημία, όχι μόνο λόγω της χρονολογικής και γεωγραφικής τους σύμπτωσης αλλά κυρίως επειδή οι δύο ασθένειες και επιδημίες έχουν ισχυρή αρνητική αλληλεπίδραση. Η συχνότητα εμφάνισης και των δύο ασθενειών είναι μεγαλύτερη σε οικονομικά ασθενέστερες χώρες. Στον παγκόσμιο χάρτη, οι περιοχές με υψηλή επίπτωση και συχνότητα εμφάνισης του HIV ταιριάζουν σε μεγάλο βαθμό με περιοχές με υψηλή επίπτωση και συχνότητα εμφάνισης της φυματίωσης. Περίπου το ένα τρίτο των 34 εκατομμυρίων ανθρώπων που έχουν μολυνθεί από τον HIV έχουν μολυνθεί επίσης από φυματίωση και είναι περίπου 30 φορές πιο πιθανό να νοσήσουν από φυματίωση από ό,τι τα άτομα με δυνατό ανοσοποιητικό σύστημα. Πάνω από το ήμισυ του συνόλου των ασθενών με AIDS νοσούν από φυματίωση και η φυματίωση είναι η πιο κοινή σοβαρή ευκαιριακή λοίμωξη σε ασθενείς με HIV. Σχεδόν το 25 % των θανάτων μεταξύ των ατόμων με HIV οφείλεται στη φυματίωση.¹²²

Επιπλέον, έχει προκύψει πρόσφατα ένα νέο πρόβλημα αυξανόμενης ανθεκτικότητας της φυματίωσης στα φάρμακα και η κύρια αιτία είναι η ακατάλληλη θεραπεία της φυματίωσης. Στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, πάνω από το 10 % των ανθρώπων που μολύνθηκαν πρόσφατα, μολύνθηκαν με ανθεκτικά στα φάρμακα στελέχη του βακίλου και αυτό το ποσοστό είναι βεβαίως πολύ μεγαλύτερο σε ασθενείς που είχαν υποβληθεί προηγουμένως σε θεραπεία και υποτροπίασαν. Η προηγούμενη στρατηγική DOTS (βραχεία αντιφυματική θεραπεία με άμεση ιατρική επίβλεψη) του ΠΟΥ έπρεπε να αναβαθμιστεί σε «DOTS plus» λόγω της ανάγκης για πρόσθετο και πιο ακριβό διαγνωστικό εξοπλισμό σε συνδυασμό με την εκτεταμένη θεραπεία δεύτερης γραμμής με περισσότερες παρενέργειες¹²³.

121. Δελτία ενημέρωσης ΠΟΥ (Οκτώβριος 2012).

122. Ό.π.

123. Ό.π.

Η μόλυνση/ασθένεια από τον HIV/AIDS και τη φυματίωση έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, αν και ο τρόπος μετάδοσης είναι εντελώς διαφορετικός.

- ▶ Παρατηρούνται σε μεγάλο ποσοστό σε υποβαθμισμένους πληθυσμούς, εμφανίζοντας πολύ μεγαλύτερη συχνότητα στους πληθυσμούς των καταστημάτων κράτησης απ' ό,τι στην κοινότητα. Η συχνότητα εμφάνισης του HIV στα καταστήματα κράτησης είναι έως και 25 φορές μεγαλύτερη και η συχνότητα εμφάνισης της φυματίωσης είναι 100 φορές μεγαλύτερη από ό,τι στην κοινότητα γενικά¹²⁴. Το περιβάλλον των καταστημάτων κράτησης ευνοεί τη μετάδοση τόσο του HIV (βλ. προηγούμενο κεφάλαιο), όσο και της φυματίωσης. Οι συνθήκες που επικρατούν στα καταστήματα κράτησης, όπως ο υπερπληθυσμός, ο ανεπαρκής αερισμός, η κακή διατροφή και η ανεπαρκής ή μη προσιτή ιατρική περίθαλψη ευνοούν την εξάπλωση της φυματίωσης. Τα καταστήματα κράτησης λειτουργούν ως δεξαμενές φυματίωσης, μεταδίδοντας την ασθένεια στην κοινότητα μέσω του προσωπικού, των επισκεπτών και κρατουμένων που δεν λαμβάνουν επαρκή θεραπεία. Παράγοντες που ευνοούν την εξάπλωση της φυματίωσης ευνοούν επίσης την εξάπλωση της ανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης.¹²⁵ Ως εκ τούτου, τα καταστήματα κράτησης πρέπει να θεωρούνται επιδημιολογικά επίκεντρα για την επιδημία της φυματίωσης, όπως ακριβώς ισχύει (όπως αναφέρθηκε προηγουμένως) για την επιδημία του HIV/AIDS: είναι επιδημιολογικά επίκεντρα για τη διπλή επιδημία και πρέπει να αναγνωριστούν ως τέτοια από την κοινότητα.
- ▶ Η φυματίωση είναι μια ασθένεια που συνδέεται με τις συνθήκες φτώχειας και ο εθισμός στις ναρκωτικές ουσίες σε πολλές χώρες αποτελεί σημαντική αιτία μόλυνσης από τον ιό HIV, που επίσης συνδέεται ή/και οδηγεί σε συνθήκες φτώχειας. Και οι δύο λοιμώξεις, ο HIV και η φυματίωση συνοδεύονται από κοινωνικό στιγματισμό και περαιτέρω περιθωριοποίηση.
- ▶ Ένας ταχέως αυξανόμενος αριθμός μεμονωμένων ασθενών προσβάλλεται και από τις δύο μολύνσεις. Σε αμφότερες τις λοιμώξεις τα T-κύτταρα είναι υπεύθυνα για την κυτταρομεσολαβητική ανοσία, επομένως κάθε μία από αυτές επηρεάζει την κλινική πορεία της άλλης. Ενώ έως και το 10% των ατόμων με ανοσοανεπάρκεια που έχουν μολυνθεί από φυματίωση εμφανίζουν κλινικά συμπτώματα της νόσου, υπάρχει 30 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της φυματίωσης σε άτομα που έχουν μολυνθεί από τον HIV. Το πρόβλημα επιδεινώνεται περαιτέρω από το γεγονός ότι η διάγνωση της ασθένειας της φυματίωσης σε ανοσοκατασταλμένα άτομα είναι πολύ πιο δύσκολη από ό,τι στους ασθενείς με ανοσοανεπάρκεια,

124. WHO Tuberculosis in prisons, www.who.int/tb/challenges/prisons/en/.

125. Ο.π.

λόγω της μικρότερης αξιοπιστίας στη διάγνωση από τη μικροσκόπηση πτυέλων της λοιμώδους πνευμονικής φυματίωσης παράλληλα με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της εξωπνευμονικής φυματίωσης, οδηγώντας σε λιγότερο αξιόπιστη διάγνωση με ακτίνες Χ. Επιπλέον, η συνδυασμένη θεραπεία με αντιρετροϊκά φάρμακα για τον HIV/AIDS και τη φυματίωση, ιδιαίτερα για τη θεραπεία της ανθεκτικής σε φάρμακα φυματίωσης, είναι δύσκολη και θέτει προκλήσεις λόγω των πολλών αλληλεπιδράσεων φαρμάκων και των δυσμενών παρενεργειών και μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματική.

Όλες οι διάφορες επικαιροποιημένες οδηγίες σχετικά με τον έλεγχο της φυματίωσης στα καταστήματα κράτησης περιλαμβάνουν¹²⁶ τα εξής:

- ▶ η ανάγκη ύπαρξης των ίδιων προτύπων για τον έλεγχο της φυματίωσης στα καταστήματα κράτησης και στην κοινότητα, η ανάγκη να οργανώνονται σε στενή συνεργασία με τις υγειονομικές αρχές της κοινότητας, να συμπεριλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της φυματίωσης και να υποβάλλονται στην ίδια τεκμηρίωση, αξιολογήσεις και διασφάλιση ποιότητας,
- ▶ βελτίωση των συνθηκών κράτησης με αποφυγή του υπερπληθυσμού και εξασφάλιση καλού εξαερισμού, πρόσβασης στο φως του ήλιου, πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, τοποθέτησης κρατούμενων σε μικρές μονάδες, κατάλληλης διατροφής και άσκησης σε εξωτερικό χώρο,
- ▶ εκπαίδευση και προαγωγή της υγείας όσον αφορά την φυματίωση,
- ▶ έγκαιρη διάγνωση (έλεγχος κατά την είσοδο, αυτοπαραπομπή, ενεργός εντοπισμός κρουσμάτων),
- ▶ χωρισμός μολυσματικών ασθενών και εντοπισμός επαφών,
- ▶ αποτελεσματική πρότυπη θεραπεία, σε απόλυτη συμφωνία με τα πρωτόκολλα του ΠΟΥ σχετικά με την DOTS και/ή την DOTS plus,
- ▶ συνέχεια της θεραπείας μετά τη μεταφορά ή την απολυση.

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες δεν έχουν συμμορφωθεί ακόμη με αυτές τις οδηγίες σχετικά με τον έλεγχο της φυματίωσης στα καταστήματα κράτησης. Σε μια σειρά αποφάσεων, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου διαπίστωσε παραβίαση του άρθρου 2 ή/και 3 της ΕΣΔΑ λόγω ανεπαρκούς

126. WHO: Tuberculosis control in prisons: a manual for programme managers (Geneva 2000) at WHO/CDS/TB/2001/.281; Møller L. et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Geneva 2007); USAID/TBCTA/ICRC: Guidelines for control of tuberculosis in prisons (2009); CDC: Morbidity and Mortality Weekly Report, 7 July 2006 (Atlanta GA 2006); CDC: Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC (Atlanta GA 2006)

περίθαλψης κρατουμένων με φυματίωση,¹²⁷ και οι συνθήκες κράτησης κρίθηκε ότι προωθούν την εξάπλωση της φυματίωσης και χαρακτηρίστηκαν ως ταπεινωτική και απάνθρωπη μεταχείριση λόγω του υπερπληθυσμού και της έλλειψης αερισμού και φωτός του ήλιου. Ομοίως σε πρόσφατες επισκέψεις χωρών,¹²⁸ η ΕΠΒ εξέφρασε την ανησυχία της για τις ελλείψεις στην πρόληψη και την περίθαλψη όσον αφορά τη φυματίωση στα καταστήματα κράτησης.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η ανθεκτική στα φάρμακα φυματίωση και η διπλή επιδημία HIV/Aids και φυματίωσης, απαιτείται η λήψη συμπληρωματικών μέτρων.

- ▶ Η μικροσκοπήση πτυέλων έχει χαμηλή ευαισθησία στην ανίχνευση των βακτηρίων των φυματίων, και οι κλασσικές μέθοδοι καλλιέργειας για τη φυματίωση δίνουν αποτελέσματα έως και δύο μήνες αργότερα. Για τον έγκαιρο και ευαίσθητο προσδιορισμό της μολυσματικής φυματίωσης και της ανθεκτικής σε φάρμακα φυματίωσης, πρέπει να εφαρμοστούν το συντομότερο δυνατό νέες τεχνολογίες ταχείας ανίχνευσης βακτηρίων φυματίωσης και μοντέλα¹²⁹ ανθεκτικότητας. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία σε ένα περιβάλλον όπου οι άνθρωποι ζουν σε πολύ κοντινή απόσταση ο ένας με τον άλλο, όπως τα καταστήματα κράτησης, λόγω της ανάγκης για άμεσο χωρισμό των μολυσμένων ασθενών και των ασθενών που έχουν προσβληθεί από ανθεκτική στα φάρμακα φυματίωση και για πρώιμη θεραπεία σύμφωνα με το μοντέλο ανθεκτικότητας, προκειμένου να διακοπεί αποτελεσματικά η μετάδοση της νόσου. Απαιτούνται επίσης μέθοδοι ανίχνευσης υψηλής ευαισθησίας για τα βακτήρια της φυματίωσης λόγω των χαμηλών συγκεντρώσεων των βακτηρίων πτυέλων σε ασθενείς με λοιμώδη φυματίωση που έχουν επίσης μολυνθεί από τον HIV.
- ▶ Λόγω του υψηλού ποσοστού συλλοίμωσης από τον HIV και τη φυματίωση και σύμφωνα με την πολιτική του ΠΟΥ για τη διπλή επιδημία,¹³⁰ πρέπει να ενισχυθεί ο εντοπισμός ασθενών με HIV μεταξύ ασθενών που έχουν διαγνωστεί με φυματίωση, και η διάγνωση της φυματίωσης σε ασθενείς με HIV. Λόγω της μακράς ιστορίας τους όσον αφορά τη φυματίωση,

127. Melnik κατά Ουκρανίας αρ. προσφ. 72286/01· Malenko κατά Ουκρανίας αρ. προσφ. 18660/03· Vasyukon κατά Ρωσίας αρ. προσφ. 2974/05· Hummaton κατά Αζερμπαϊτζάν αρ. προσφ. 9852/05· Logvinenko κατά Ουκρανίας αρ. προσφ. 13448/07· Makharadze και Sikharulidze κατά Γεωργίας αρ. προσφ. 35254/07.

128. CPT/Inf (2007)42· (2010)12· (2010)27· (2010)30· (2012)24· (2011)26· (2011)29· (2012)17.

129. Small P. M. and Pai M: "Tuberculosis diagnosis - time for a game change". *New England Journal of Medicine* 363 (2010), 1070-71; Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. et al: "Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampicin resistance". *New England Journal of Medicine* 363 (2010), 1005-15; WHO Global Tuberculosis Report 2012.

130. WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders (Geneva 2012).

πολλές χώρες και σωφρονιστικά συστήματα διαθέτουν αποκεντρωμένες εγκαταστάσεις φυματίωσης, ενώ οι υπηρεσίες για τον HIV είναι ως επί το πλείστον συγκεντρωτικές. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί μια διπλή επιδημία, συστήνεται έντονα το προσωπικό των υφιστάμενων εγκαταστάσεων φυματίωσης στην κοινότητα και στα καταστήματα κράτησης να λαμβάνει σχετική κατάρτιση για την παροχή εκπαίδευσης όσον αφορά την πρόληψη του HIV/AIDS και την εθελοντική εμπιστευτική παροχή συμβουλών και εξετάσεων για τον ιό HIV στους ασθενείς τους με φυματίωση και ταυτόχρονα όσοι έχουν διαγνωστεί θετικοί στον ιό να λαμβάνουν το συντομότερο δυνατόν προληπτικά κοτριμοξαζόλη και να παραπέμπονται για αντιρετροϊκή (ARV) θεραπεία.

- ▶ Ομοίως, σε ασθενείς που έχουν μολυνθεί από τον HIV, πρέπει να ενισχυθεί η εκπαίδευση για την πρόληψη της φυματίωσης, ο έλεγχος της λοίμωξης της φυματίωσης και ο ενεργός εντοπισμός κρουσμάτων φυματίωσης. Για όσους έχουν προσβληθεί από φυματίωση ή/και έχουν διαγνωστεί με λανθάνουσα λοίμωξη φυματίωσης, πρέπει να εξετάζεται η προληπτική θεραπευτική αγωγή με τη λήψη ισονιαζίδης - INH (εφόσον δεν υπάρχει υψηλός επιπολασμός βακτηρίων φυματίωσης ανθεκτικών στην ισονιαζίδη). Οι ασθενείς με HIV που έχουν διαγνωσθεί με την ασθένεια της φυματίωσης πρέπει να ξεκινήσουν άμεση θεραπεία αντιμετώπισης της φυματίωσης, σύμφωνα με το αποτέλεσμα των εξετάσεων ευαισθησίας τους στα φάρμακα.

Οι πολιτικές αυτές σε επίπεδο ασθενών πρόκειται να ενσωματωθούν σε μια στρατηγική στενής συνεργασίας και συντονισμού της επιτήρησης, του σχεδιασμού, της χρηματοδότησης και της παρακολούθησης συνδυασμένων προγραμμάτων HIV και φυματίωσης σε διεθνές, εθνικό, περιφερειακό και θεσμικό επίπεδο. Τα εθνικά προγράμματα φυματίωσης και τα εθνικά προγράμματα HIV/AIDS πρέπει να συνδέονται στενά και τα σωφρονιστικά καταστήματα, όπου και οι δύο ασθένειες της διπλής επιδημίας έχουν πολύ υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης από ό,τι στην κοινότητα, πρέπει να συμπεριληφθούν στα εθνικά προγράμματα και στις πρωτοβουλίες για τον HIV/AIDS και την φυματίωση¹³¹.

131. Ο.π.

Κεφάλαιο 5

Ψυχοτρόπες ουσίες και ιατρική διαχείριση ουσιοεξαρτημένων κρατούμενων

5.1 Ψυχοτρόπες ουσίες

Δεν έχει υπάρξει πολιτισμός στην ιστορία χωρίς ψυχοτρόπες ουσίες. Έχουν χρησιμοποιηθεί με τρεις τρόπους: για θρησκευτικές ή μυστηριακές τελετές, ως φάρμακα, καθώς και για λόγους ψυχαγωγίας.

Στους αρχαίους πολιτισμούς, η γνώση και η κατοχή ψυχοτρόπων ουσιών προ-οριζόνταν αποκλειστικά για προνομιούχα άτομα - ιερείς, σαμάνους και ιατρούς (που συχνά επρόκειτο για το ίδιο πρόσωπο) - τα οποία κατείχαν ισχυρή θέση στην κοινωνία. Η πρόσβαση και η κατανάλωση ψυχοτρόπων ουσιών από μη προνομιούχα άτομα θεωρούνταν υπονόμηση και τιμωρούνταν από όσους βρίσκονταν στην εξουσία. Αυτό εξηγεί εν μέρει την ιστορία της ρύθμισης των ψυχοτρόπων ουσιών και τους όρους «νόμιμες/παράνομες» που χρησιμοποιούνται για τις ναρκωτικές ουσίες.

Από ιατρική και κοινωνιολογική άποψη, η χρήση οποιασδήποτε ψυχοτρόπου ουσίας συνεπάγεται κινδύνους για την υγεία του ατόμου και για την κοινωνία. Συνεπώς, υπάρχει ανάγκη για τη θέσπιση κανονισμών στους οποίους θα λαμβάνονται υπόψη οι κίνδυνοι. Οι ψυχοτρόπες ουσίες που είναι σήμερα κοινωνικά και νομικά αποδεκτές για ψυχαγωγική χρήση, όπως ο καπνός και το οινόπνευμα, υπόκεινται επίσης σε κάποιες ρυθμίσεις (χρήση σε δρόμους, σε χώρους εργασίας, χρήση από νεαρά άτομα). Ωστόσο, λόγω της μαζικής αύξησης της παραγωγής, του εμπορίου, της διακίνησης και της κατανάλωσης ψυχοτρόπων ουσιών για ψυχαγωγική χρήση τον 20ό αιώνα, τρεις συμβάσεις των Ηνωμένων Εθνών σχετικά με τις ψυχοτρόπες ουσίες¹³² θέσπισαν μια αυστηρά

132. UN Single Convention on Narcotic Drugs 1961; UN Convention on Psychotropic Substances 1971; UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychoactive Substances 1988

απαγορευτική (και όχι ρυθμιστική) προσέγγιση για την απαγόρευση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών που έχουν χαρακτηριστεί ως παράνομες ναρκωτικές ουσίες. Το ίδιο ισχύει και για την εθνική νομοθεσία σχετικά με τις ψυχοτρόπες ουσίες στις περισσότερες χώρες. Ως εκ τούτου, οι καταδικαστικές αποφάσεις για παραβίαση της νομοθεσίας σχετικά με την απαγόρευση των παράνομων ναρκωτικών ουσιών - και συνεπώς τα ποσοστά έκτισης μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής - αυξήθηκαν δραματικά σε πολλές χώρες από τη δεκαετία του 1960 και μετά, χωρίς να επιτευχθεί ο πλήρης έλεγχος της ύπαρξης της μαύρης αγοράς παράνομων ναρκωτικών ουσιών η οποία χαρακτηρίζεται από τη βία, την αναρχία και την ισχυρή δυναμική της. Έχει πλέον καταστεί σαφές ότι αυτή η προσέγγιση δεν επέφερε καμία επιτυχία στον «πόλεμο κατά των ναρκωτικών» και ότι πρέπει να σχεδιαστούν μοντέλα νομοθετικών ρυθμίσεων στον τομέα των ναρκωτικών ουσιών για την εκ των υστέρων απαγόρευση.¹³³

Εξετάζοντας τον κατάλογο των κοινωνικά αποδεκτών («νόμιμων») ψυχοτρόπων ουσιών (καπνός, αλκοόλ, καφεΐνη, σε ορισμένες χώρες καρύδια βέτελ και άλλες ουσίες) και παράνομων ναρκωτικών ουσιών (οπιούχα, κοκαΐνη, παράγωγα αμφεταμίνης, κάνναβη, παραισθησιογόνες ουσίες, βενζοδιαζεπίνες και άλλα) καθίσταται σαφές ότι:

- ▶ η κοινωνική και νομική αποδοχή των ψυχοτρόπων φαρμάκων ποικίλλει ιστορικά (ποτοαπαγόρευση τη δεκαετία του 1930 στις ΗΠΑ) και γεωγραφικά (πώληση κάνναβης στην Ολλανδία, η οποία έγινε αποδεκτή στην Υεμένη αλλά όχι στη γειτονική Σαουδική Αραβία).
- ▶ η κοινωνική και νομική αποδοχή των ψυχοτρόπων ουσιών δεν εξαρτάται από το μέγεθος των κινδύνων που συνεπάγονται για την υγεία: η βλάβη στην υγεία των ατόμων, στη δημόσια υγεία και οι επιπτώσεις όσον αφορά την παγκόσμια επιβάρυνση ασθενειών από το αλκοόλ και τον καπνό υπερβαίνει κατά πολύ τους κινδύνους των άλλων ψυχοτρόπων ουσιών για την υγεία.¹³⁴

Οι ψυχοτρόπες ουσίες ταξινομούνται γενικά ανάλογα με τη χημική τους δομή ή/και την επίδρασή τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα, με ορισμένες αλληλεπικαλυπτόμενες κατηγορίες: αιθυλική αλκοόλη, νικοτίνη στον καπνό, καφεΐνη, ηρεμιστικά και υπνωτικά, κανναβινοειδή, οπιούχα και οπιοειδή, κοκαΐνη, αμφεταμίνες και παράγωγα, παραισθησιογόνες και πτητικές ουσίες. Με εξαίρεση την καφεΐνη, η χρόνια χρήση όλων των ομάδων των ανωτέρω ουσιών συνδέεται με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και με τον κίνδυνο ανάπτυξης εξάρτησης. Επιπλέον, η εμφάνιση νέων συνθετικών ψυχοτρόπων

133. Transform Drug Policy Foundation: After the war on drugs: blueprint for regulation (Bristol 2009).

134. WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence (Geneva 2004.)

ουσιών στην ευρωπαϊκή μαύρη αγορά ναρκωτικών ουσιών - ένα σταθερά αυξανόμενο φαινόμενο - προκαλεί μεγάλη ανησυχία.¹³⁵

Όλες αυτές δρουν μέσω προσκόλλησης σε συγκεκριμένους υποδοχείς στο κεντρικό νευρικό σύστημα κινητοποιώντας νευροδιαβιβαστές που ενεργοποιούν ή αναστέλλουν τη δραστηριότητα των νευρώνων σε διάφορα σύνθετα βιοχημικά και ηλεκτροφυσιολογικά μοτίβα στις συναπτικές συνδέσεις. Με την επαναλαμβανόμενη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, η προς τα επάνω ρύθμιση των υποδοχέων και η αύξηση της επαγωγής ενζύμων (που απαιτείται για την αποδόμηση της ουσίας) αποτελούν τη βιοχημική βάση ανοχής.

Οι νευροεπιστήμες και οι σύγχρονες τεχνικές απεικόνισης που προβάλλουν την εγκεφαλική δραστηριότητα έχουν αποδείξει ότι τρεις περιοχές του εγκεφάλου διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην ανταπόκριση στις ψυχοτρόπες ουσίες και στην ανάπτυξη εξάρτησης: η κοιλιακή ωχρά σφαίρα, το μεσομεταιχμιακό ντοπαμινεργικό σύστημα και ο φλοιός.

Όλες οι ψυχοτρόπες ουσίες προκαλούν μια αίσθηση ικανοποίησης με τον ίδιο τρόπο και στις ίδιες περιοχές του εγκεφάλου με τα ερεθίσματα που είναι κρίσιμα για την επιβίωση, όπως η σίτιση και η αναπαραγωγή. Η αύξηση της ντοπαμίνης στο μεσομεταιχμιακό ντοπαμινεργικό σύστημα, η βιοχημική αντίδραση στο σύνολο της απροσδόκητης ικανοποίησης, διαπιστώθηκε ότι βρίσκεται σε πολύ υψηλότερα επίπεδα στην περίπτωση των ψυχοτρόπων ουσιών από ό,τι σε φυσικά ερεθίσματα όπως η πρόσληψη τροφής. Το μεσομεταιχμιακό ντοπαμινεργικό σύστημα διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στις διαδικασίες συναισθηματικών κινήτρων και ενισχυτικής μάθησης· πρόκειται για έναν μηχανισμό ο οποίος, σε συνδυασμό με την αναδιοργάνωση των νευρωνικών δικτύων - «συναπτική πλαστικότητα»- για τη φλοιώδη (αισθητηριακή) και μεταιχμιακή (συναισθηματική) προβολή, μπορεί να αντιπροσωπεύει το βιο-συμπεριφορικό ιστορικό της εξάρτησης.¹³⁶

5.2 Ουσιοεξάρτηση και εθισμός

Παρά τις βιολογικές αντιδράσεις που αναγνωρίζονται ολοένα και περισσότερο από την έρευνα των νευροεπιστημών, δεν καθίστανται εξαρτημένοι ή εθισμένοι σε ψυχοτρόπες ουσίες όσοι καταναλώνουν ψυχοτρόπες ουσίες. Ο όρος «εθισμός» συνδέεται γενικά με μια καταναγκαστική συμπεριφορά, η οποία δεν συνδέεται μόνο με ουσίες αλλά, για παράδειγμα, και με τα τυχερά παίγνια.

135. EMCDDA: New drugs detected in the EU at the rate of around one per week, say agencies, News Release No. 2/2012 (26 April 2012).

136. WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence (Geneva 2004)

Εξάρτηση

Υπάρχει μια σειρά παραγόντων, εκτός από τη χημική δομή μιας ουσίας και τις βιολογικές της αντιδράσεις στον εγκέφαλο που ενισχύουν την ανάπτυξη της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες ή του εθισμού:

- ▶ η ουσία, η διαθεσιμότητά της, η δόση, η συχνότητα, η διάρκεια της κατανάλωσης και ο τρόπος χορήγησης μπορεί να διαδραματίσει κάποιο ρόλο
- ▶ η ανάπτυξη μιας διαταραχής προσωπικότητας ενός χρήστη ναρκωτικών ουσιών μπορεί να έχει βαθιές επιπτώσεις στην πιθανότητα ανάπτυξης εθισμού από ουσίες: η ανεπαρκής ανάπτυξη του εγώ με συνέπεια τον αδύναμο έλεγχο του υπερεγώ θεωρείται υπεύθυνη για την έλλειψη προσωπικής αυτονομίας που οδηγεί σε συμπεριφορά αποφυγής συγκρούσεων και αναζήτησης εναλλακτικών λύσεων όπως η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες εντοπίζονται συχνά σε εξαρτώμενους ναρκωτικές ουσίες ασθενείς, και κάποιο ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία συμβάλλουν πιθανώς στην ανάπτυξη της χρήσης ουσιών
- ▶ άλλα είδη ψυχιατρικής συννοσηρότητας, όπως οι διπολικές διαταραχές και η σχιζοφρένεια, συχνά συνοδεύουν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και την εξάρτηση και μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ανάπτυξη εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες. Είναι γνωστό ότι οι ψυχικές ασθένειες και η εξάρτηση από ουσίες έχουν κοινό στοιχείο τη δυσλειτουργία του μεσομεταιχμιακού ντοπαμινεργικού συστήματος
- ▶ η ελλιπής εκπαίδευση, τα κοινωνικά και προσωπικά μειονεκτήματα, η κοινωνική απομόνωση, η ανεργία, η έλλειψη μελλοντικών προοπτικών και η αδυναμία αντιμετώπισης των εν λόγω δυσμενών συνθηκών καθιστούν (ιδιαίτερα τους νέους) ευάλωτους στην εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες
- ▶ το κοινωνικό περιβάλλον - η κουλτούρα και αυτό που αποκαλούμε «υποκουλτούρα» των χρηστών ναρκωτικών ουσιών, το οποίο είναι γεμάτο κώδικες συμπεριφοράς και εθιμοτυπικά – μπορούν επίσης να συμβάλλουν στον εθισμό
- ▶ Υπάρχουν όλο και περισσότερα στοιχεία που δείχνουν ότι οι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη της εξάρτησης από ουσίες.¹³⁷

Ως εκ τούτου, η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή που προκύπτει από μια σύνθετη αλληλεπίδραση ατομικών,

137 WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence (Geneva 2004)

ψυχολογικών, κοινωνικών και νευροβιολογικών παραγόντων που καθιστούν ένα άτομο που εκτίθεται σε ψυχοτρόπες ουσίες επιρρεπές στην ανάπτυξη αυτών των επίμονων νευροφυσιολογικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο που ευθύνονται για την εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες και που καθιστούν δύσκολη την επίτευξη της διακοπής σε μικρό χρονικό διάστημα. Με βάση αυτές τις επίμονες εγκεφαλικές αλλοιώσεις, η εξάρτηση από ουσίες αποτελεί μια χρόνια ασθένεια και, όπως και άλλες χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης και η υπέρταση, χαρακτηρίζεται από μακρά πορεία και συχνές υποτροπές. Μπορεί να θεραπευθεί, αλλά σπάνια θεραπεύεται βραχυπρόθεσμα.

Εθισμός

Ο εθισμός περιγράφεται (παρά ορίζεται) ως «μονοπώληση του συστήματος προσοχής από εθιστικά ερεθίσματα» ή «συνεχιζόμενη καταναγκαστική συμπεριφορά παρά την επίγνωση των δυσμενών επιπτώσεων του στην υγεία και στην κοινωνία». Αντίθετα, υπάρχουν εξαιρετικά σαφή διαγνωστικά κριτήρια για την εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων, Έκδοση 10 (ICD-10), πρέπει να γίνεται διάγνωση της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες εάν υφίστανται περισσότερα από τα τρία ακόλουθα στοιχεία:¹³⁸

- ▶ έντονη επιθυμία ή αίσθημα καταναγκασμού για λήψη της ουσίας
- ▶ δυσκολίες στον έλεγχο της συμπεριφοράς λήψης ουσιών όσον αφορά την έναρξη, τον τερματισμό ή τα επίπεδα χρήσης
- ▶ μια φυσιολογική κατάσταση στέρησης όταν η χρήση της ουσίας έχει σταματήσει ή έχει μειωθεί, όπως αποδεικνύεται από το χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης για την ουσία
- ▶ στοιχεία ανοχής, τέτοια ώστε να απαιτούνται αυξημένες δόσεις της ψυχοτρόπου ουσίας προκειμένου να επιτευχθούν αποτελέσματα που είχαν παραχθεί αρχικά από χαμηλότερες δόσεις
- ▶ προοδευτική παραμέληση εναλλακτικών απολαύσεων ή ενδιαφερόντων λόγω της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, αυξημένο χρονικό διάστημα που είναι απαραίτητο για την απόκτηση ή λήψη της ουσίας ή για την απεξάρτηση από τα αποτελέσματά της
- ▶ επιμονή στη χρήση ουσιών παρά τα σαφή αποδεικτικά στοιχεία για τις εμφανώς επιβλαβείς συνέπειες.

Τα διαγνωστικά κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών είναι, ουσιαστικά, τα ίδια, εκτός από το πρόσθετο στοιχείο «επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για μείωση ή έλεγχο της χρήσης ουσιών».

138. WHO: ICD-10 (Γενεύη 2010).

Δυσμενείς επιπτώσεις

Οι δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία από την εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες περιλαμβάνουν τις οξείες και χρόνιες τοξικές επιδράσεις της ίδιας της ναρκωτικής ουσίας, την τυχαία ή ακούσια λήψη υπερβολικής δόσης, την ουσιοεξάρτηση, τα τροχαία ατυχήματα και τη χρόνια τοξικότητα, κυρίως από αλκοόλ και καπνό, αλλά και χρόνιες νευροψυχιατρικές παθήσεις άλλων ομάδων ουσιών. Άλλες δυσμενείς συνέπειες για την υγεία σχετίζονται με τη φτώχεια και τον τρόπο ζωής, όπως ο υποσιτισμός, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, η φυματίωση και τα οδοντικά προβλήματα ή ο τρόπος χορήγησης ναρκωτικών ουσιών, όπως οι μεταδοτικές μέσω του αίματος λοιμώξεις του HIV και της ηπατίτιδας Β και Γ, η βακτηριακή σηψαιμία, τα πνευμονικά αποστήματα, η ενδοκαρδίτιδα και άλλες στους χρήστες εξοπλισμού ενδοφλέβιας έγχυσης, ή καταστροφή του ρινικού βλεννογόνου στους χρήστες κοκαΐνης και άλλους.

Η αγορά ναρκωτικών ουσιών εκμεταλλεύεται τον καταναγκασμό των εξαρτημένων χρηστών ναρκωτικών ουσιών, τόσο η αγορά ναρκωτικών ουσιών για τις νόμιμα αποδεκτές ναρκωτικές ουσίες (αλκοόλ, καπνός) όσο και, σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό, η μαύρη αγορά παράνομων ναρκωτικών, με αρνητικές κοινωνικές συνέπειες. Η παράνομη διακίνηση ψυχοτρόπων ουσιών είναι σαφώς προς το συμφέρον των εμπόρων και των εισαγωγέων λόγω των κερδοφόρων περιθωρίων κέρδους που επιτρέπουν στους εμπόρους και τους εισαγωγείς να κερδίσουν γρήγορα πολλά χρήματα και να οδηγήσουν τα εξαρτώμενα από ουσίες άτομα, τα οποία βρίσκονται ήδη συχνά σε κοινωνικά μειονεκτική θέση, με χρέη, φτώχεια, κοινωνική απομόνωση, πορνεία, εγκληματικότητα και φυλακή.

Λόγω των εν λόγω αρνητικών συνεπειών της εξάρτησης από ουσίες και του αυξανόμενου αριθμού εξαρτώμενων από ουσίες ασθενών σε πολλές κοινωνίες, παρά τον «πόλεμο κατά των ναρκωτικών» και τη χρόνια φύση της διαταραχής, η σημασία των αποτελεσματικών μέτρων μείωσης των επιβλαβών συνεπειών, όπως περιγράφεται στο κεφάλαιο 3 σχετικά με την πρόληψη της εξάπλωσης του HIV/AIDS και της ηπατίτιδας Β και C στα καταστήματα κράτησης πρέπει να επισημαίνεται.

5.3 Ιατρική διαχείριση ουσιοεξαρτημένων κρατουμένων

Όπως αναφέρθηκε (βλ. ανωτέρω, επιδημιολογική βάση), έως και 30 % των κρατουμένων έχουν ιστορικό προβληματικής ή/και ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών ουσιών και μπορεί να εκτιμηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια εξάρτησης ή εθισμού από ναρκωτικές ουσίες. Προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, οι επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης πρέπει να τα εντοπίσουν κατά τη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης

κατά την είσοδο του κρατουμένου, να γνωρίζουν τις καταστάσεις έκτακτων ιατρικών αναγκών που μπορεί να προκύψουν σε αυτά τα άτομα, να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στην ιδιαίτερη ευαισθησία τους λόγω της παραμονής τους στο κατάστημα κράτησης, να παρέχουν την κατάλληλη θεραπεία για την απεξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες και να ρυθμίσουν εγκαίρως τη μετέπειτα παρακολούθηση μετά την απόλυση.

Ο έγκαιρος εντοπισμός από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης των εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες δραστών κατά τη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης κατά την εισαγωγή έχει ιδιαίτερη σημασία για την προετοιμασία της θεραπείας και την υποστήριξη των συνδρόμων στέρησης και για την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας, που τυπικά προκύπτει αμέσως μετά την απόλυση. Επιπλέον, όπως επισημάνθηκε στο κεφάλαιο για την ιατρική εξέταση κατά την εισαγωγή, αυτή η ευκαιρία πρέπει να χρησιμοποιηθεί για την παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης σχετικά με τις λοιμώξεις που μεταδίδονται μέσω του αίματος σε εξαρτημένους από ναρκωτικές ουσίες δραστές και να τους καλεί να συμμετέχουν σε εθελοντική εμπιστευτική παροχή συμβουλών και εξετάσεων για τον HIV και την ιογενή ηπατίτιδα.

Οι ιατρικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης σε εξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες άτομα περιλαμβάνουν οξείες καταστάσεις στέρησης και οξεία ουσιοεξάρτηση, η οποία επίσης προκύπτει κατά την παραμονή στα καταστήματα κράτησης. Τα σύνδρομα στέρησης, ιδιαίτερα η αποχή από τη χρήση του αλκοόλ και των βενζοδιαζεπινών, σε ορισμένες περιπτώσεις και των οπιούχων, μπορούν να καταστούν απειλητικά για τη ζωή. Απαιτείται επομένως εντατική θεραπεία. Εάν η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης δεν διαθέτει την αναγκαία εμπειρία ή/και τον εξοπλισμό για τη θεραπεία αυτών των περιπτώσεων, πρέπει να γίνει η έγκαιρη μεταφορά σε κατάλληλη νοσοκομειακή μονάδα, διαφορετικά παραβιάζεται το ανθρώπινο δικαίωμα πρόσβασης του κρατουμένου στην κατάλληλη θεραπεία.¹³⁹ Όσον αφορά αυτό το θέμα, υπενθυμίζεται ότι η σύγχρονη θεραπεία για τη διακοπή της χρήσης οπιούχων είναι η υποστηριζόμενη από οπιοειδή απεξάρτηση και η «ψυχρή απεξάρτηση» - η απεξάρτηση χωρίς επαρκή ιατρική υποστήριξη - πρέπει να θεωρείται ως κακοποίηση. Το ιατρικό κομμάτι έκτακτης ανάγκης της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης του καταστήματος κράτησης πρέπει να είναι επαρκώς εξοπλισμένο και πρέπει, εκτός από τον γενικό εξοπλισμό ανάνηψης, να περιέχει επίσης ναλοξόνη και φάρμακα αποτοξίνωσης.

Ευπάθεια

Οι εξαρτώμενοι από ναρκωτικές ουσίες δραστές ανήκουν στην ομάδα των ευπαθών κρατουμένων, επειδή βρίσκονται χαμηλά στην ιεραρχία των κρατουμένων και αντιμετωπίζουν προκαταλήψεις τόσο από τους κρατούμενους

139. McGlinchey και λοιποί κατά Ηνωμένου Βασιλείου αρ. προσφ. 50390/99.

όσο και από λιγότερο προσωπικό με χαμηλότερο επίπεδο κατάρτισης. Το προσωπικό πρέπει να γνωρίζει ότι η εξάρτηση από τις ουσίες δεν αποτελεί έλλειψη βούλησης ή δύναμης χαρακτήρα αλλά μια χρόνια ιατρική διαταραχή που συνδέεται συχνά με άλλες ψυχικές διαταραχές.

Η συμπεριφορά εθισμού και αναζήτησης ναρκωτικών ουσιών των εξαρτώμενων από ναρκωτικές ουσίες παραβατών τους καθιστά ευκολότερα θύματα βίας, εξαναγκαστικού σεξ και άλλων πιέσεων, όπως πίεση για παράνομη διοχέτευση συνταγογραφούμενων φαρμάκων στη θεραπεία υποκατάστασης οπιούχων. Στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν ναρκωτικές ουσίες κινδυνεύουν να αποκτήσουν χρέη, γεγονός που έχει ως συνέπεια τις απειλές, τον εκφοβισμό και τη βία. Σύμφωνα με τα πρότυπα της ΕΠΒ, ένα από τα καθήκοντα των επαγγελματιών του τομέα υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης είναι η παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας, ιδίως σε ευπαθείς κρατούμενους,¹⁴⁰ και τα πρότυπα περιλαμβάνουν επίσης συστάσεις για την προστασίας και αντικατάστασης υπό την προστασία του ιατρικού απορρήτου.

Μέτρα μείωσης των επιβλαβών συνεπειών

Σύμφωνα με στοιχεία οι εξαρτώμενοι από ναρκωτικές ουσίες δράστες συνεχίζουν την επικίνδυνη συμπεριφορά τους στη φυλακή και, όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα μέτρα μείωσης των επιβλαβών συνεπειών στη φυλακή, επαναλαμβάνουν ή και εκδηλώνουν συμπεριφορά που διακινδυνεύει τη μετάδοση λοιμώξεων που μεταδίδονται μέσω του αίματος. Ως εκ τούτου, για επιδημιολογικούς, ιατρικούς και δεοντολογικούς λόγους, η μείωση των επιβλαβών συνεπειών στη φυλακή αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση. Το σκεπτικό, οι έννοιες και τα μέτρα για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών έχουν περιγραφεί λεπτομερώς στο κεφάλαιο 3 σχετικά με την πρόληψη της εξάπλωσης του HIV/Aids και της ηπατίτιδας Β/Γ στα καταστήματα κράτησης.

Θεραπεία

Ανεξάρτητα από τη σημασία της εξάντλησης όλων των πιθανών εναλλακτικών λύσεων αντί της έκτισης μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής για εξαρτημένους από ναρκωτικές ουσίες δράστες, όπως επισημάνθηκε ανωτέρω, η αναγκαστική σταθεροποίηση κατά τη διάρκεια της έκτισης μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιηθεί και να προσφέρει θεραπεία η οποία, λόγω του χαοτικού τρόπου ζωής τους, δεν ήταν νωρίτερα προσβάσιμη σε αυτούς.

Η επιτυχής θεραπεία απαιτεί την πλήρη συνεργασία του ασθενούς. Η υποχρεωτική θεραπεία των διανοητικά ικανών, εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες

140. Πρότυπα ΕΠΒ 2002 (αναθ. 2011).

ασθενών, μολονότι εξακολουθεί να ισχύει στην ποινική νομοθεσία αρκετών χωρών, είναι ιατρικά και δεοντολογικά σε μεγάλο βαθμό αμφισβητήσιμη. Η ουσιοεξάρτηση αποτελεί μια χρόνια ασθένεια που υπόκειται σε υποτροπές που χρειάζονται μακροχρόνια θεραπεία, όπως οποιαδήποτε άλλη χρόνια πάθηση.

Όπως υπογραμμίστηκε ανωτέρω, ένα μεγάλο ποσοστό εξαρτώμενων από ουσίες ασθενών πάσχουν από πρόσθετες ψυχιατρικές συννοσηρότητες που πρέπει να διαγνωστούν και να θεραπευτούν σωστά. Έχει αποδειχθεί σαφώς ότι η φαρμακολογική θεραπεία καταθλιπτικών ή σχιζοφρενικών διαταραχών συννοσηρότητας είναι αποτελεσματική στην θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες.¹⁴¹ Για τη φαρμακολογική θεραπεία άλλων ψυχιατρικών παθήσεων, η συνταγογράφηση βενζοδιαζεπινών πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή και η λήψη τους πρέπει να ελέγχεται οπτικά λόγω του υψηλού κινδύνου εκτροπής, όπως στην περίπτωση συνταγογραφούμενων φαρμάκων στη θεραπεία υποκατάστασης οπιούχων.

Καθώς ο στόχος θεραπείας της απεξάρτησης από τον εθισμό στα οπιούχα δεν επιτυγχάνεται ποτέ σε σύντομο χρονικό διάστημα, ο προσανατολισμός των πιο σύγχρονων θεραπειών έχει μετατοπιστεί από τις στρατηγικές αποχής στην αποδοχή της χρήσης ναρκωτικών ουσιών σε συνδυασμό με θεραπείες μείωσης των επιβλαβών συνεπειών που προσπαθούν να σταθεροποιήσουν την ψυχοκοινωνική κατάσταση του εξαρτώμενου από ουσίες ασθενή, να μειώσουν την εγκληματικότητα, να κρατήσουν τον ασθενή ζωντανό και με θεραπευτικούς όρους να μειώσουν τις αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία. Αυτό επιτυγχάνεται καλύτερα σε συνδυασμό με την υποκατάσταση από του στόματος χορηγούμενων οπιούχων.

Σε συνάρτηση με την πολυπαραγοντική αιτιολογία της εξάρτησης από ουσίες, υπάρχει ένα εύρος ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών θεραπειών, από διάφορες ψυχαναλυτικές τεχνικές, όπως η θεραπεία Gestalt έως θεραπείες γνωστικής συμπεριφοράς όπως η διαχείριση έκτακτης κατάστασης, η πρόληψη της υποτροπής και οι τεχνικές ενίσχυσης κινήτρων. Η επιλογή της καλύτερης δυνατής στρατηγικής ψυχοκοινωνικής θεραπείας σε κάθε κατάσταση κράτησης θα εξαρτηθεί αναπόφευκτα από τους πόρους και την εμπειρία της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης.

Μέριμνα μετά την απόλυση

Η προετοιμασία και οι μηχανισμοί υποστήριξης εντός της κοινότητας μετά την απόλυση είναι σημαντικές για κάθε κρατούμενο, αλλά για τους εξαρτημένους από ναρκωτικές ουσίες δράστες είναι ζωτικής σημασίας: σύμφωνα με αναφορές από όλο τον κόσμο, το ποσοστό θνησιμότητας των χρηστών

141. WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence (Geneva 2004)

ναρκωτικών ουσιών μετά την απόλυση είναι υπερβολικά υψηλό, ιδίως κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων εβδομάδων από την απόλυση. Οι περισσότεροι από αυτούς τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών έχασαν τη ζωή τους εξαιτίας της ουσιοεξάρτησης μετά από λήψη υπερβολικής δόσης λόγω της μειωμένης ανοχής στα οπιούχα μετά από διακοπή ή μειωμένη χορήγηση κατά τη διάρκεια της έκτισης μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής. Η θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα οπιούχων έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αυτό.¹⁴² Ως εκ τούτου, εκτός από τους μηχανισμούς υποστήριξης εντός της κοινότητας μετά την απόλυση, όπως η υποστήριξη για τη στέγαση, τα οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα, την εκπαίδευση, την απασχόληση και η περαιτέρω ψυχική υποστήριξη,¹⁴³ συνιστάται ιδιαίτερα η εκπαίδευση όσον αφορά τους κινδύνους λήψης υπερβολικής δόσης λόγω μειωμένης ανοχής και, για τους εξαρτώμενους από οπιούχα δράστες, συνέχιση της θεραπείας συντήρησης με υποκατάστατα οπιούχων μετά την απόλυση.

142. WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period (Geneva 2010).

143. Throughcare Working in Partnership: Throughcare services for prisoners with problematic drug use - a toolkit εκδ. M. MacDonald κ.ά., Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Βρυξέλλες, 2012).

Κατάλογος παραπομπών

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) www.psychiatry.org/practice/dsm

Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. et al: Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampicin resistance. N Engl J Med 363 (2010), 1005-15 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907847

CDC (Centers for Disease Control and Prevention): Syringe disinfection for injection drug users, 2004 www.cdc.gov/idu/facts/disinfection.pdf

CDC, MMWR (7 July 2006): Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm

CM Recommendation R (1998) 7 on the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(98\)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(98)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383)

CM Recommendation Rec (2006)2 on the European Prison Rules. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

CPT Database www.cpt.coe.int/en/database.htm

CPT Standards (2002, rev. 2011) www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) www.emcdda.europa.eu/topics/hepatitis

EMCDDA 2010. www.emcdda.europa.eu/stats10/hsrtab9

EMCDDA 2012: New drugs detected in the EU at the rate of around one per week, say agencies. www.emcdda.europa.eu/news/2012/2

EMCDDA: Alternatives to imprisonment - targeting offending problem drug users in the EU 2005 www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34889EN.html

EMCDDA: Best practices: Drug free zone in Hirtenberg prison. www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview

European Court of Human Rights, Database <http://hudoc.echr.coe.int>

European Social Charter <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>

Guide for the Management of Dual Diagnosis for Prisons. Department of Health, UK 2009 www.nta.nhs.uk/uploads/prisons_dual_diagnosis_final_2009.pdf

International Convention on Economic, Social and Cultural Rights www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

Istanbul Protocol. The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf

Jürgens R., Nowak M. and Day M.: HIV and incarceration: prisons and detention. Journal of the International AIDS Society 14:26 (2011) www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17491

Kastelic A., Pont J. and Stöver H: Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide, 2009 https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST_in_Custodial_Settings.pdf

NICE Clinical Guidelines. Antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention. NHS (2009) www.nice.org.uk/nicedia/live/11765/42993/42993.pdf

NICE Clinical Guidelines. Borderline personality disorder: the NICE guidelines on treatment and management. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists (2009,) www.nice.org.uk/nicedia/live/12125/43045/43045.pdf

Penal Reform International: Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia www.penalreform.org/resource/dublin-declaration-hiv-aids-prisons-europe-central-asia/

Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options. A report of the World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, WHO 2004 www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, UN 1982 (General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982) www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics

Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. Canadian HIV/AIDS Legal Network 2006 www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173

Throughcare services for prisoners with problematic drug use - a toolkit. http://throughcare.eu/reports/throughcare_toolkit.pdf

Transform Drug Policy Foundation: After the war on drugs: blueprint for regulation. 2009 www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation

UN Single Convention on Narcotic Drugs 1961 (as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

UN Convention on Psychotropic Substances 1971 www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychoactive Substances 1988 www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010 (November 2010) www.unaids.org/en/resources/documents/2010/name,56186,en.asp

UNAIDS/UNODC/WHO: HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response. https://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf

UNODC: From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care not punishment. Discussion paper of a scientific workshop 2009. www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Coercion_Ebook.pdf

UNODC Policy Brief. HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, 2012 www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leaflet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf

USAID/TBCTA/ICRC: Guidelines for control of tuberculosis in prisons, 2009 http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf

WHO: Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users, 2004 www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf?ua=1

WHO: Fact sheets, October 2012 (rev. 2014) www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en

WHO: Global Tuberculosis Report 2013 www.who.int/tb/publications/global_report/en

WHO: Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

WHO: ICD-10 classification of mental and behavioral disorders www.who.int/classification/icd/en/GRNBOOK.pdf

WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence, Geneva 2004 www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf

WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders, 2012 http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf

WHO: Public health action for the prevention of suicide, 2012 apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

WHO: Tuberculosis control in prisons [WHO/CDS/TB/2001/.281], Geneva 2000 http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281.pdf

WHO: Tuberculosis in prisons www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en

WHO Europe: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

WHO Europe: [Policy] HIV/AIDS in prison.

www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons

WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, Geneva 2007 www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/

WHO/UNODC/UNAIDS: Guide to starting and managing needle and syringe programmes. needle and syringe programmes in closed settings. 2007 www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review (Evidence for Action Technical Paper), Geneva 2007

www.unodc.org/documents/hivaids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20hiv_treatment.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, 2004 www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

WMA: Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases (2000, rev. 2011) www.wma.net/en/30publications/10policies/p28

WMA: Declaration of Geneva 1948 www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html

WMA: Declaration of Malta on Hunger Strikers 1991 (rev. 1992 and 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/

WMA: Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to

Detention and Imprisonment. Tokyo 1975 (rev. Divonne-les-Bains 2005 and 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/c18

WMA: Declaration Concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in, or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading treatment, Hamburg 1997. www.wma.net/en/30publications/10policies/c19/

WMA: International Code of Medical Ethics (rev. 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html

WMA: Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of Which They Are Aware. Helsinki 2003. www.wma.net/en/30publications/10policies/t1/

WMA: Statement on Body Searches of Prisoners, Budapest 1993 (rev. 2005) www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/

The Council of Europe is the continent's leading human rights organisation. It comprises 47 member states, 28 of which are members of the European Union. All Council of Europe member states have signed up to the European Convention on Human Rights, a treaty designed to protect human rights, democracy and the rule of law. The European Court of Human Rights oversees the implementation of the Convention in the member states.

www.coe.int

Το Συμβούλιο της Ευρώπης είναι ο ηγετικός οργανισμός προάσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων της ευρωπαϊκής ηπείρου. Περιλαμβάνει 47 κράτη μέλη, συμπεριλαμβανομένων όλων των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όλα τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης έχουν υπογράψει την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, μία συνθήκη που έχει σχεδιαστεί για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της δημοκρατίας και του κράτους δικαίου. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων επιβλέπει την εφαρμογή της Σύμβασης στα κράτη μέλη.

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE