



Охорона здоров'я та медична етика в пенітенціарних установах



Посібник для медичного персоналу
пенітенціарних установ та іншого
персоналу, відповідального за стан
здоров'я засуджених та ув'язнених

Андрес Лехтметс
Йорг Понт

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Охорона здоров'я та медична етика в пенітенціарних установах

**Посібник для медичного персоналу
пенітенціарних установ та іншого
персоналу, відповідального за стан
здоров'я засуджених та ув'язнених**

Андрес Лехтметс
Йорг Понт

Погляди, висловлені в даній публікації, є відповідальністю авторів і необов'язково відображають офіційну політику Ради Європи.

Всі запити стосовно репродукції або перекладу всього або частини даного документу повинні направлятися до Директорату комунікацій (F-67075 Strasbourg Cedex або publishing@coe.int). Вся інша кореспонденція стосовно даного документу повинна направлятися до Головного Директорату з прав людини та верховенства права.

Обкладинка: SPDP, Рада Європи
Фото на обкладинці: Shutterstock
Верстка: Jouve

© Рада Європи, 2016 рік
Друк: надруковано в Україні

Автори

Андрес Лехтметс, психіатр, Центральна лікарня Західного Таллінну, Естонія, колишній Віце-Президент Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню.

Видання цієї публікації та переклад на українську мову здійснено в рамках впровадження проекту «Подальша підтримка пенітенціарної реформи в Україні» Рамкової програми співробітництва Ради Європи та Європейського Союзу для країн Східного партнерства.

Йорг Понт, колишній Радник з медичних питань Міністерства юстиції Австрії

Зміст

ВСТУП	5
ПЕРЕЛІК АБРЕВІАТУР	7
РОЗДІЛ 1 – МЕДИЧНА ЕТИКА В ПЕНІТЕНЦІАРНИХ УСТАНОВАХ	8
1.1 Рівень медичних послуг в пенітенціарних установах	9
1.2 Гігієна та охорона здоров'я	10
1.3 Лікарська таємниця	11
1.4 Медичні консультації	13
1.5 Медична документація та ведення обліку	19
1.6 Інші етичні питання	22
РОЗДІЛ 2 – ПЛАНИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЛІКУВАННЯ – ТЕРАПЕВТИЧНА ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПСИХОСОЦІОЛОГІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ В ПЕНІТЕНЦІАРНІЙ УСТАНОВІ	26
2.1 Психіатрична допомога в пенітенціарних установах	27
2.2 Психіатричні відділення в пенітенціарній установі	28
2.3 План лікування	30
2.4 Згода на лікування в психіатрії	32
2.5 Попередження суїциду	35
2.6 Інші проблеми психічних захворювань в пенітенціарних установах	37
2.7 Подвійний діагноз в пенітенціарних установах	43
2.8 Засуджені та ув'язнені з розладом особистості	45
РОЗДІЛ 3 – ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВІЛ/СНІД ТА ГЕПАТИТУ В/С В ПЕНІТЕНЦІАРНИХ УСТАНОВАХ	47
3.1 Епідеміологічний фон	47
3.2 Міжнародні документи	48
3.3 Покращення відношення та знань	49
3.4 Скорочення постачання наркотиків та попиту на них	51
3.5 Зниження шкоди ризикованої поведінки	53
3.6 Медичні профілактичні заходи	56
РОЗДІЛ 4 – ПОДВІЙНА ЕПІДЕМІЯ: ВІЛ/СНІД ТА ТУБЕРКУЛЬОЗ (ТБ)	58
РОЗДІЛ 5 – ПСИХОТРОПНІ РЕЧОВИНИ ТА ЛІКУВАННЯ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ЗАСУДЖЕНИХ ТА УВ'ЯЗНЕНИХ	63
5.1 Психотропні речовини	63
5.2 Наркозалежність та наркоманія	65
5.3 Лікування наркозалежних засуджених та ув'язнених	68
ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ НА ВЕБ-СТОРІНКИ	72

Вступ

Цей посібник призначений для медичного персоналу пенітенціарних установ та іншого персоналу, відповідального за стан здоров'я засуджених та ув'язнених. Він надає практичну інформацію щодо низки питань, які стосуються психіатричної допомоги, профілактики поширення інфекційних захворювань (таких як синдром набутого імунodefіциту, гепатит та туберкульоз), психотропних речовин та лікування наркозалежних засуджених та ув'язнених. У тексті робиться акцент на важливих етичних стандартах та пропонується розв'язання суперечок з етичних питань, пов'язаних із можливістю звернутися до лікаря, еквівалентності медичної допомоги, згоди пацієнта та конфіденційності, профілактичної медичної допомоги, гуманітарної допомоги, професійної незалежності та компетентності.

У цьому посібнику описується апробований європейський досвід. Автори брали за основу результати проведення багатосторонньої зустрічі, присвяченої питанням медичної етики та охорони здоров'я в пенітенціарних установах, яка відбулася в Страсбурзі в травні 2012 року. На цій зустрічі керівники та фахівці у сфері охорони здоров'я в пенітенціарних установах з декількох країн-членів Ради Європи поділилися своїм досвідом, а також обговорили шляхи застосування на практиці стандартів Ради Європи та рекомендацій Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню (КЗК).

Посібник розроблений як комплексний посібник із запровадження політики та інструмент з управління. Він буде використовуватися як навчальний посібник з технічної допомоги Ради Європи. Оцінка медичних послуг, які надаються засудженим та ув'язненим, безпосередньо відноситься до компетенції КЗК. Невідповідна медична допомога може швидко призвести до ситуацій нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження, оскільки медичний та звичайний персонал пенітенціарних установ, який володіє кращими професійними знаннями та навичками, означає створення здоровішого та безпечнішого середовища для засуджених та ув'язнених і персоналу пенітенціарних установ, а також кращого захисту суспільства шляхом скорочення ризиків перекладання проблем зі здоров'ям від пенітенціарних установ до суспільства.

Я би хотів висловити вдячність авторам, пану Андресу Лехтметсу, психіатру Центральної лікарні Західного Таллінну, Естонія, колишньому Віце-президенту КЗК, та пану Йоргу Понту, колишньому Раднику з медичних питань Міністерства юстиції Австрії, відмінний професіоналізм та довготривалий досвід яких відображений в цьому посібнику. Я також хочу подякувати своїм колегам Люл'етті Касі та Тані Ракусіч-Хаджіч, чіїми зусиллями було створено дану публікацію.



Філіп Буайа
Генеральний Директор
Генеральний директорат прав
людини та верховенства права
Ради Європи

Перелік абревіатур

CDC	Центри контролю і профілактики захворювань (США)
KM	Комітет міністрів Ради Європи
KЗК	Європейський комітет з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню
DSM-IV	Посібник з діагностики і статистики психічних розладів (APA, 1994)
ЄКПЛ	Європейська конвенція з прав людини
EMCDDA	EMCDDA Моніторинговий центр ЄС з питань наркотиків та наркотичної залежності
ЄПП	Європейські пенітенціарні правила
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб, версія 10 (ВООЗ, 2010)
МКЧХ	Міжнародний комітет Червоного Хреста
NICE	Національний інститут здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії
ТВСТА	Коаліція технічної допомоги по боротьбі з туберкульозом
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІД
УНЗ ООН	Управління ООН з наркотиків і злочинності
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВМА	Всесвітня медична асоціація

Розділ 1

Медична етика в пенітенціарних установах

Охорона здоров'я в пенітенціарних установах керується тими ж етичними принципами, що і в суспільстві. Основні принципи викладені в Гельсінській декларації Всесвітньої медичної асоціації (1948 рік, остання версія 2006 року), Міжнародному кодексі медичної етики (1949 рік, остання версія 2006 року),¹ Резолюції 37/194 Генеральної Асамблеї ООН (від 18 грудня 1982 року) та Рекомендації N R(98)7 Комітету Міністрів Ради Європи щодо етичних та організаційних аспектів догляду за здоров'ям у системі виконання покарань від 8 квітня 1998 року.²

Першочерговим завданням лікаря чи іншого медперсоналу пенітенціарної установи є здоров'я та самопочуття засуджених та ув'язнених. Дотримання фундаментальних прав засуджених та ув'язнених передбачає надання їм профілактичного лікування та медичної допомоги еквівалентних тим, що надаються решті населення.

Медичні послуги для засуджених та ув'язнених осіб також мають безпосереднє відношення до запобігання жорсткому поводженню. Невідповідний рівень медичного обслуговування може швидко призвести до ситуацій, які підпадають під визначення «нелюдське або таке, що принижує гідність, поводження».³ Неприпустимо зобов'язувати засуджених та ув'язнених залишатися в місцях, де вони не можуть отримати належного лікування через відсутність відповідних закладів, або якщо такі заклади відмовляються прийняти їх. Європейський суд з прав людини встановив порушення Статті 3 Європейської конвенції з прав людини (ЄКПЛ) в деяких таких ситуаціях.⁴

1. Гельсінська декларація ВМА (1948 рік); Міжнародний кодекс медичної етики ВМА (2006 рік).

2. ООН: Принципи медичної етики, що відносяться до ролі медичних працівників, зокрема, лікарів, у захисті засуджених та ув'язнених від катувань й іншого жорсткого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання (1982 рік); КМ: Етичні та організаційні аспекти догляду за здоров'ям у системі виконання покарань. Рекомендація N R(98)7.

3. Європейський комітет з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню (КЗК) Норми 2002 (зміни 2011).

4. Худобін проти Росії 59696/00, Муйсель проти Франції 67263/01, Каприковський проти Польщі 23052/05.

1.1 Рівень медичних послуг в пенітенціарних установах

Очевидно, що власне пенітенціарна установа не може задовольнити всі можливі потреби у медичній допомозі засуджених та ув'язнених. Особливо це стосується спеціалізованих послуг. Медичні послуги, які не можуть бути надані в пенітенціарній установі, повинні бути організовані у взаємодії з сусідніми державними лікарнями. Основний розділ 3-го Загального звіту Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню (КЗК) присвячений організації медичних послуг в місцях позбавлення волі.⁵ Медичні послуги в пенітенціарних установах щонайменше повинні забезпечувати:

- ▶ проведення лікарями та спеціалістами на регулярній основі консультацій загального характеру,
- ▶ амбулаторне лікування під наглядом,
- ▶ стоматологічну допомогу,
- ▶ лазарет,
- ▶ безпосереднє надання повноцінної допомоги від громадської чи пенітенціарної лікарні,
- ▶ втручання при виникненні надзвичайних ситуацій.

Існує тенденція зростання інтеграції медичних послуг пенітенціарної установи в медичні послуги для населення. Рада Європи вважає таке зрушення кроком у правильному напрямку. Коли медичні послуги пенітенціарної установи базуються на спеціалізованій допомозі, що надходить ззовні, доступність таких послуг може стати проблемою. Пенітенціарна служба має забезпечувати відповідність робочого часу та кваліфікації штатного лікаря потребам пенітенціарних установ. Наявність сестринського персоналу має забезпечувати надання необхідної сестринської допомоги. Наприклад, бажано, щоб лікарські засоби завжди видавалися медсестрами. Якщо це неможливо забезпечити, органи принаймні повинні розробити перелік лікарських засобів, які завжди повинні видаватися лише під керівництвом медичного персоналу, щонайменше такі, як психотропні та антивірусні засоби. У випадках відсутності в приміщеннях медперсоналу в нічний час та у вихідні дні, звичайний персонал повинен бути підготовлений надати першу медичну допомогу. Як правило, повинен бути присутній черговий лікар на випадок екстрених ситуацій.

5. КЗК/Інф.(2012)21.

Еквівалентність лікування

Охорона здоров'я в пенітенціарних установах повинна включати медичне лікування та послуги медсестр, а також забезпечувати відповідні дієти, фізіотерапію, реабілітацію або будь-яку іншу необхідну спеціальну допомогу в умовах, еквівалентних тим, що існують для пацієнтів у суспільстві. Забезпечення медичного, сестринського та технічного персоналу, а також будівель, устаткування й обладнання, повинне виконуватися відповідним чином.

Лікування засуджених та ув'язнених в громадських лікарнях

Як вже зазначалося, сама пенітенціарна установа не завжди може гарантувати надання необхідної спеціалізованої допомоги. Сусідні лікарні часто треба залучати для вирішення більш складних медичних проблем. У разі звернення до державної лікарні виникне питання заходів безпеки. Засуджені та ув'язнені, направлені на лікування в лікарню, не повинні бути фізично прив'язані до їхніх лікарняних ліжок або інших предметів меблів з причин позбавлення волі. Можуть та повинні бути знайдені інші засоби забезпечення безпеки; одним з можливих рішень цього питання може стати створення в таких лікарнях підрозділу під охороною.⁶

1.2 Гігієна та охорона здоров'я

Завдання служби охорони здоров'я пенітенціарної установи не повинно обмежуватися лікуванням хворих пацієнтів. У випадку відсутності спеціалізованих послуг до її відповідальності також належить, у взаємодії з іншими компетентними органами, контроль за організацією харчування (якість, кількість, підготовка та роздавання їжі) та умовами дотримання гігієни (чистота одягу та постільної білизни, доступ до проточної води, санітарне обладнання), а також забезпеченням опалення, світла та провітрювання камер. Також необхідно забезпечувати необхідні умови праці, а також активний спосіб життя. Медичні послуги в пенітенціарних установах повинні також охоплювати психічну гігієну, особливо запобігання шкідливим психологічним наслідкам від деяких аспектів позбавлення волі. Шкідливі умови, переповненість камер, тривала ізоляція і малорухливий спосіб життя можуть призвести до необхідності в отриманні медичної допомоги окремими засудженими та ув'язненими та/або проведення відповідальними органами загальних заходів охорони здоров'я.⁷

6. КЗК/Інф.(2012)13.

7. КЗК/Інф.(2012)4.

Можливість відвідання лікаря

Під час ув'язнення засудженим та ув'язненим особам повинна бути надана можливість відвідувати лікаря в будь-який час, незалежно від режиму їхнього ув'язнення. Це особливо важливо, коли особа поміщена в одиначну камеру. Служба охорони здоров'я повинна задовольняти прохання проконсультуватися з лікарем без невиправданої затримки. Амбулаторне лікування повинно проходити під наглядом медичного персоналу; в багатьох випадках одного лише прохання засудженого недостатньо для забезпечення подальшої медичної допомоги. Відповідно подальше лікування слід планувати заздалегідь.

Доступ до лікарських засобів

Лікарські засоби повинні видаватися засудженим та ув'язненим з урахуванням їхнього стану здоров'я. У цьому випадку також застосовується принцип еквівалентності лікування. Коштів, виділених для пенітенціарних установ, повинно вистачати на забезпечення безкоштовними лікарськими засобами засуджених та ув'язнених, які не мають медичної страховки, або не мають можливості оплатити їх за свій кошт. Довготривале лікування не повинне призупинятися (у випадках переведення з однієї установи до іншої).⁸

1.3 Лікарська таємниця

За винятком екстрених ситуацій, кожне медичне обстеження/консультація повинна проводитися в кімнаті для медичних консультацій, щоб створити атмосферу довіри, конфіденційності, недоторканності приватного життя та гідності. Лікарська таємниця повинна гарантуватися та поважатися з тією ж суворістю, як і для населення в цілому. Засуджені та ув'язнені повинні проходити медогляд по одинці, а не групами. Жодних третіх осіб, які не входять до складу медичного персоналу (інші засуджені або ув'язнені або звичайний персонал), не повинні бути присутніми в оглядовій залі. Засуджені та ув'язнені не повинні бути в наручниках під час проведення обстеження/консультацій, і працівники служби охорони не повинні чути чи бачити фізичний огляд, за винятком випадків, коли лікар чи медсестра вимагатимуть іншого, з огляду безпеки та охорони.⁹ У декількох своїх нещодавніх звітах з відвідування країн КЗК розкритикував недотримання даних правил на практиці.¹⁰ Європейський суд з прав людини встановив порушення Статті 3 ЄКПЛ - а саме, нелюдське або таке, що принижує гідність, поводження¹¹ - у випадках утримання засуджених в наручниках під час медичного обстеження та лікування.

8. КЗК/Інф.(99)18.

9. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

10. КЗК/Інф. (2007)47; (2008)3; (2010)1; (2011)20; (2012)17; (2012)32.

11. Муйсель проти Франції 67263/01 та Тарарієва проти Росії 4353/03.

Альтернативні рішення можуть і повинні бути знайдені, щоб привести у відповідність законні вимоги безпеки з принципом лікарської таємниці. Одним з можливих рішень може стати встановлення системи виклику лікаря для швидкого оповіщення персоналу пенітенціарних установ в тих виняткових випадках, коли засуджений стає роздратованим або встановлює загрозу під час медичного обстеження.¹²

Остаточне рішення щодо етично сумнівної практики використання наручників та проведення опитувань за склом слід залишити за медичним персоналом. Оглядові зали повинні бути безпечні, тому вони повинні бути обладнані таким чином, щоб обмежити ризики втечі; це також допомагає задовольнити проблеми безпеки.

Якщо і коли працівникам служби режиму довірено видачу лікарських препаратів засудженим та ув'язненим, медичний персонал повинен попередньо упакувати лікарські препарати в дозовані упаковки. З метою дотримання лікарської таємниці персонал, який роздає лікарські препарати, не повинен знати назви та дози препаратів.

Ведення особистих медичних карток засуджених та ув'язнених входить в обов'язки лікаря. Під час переведення пацієнта його картка має передаватися конфіденційно шляхом захищеної передачі даних лікарям в установу, що приймає засудженого.

Конфіденційність між лікарем та пацієнтом як наріжний камінь медичної етики

Дотримання конфіденційності є важливим питанням у створенні атмосфери довіри, яка необхідна у взаємовідносинах між лікарем та пацієнтом; обов'язок лікаря зберігати такі відносини та вирішувати, яким чином дотримуватись правил конфіденційності в даному питанні. Лікар пенітенціарної установи – це персональний лікар засудженого чи ув'язненого. Засуджені та ув'язнені повинні мати змогу отримати медичні послуги на основі конфіденційності, наприклад, за допомогою запиту, надісланого в заклеєному конверті. Працівники пенітенціарної установи не повинні намагатися перевіряти запити на отримання консультації лікаря.

Складна ситуація може виникнути, коли рішення пацієнта суперечить загальному обов'язку лікаря проводити лікування пацієнта. Таке може статися, коли пацієнт перебуває під впливом особистих переконань (наприклад, відмовляється від переливання крові) або навіть вдається до самоушкоджень з метою наполягання на вимозі, протесту проти влади або висловленні підтримки справи.

¹². КЗК/Інф.(2007)47.

1.4 Медичні консультації

У відповідності до Європейських пенітенціарних правил (ЄПП) Рекомендації КМ Rec(2006)2, пункт 42.1-3 (Обов'язки лікаря) лікар повинен оглянути кожного засудженого одразу після госпіталізації, у випадку, коли засуджені та ув'язнені скаржаться на хвороби, після отримання травм або насильства та перед звільненням. Якщо лікар особисто не в змозі оглянути нового засудженого чи ув'язненого або того, хто вже перебуває у лікарні пенітенціарної установи, вчасно, то він повинен переконатися, що інший лікар або кваліфікована медсестра його замінить.¹³ Де це неможливо зробити у зв'язку з недостатньою кількістю медичного персоналу та/або переповненості пенітенціарних установ, буде складно забезпечити виконання першого з семи основних принципів КЗК, а саме звернення до лікаря. До відповідальності медичного персоналу входить вимагати залучення необхідного додаткового персоналу та документально обґрунтувати таку вимогу. Під час відвідувань країн КЗК неодноразово визначав в багатьох країнах недостатній кадровий склад медичного персоналу у пенітенціарних установах. Результати недостатньої кількості медичного персоналу – відсутність або затримки в проведенні медичних обстежень, консультацій або лікування – можуть прирівнюватися до нелюдського поводження, порушення Статті 3 ЄКПЛ.¹⁴

Згода пацієнта

Як правило, лікарі не повинні проводити обстеження або лікування без згоди на те пацієнта. Правильний вияв згоди вимагає відповідної інформації – «свідомої згоди», – яка також повинна враховувати неграмотність, труднощі в розумінні та мовні бар'єри, які часто зустрічаються серед засуджених та ув'язнених, проблема, з якою КЗК стикнувся під час декількох своїх візитів у різні країни. У випадку незгоди або відмови лікар повинен упевнитися, що пацієнт розуміє наслідки його/її рішення, і що пацієнт проінформований, що він/вона можуть змінити своє рішення у будь-який час. Будь-яке ухилення від цього принципу згоди пацієнта виправдане тільки у тому випадку, якщо воно відповідає закону, наприклад, у випадку психічно хворих пацієнтів, які не мають змоги зрозуміти наслідків або у випадках екстреного лікування непритомних пацієнтів. Недотримання цього етичного принципу було неодноразово виявлене під час візитів КЗК.¹⁵ Європейський суд з прав людини встановив порушення Статті 3 ЄКПЛ¹⁶ у випадках медичних втручань без згоди пацієнта.

13. КМ: Рекомендація Rec(2006)2 Європейські пенітенціарні правила (оновлена).

14. Павалаче проти Румунії 38746/03, Худобін проти Росії 59696/00, Хумматов проти Азербайджану 9852/05.

15. КЗК/Інф. (2008)26; (2009)13; (2010)1; (2011)1; (2011)1; (2011)20.

16. Невмержицький проти України 54825/00; Яллох проти Німеччини 54810/00.

Право на згоду на лікування

Кожен пацієнт, перебуваючи у здоровому глузді, має право відмовитися від лікування або будь-якого іншого медичного втручання. Будь-яке відхилення від цього основоположного принципу повинне бути здійснене відповідно до закону та лише за чітко й суворо визначених виняткових обставин, які застосовуються в суспільстві.

Дуже обережний підхід слід застосовувати, коли справа доходить до біомедичних досліджень із засудженими та ув'язненими. Завжди існує ризик того, що згода на участь могла бути отримана шляхом залякування каральними заходами. Повинні існувати захисні заходи для гарантування вільної та свідомої згоди засудженого чи ув'язненого. Повинні діяти ті ж самі правила, що і у суспільстві.

Медична консультація під час госпіталізації

Необхідно наголосити на важливості медичного обстеження під час госпіталізації: головною метою якого є раннє виявлення критичного стану здоров'я новоприбулого засудженого чи ув'язненого, яке може вимагати проведення невідкладних заходів для захисту здоров'я, а також у випадках інфекційних захворювань для захисту здоров'я інших засуджених та ув'язнених. Ось чому таке обстеження, за винятком деяких обставин, повинне здійснюватися в день госпіталізації засудженого чи ув'язненого.¹⁷ Необґрунтовані затримки медичного обстеження під час госпіталізації¹⁸ - або їхній поверховий і менш ніж комплексний характер¹⁹ - нещодавно були відзначені КЗК в декількох своїх звітах щодо відвіданих країн.

Крім того, первинний медичний огляд надає ключову можливість лікарям завоювати довіру новоприбулого засудженого чи ув'язненого та надати інформацію щодо:

- ▶ лікарської таємниці та професійної незалежності,
- ▶ прав та обов'язків засуджених та ув'язнених стосовно стану здоров'я,
- ▶ організації надання медичних послуг та яким чином, коли, де і від кого можна отримати медичну допомогу та проконсультуватися із лікарем,
- ▶ ризику, пов'язаного з інфекційними захворюваннями в пенітенціарних установах, та яким чином його можна уникнути,

17. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

18. КЗК/Інф. (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32.

19. КЗК/Інф. (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34.

- ▶ скринінгових обстежень на туберкульоз, ВІЛ та гепатит В/С,
- ▶ будь-яких спеціальних програм лікування та охорони здоров'я, що надаються у пенітенціарній установі.

Така інформація повинна надаватись зрозумілим для засудженого чи ув'язненого способом. Слід приділити особливу увагу слабкій здатності до навчання серед засуджених та ув'язнених та неграмотності, а також мовним бар'єрам. Графічно добре розроблені листівки та їхній переклад на відповідні мови надають додаткову допомогу у цьому питанні.

Протягом медичного огляду під час надходження нового пацієнта лікар чи медсестра повинні представитися новоприбулому засудженому чи ув'язненому, назвати своє ім'я та посаду, та намагатися створити атмосферу поваги, конфіденційності, приватності та гідності. Медичне обстеження під час надходження пацієнта, як і будь-яке перше медичне обстеження, яке проводиться зі звичайними пацієнтами у суспільстві, повинне складатися з ретельного вивчення медичної історії та фізичного огляду пацієнта. Для того, щоб мати можливість вжити невідкладних заходів після проведення медичного обстеження під час госпіталізації до пенітенціарної установи, особливу увагу необхідно приділити таким критеріям:

- ▶ ознаки серйозних психічних розладів,
- ▶ суїцидальні фактори ризику,
- ▶ історія та ознаки алкогольної або наркотичної залежності, а також симптомів абстиненції,
- ▶ факти та/або ознаки насильства та жорстокого поводження,
- ▶ інфекційні захворювання,
- ▶ психічні чи фізичні розлади, що призводять до стану особливої уразливості у пенітенціарній установі.

Пацієнти, які страждають на гострий психоз або депресію, потребують негайного лікування в психіатричній лікарні. Так само, засуджені та ув'язнені зі схильністю до скоєння самогубства потребують негайної медичної допомоги і повинні перебувати під особливим наглядом.²⁰ КЗК у своїх звітах по країні розкритикував недбалість у виявленні таких засуджених та ув'язнених пацієнтів та/або у вжитті необхідних заходів з цього приводу.²¹ В таких випадках Європейський суд з прав людини виявив порушення Статті 2 (право на життя) та/або Статті 3 (заборона катувань чи нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання) ЄКПЛ.²²

20. Норми КЗК 2002 (зміни 2011); КМ: Етичні та організаційні аспекти догляду за здоров'ям у системі виконання покарань. Рекомендація N R(98)7.

21. КЗК/Інф. (2006)3; (2006)24; (2012)11.

22. Кінан проти Сполученого Королівства 27229/95; Говек проти Туреччини 70337/01; Рівьєр проти Франції 33834/03; Ренольд проти Франції 5608/05; Де Дондер та Де Кліппель проти Бельгії 8595/06; Дибеку проти Албанії 41153/06; Кетреб проти Франції 38447/09; Муйсель проти Франції 67263/01; Тарарієва проти Росії 4353/03.

Пацієнтам, залежним від психотропних препаратів, загрожує розвиток синдрому абстиненції, який є потенційно небезпечним для життя протягом перших днів після ув'язнення. Тому необхідна відповідна медична допомога. КЗК виявив недоліки з цього приводу в декількох звітах по країні,²³ і є принаймні один випадок синдрому абстиненції зі смертельним результатом, в прецедентній практиці Суду в Страсбурзі це розглядалося як порушення Статті 3 ЄКПЛ (заборона катувань чи нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання).²⁴

Відповідно до законодавства багатьох країн, а також стандартів КЗК,²⁵ пункту 42.3с ЄПП,²⁶ Декларацій Всесвітньої медичної асоціації (ВМА)²⁷ та Стамбульського протоколу,²⁸ лікар пенітенціарної установи зобов'язаний документувати ознаки насильства та, зокрема, будь-які ознаки жорстокого поводження, свідками якого він/вона стали, та повідомити про це відповідні органи за згодою пацієнта. Документи мають бути негайно підготовлені, оскільки фізичні ознаки насильства з часом зникають, та мають бути належним чином представлені на розгляд суду.²⁹ Про такі ознаки слід негайно сповістити відповідні органи з метою попередження повторних випадків насильства та жорстокого поводження. Крім того, фізичне обстеження під час госпіталізації пацієнта повинне проводитися для виявлення ознак насильства та жорстокого поводження. Повторне невиконання таких дій належним чином було розкритиковане під час візитів КЗК до країни.³⁰ Випадки жорстокого поводження повинні записуватися лікарем пенітенціарної установи та, разом з об'єктивними висновками медичного обстеження та лікарського висновку стосовно узгодженості доказів, негайно повинні бути передані на розгляд відповідному прокуророві.³¹

23. КЗК/Інф. (2004)20; (2006)14; (2007)42; (2012)32.

24. МакГлінчі та інші проти Сполученого Королівства 50390/99.

25. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

26. КМ: Рекомендація Рес(2006)2 Європейські пенітенціарні (в'язничні) правила.

27. Всесвітня медична асоціація: Декларація Токіо. Керівні принципи для лікарів щодо катувань та іншого жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання у відношенні затримання чи ув'язнення. Токіо, 1975 рік, зміни Дівонн-ле-Бен (2005 рік); Всесвітня медична асоціація: Декларація щодо підтримки лікарів, які відмовляються брати участь у або виправдовувати застосування катувань або інших форм жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження, Гамбург (1997 рік); Всесвітня медична асоціація: Резолюція щодо відповідальності лікарів в денонсації актів катувань чи жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження, про які їм стало відомо, Гельсінкі (2003 рік).

28. ООН: Стамбульський протокол. Посібник щодо ефективного розслідування та документування катувань та іншого жорстокого поводження та іншого жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання (Нью-Йорк/Женева, 2004 рік).

29. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

30. КЗК/Інф. (2009)1; (2009)13; (2009)37; (2010)1; (2010)33; (2011)24; (2012)1.

31. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

Скринінгові виявлення інфекційних захворювань під час медичного огляду протягом госпіталізації пацієнта є суттєво необхідними для виявлення пацієнтів, які повинні бути ізольовані і, щоб запобігти поширенню хвороби, як наприклад, поширення туберкульозу повітряно-крапельним шляхом. Ізоляція засуджених та ув'язнених через ризик зараження повинна застосовуватися у пенітенціарній установі таким же чином, як і в суспільстві³² - тому немає жодних причин ізоляції засуджених та ув'язнених через зараження ВІЛ або гепатитом В і С. Однак, освіченість та інформування щодо ризиків зараження у пенітенціарній установі – пропонуючи заходи зі зменшення шкоди, запрошення пройти добровільне конфіденційне консультування і тестування, та у разі необхідності лікування на ранній стадії – повинні бути частиною медичної консультації під час госпіталізації пацієнта. Під час деяких нещодавніх візитів до країни, КЗК критикував відсутність або недостатність скринінгу інфекційних захворювань під час первинних медичних оглядів.³³

Особи з психічними чи фізичними вадами особливо уразливі до позбавлення волі. Через їхні вади, вони не можуть зрозуміти та/або впоратися із суворими та жорсткими умовами такої «тотальної установи», як пенітенціарна, і тому підпадають під ризик завдання психічного або фізичного болю байдужим персоналом та іншими засудженими та ув'язненими. Виявлення засуджених та ув'язнених з обмеженими можливостями під час госпіталізації є саме завданням медичних працівників для того, щоб запропонувати їм гуманітарну допомогу³⁴ та рекомендувати відповідні заходи для їхнього захисту. Європейський суд з прав людини виявив порушення Статті 3 ЄКПЛ³⁵ у випадках невиконання цього обов'язку, розглядаючи це як поведінку, що принижує гідність.

Зважаючи на всі вищенаведені обов'язки медичних працівників під час медичних консультацій при госпіталізації, стає зрозумілим, що для того, щоб виконати всі ці завдання повинно, бути виділено достатньо часу для проведення кожної консультації. Враховуючи подальшу вимогу того, що консультація повинна проводитися в день госпіталізації, зрозуміло, що команда медичних працівників повинна бути належним чином укомплектована відповідно до кількості щоденних госпіталізацій у пенітенціарних установах, зокрема, в досудових установах. Це питання повторно розглядалося КЗК також під час нещодавніх візитів до країни.³⁶

32. КЗК/Інф. (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32.

33. КЗК/Інф. (2011)26; (2012)1; (2012)4; (2012)11; (2012)15; (2012)17; (2012)32.

34. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

35. Прайс проти Сполученого Королівства 33394/96.

36. КЗК/Інф. (2012)1; (2012)9; (2012)17; (2012)19; (2012)21; (2012)32.

Незважаючи на свою важливість, слід мати на увазі, що, як правило, медичне обстеження під час госпіталізації, як і будь-який інший вид медичного втручання, потребує згоди пацієнта.³⁷ Медичний персонал зобов'язаний запропонувати проведення такого обстеження; однак, засуджений чи ув'язнений має право відмовитись. У випадках відмови від проведення обстеження, це має бути задокументовано в медичній справі засудженого чи ув'язненого.

Медичне обстеження після інцидентів насильства

Відповідно до Рекомендації КМ R(1998)7 та стандартів КЗК медичні послуги, що надаються у пенітенціарній установі, можуть допомогти попередити насильство над засудженими та ув'язненими, систематично записуючи випадки травмування і, якщо необхідно, передаючи на постійній основі загальну інформацію у відповідні органи стосовно проблеми насильства у пенітенціарній установі.³⁸

Проведення медичних оглядів після інцидентів насильства забезпечує основоположний захист від жорстокого поводження та безкарності, а також від насильства між засудженими та ув'язненими. Це стосується не тільки скринінгу на наявність ознак насильства під час медичних оглядів в період госпіталізації, але й медичних оглядів після кожного інциденту насильства під час утримання під вартою. Будь-яке звернення щодо насильства або жорстокого поводження має бути зафіксоване, потім має проводитися ретельне медичне обстеження, медичне документування даних обстеження і висновку лікаря, і це повинно бути відправлене відповідному прокурору за згодою пацієнта як підстава для звернення до суду.³⁹ Крім того, кожний випадок насильства повинен бути включений до систематичного статистичного обліку випадків насильства, що ведеться медичними працівниками, щоб допомогти органам оцінити рівень насильства у пенітенціарній установі та розробити превентивні заходи щодо випадків насильства. КЗК протягом декількох візитів до країн розкритикував халатність у дотриманні цих рекомендацій.⁴⁰

Медичне обстеження перед звільненням

Згідно з пунктом 33.6 ЄПП медичне обстеження є частиною процедури підготовки засудженого чи ув'язненого до звільнення. Воно повинно проводитися якомога ближче до моменту звільнення,⁴¹ але звісно в найзручніший для його належного проведення час. Момент, коли засуджений чи ув'язнений отримує конфіденційну медичну довідку, яка слугує медичною інформацією для лікаря, що проводитиме його/її лікування після звільнення, може бути використаний як можливість для надання йому/її медичної консультації щодо його/її майбутнього лікування.

37. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

38. Норми КЗК 2002 (зміни 2011); КЗК/Інф. (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34.

39. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

40. Славомір Мусял проти Польщі 28300/06, Аертс проти Бельгії 25357/94.

41. КМ: Рекомендація Rec(2006)2 Європейські пенітенціарні (в'язничні) правила.

Дуже важливо проінформувати засуджених та ув'язнених наркоманів щодо високого ризику смертельного передозування, якщо вони знову почнуть вживати наркотики після звільнення.⁴² Дистанційний курс медичної реабілітації особливо важливий для пацієнтів, які перенесли протитуберкульозну і антиретровірусну терапію, оскільки переривання призводить до розвитку лікарсько-стійких форм туберкульозу та лікарсько-стійких штамів вірусу серед пацієнтів, які лікуються медичними препаратами для підтримання стійкого психічного стану організму та препаратами-замінниками опіатів. Продовження останнього показало значне скорочення зависокого рівня смертності наркоманів в перший день після звільнення з пенітенціарної установи.⁴³ Безперервність медичного догляду під час соціальної реінтеграції в поєднанні з соціально-психологічною допомогою, що віднедавна називається «реабілітацією» і «програмою підтримки наркозалежних засуджених та ув'язнених»,⁴⁴ необхідно планувати набагато раніше до звільнення, при цьому медичне обстеження перед звільненням відіграє важливу роль у цьому процесі.

1.5 Медична документація та ведення обліку

Можна стверджувати, що, враховуючи дефіцит медичних працівників та їхню перевантаженість роботою, вони повинні витратити свій час на надання невідкладної допомоги пацієнтам, а не на ведення документації чи паперової роботи. Тим не менш, ретельне ведення документації та обліку має важливе значення для кваліфікованого догляду за хворим і його безперервності, не тільки в інтересах пацієнта, але й також в інтересах медичних працівників та адміністрації пенітенціарної установи. Звернення щодо неефективної медичної допомоги можуть бути представлені на розгляд Європейського суду з прав людини, якщо немає належної медичної документації, що підтверджує протилежне.⁴⁵

Медична картка повинна заповнюватися на кожного пацієнта, і повинна містити діагностичну інформацію та всі записи історії хвороби пацієнта, в тому числі будь-які спеціальні обстеження, які він/вона пройшов. Щоденні реєстри повинні вестися медичними бригадами із зазначенням будь-яких особливих інцидентів, пов'язаних з пацієнтом. Такі записи корисні, тому що вони дають загальне уявлення про ситуацію щодо наданої медичної допомоги у пенітенціарній установі, виділяючи конкретні проблеми, які можуть виникати.

42. ВООЗ Європа: Попередження гострої смертності, пов'язаної із вживанням наркотиків засудженими та ув'язненими під час найближчого періоду після звільнення (2010 рік).

43. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

44. Програма підтримки наркозалежних засуджених та ув'язнених у партнерстві: Програма підтримки наркозалежних засуджених та ув'язнених – комплекс інструментів, під ред. М. МакДоналд та ін., Європейська Комісія (2012 рік).

45. Маленко проти України 18660/03.

Засуджений чи ув'язнений повинен мати можливість доступу до своєї медичної картки, якщо це не протипоказано в терапевтичних цілях, та вимагати, щоб дана інформація була доведена до відома його/її сім'ї або адвоката. У випадках передачі засуджених та ув'язнених медична картка повинна передаватися лікарям установи, що приймає.⁴⁶

Ведення індивідуальної медичної картки

Відповідно до закону про охорону здоров'я більшості країн та принципу еквівалентності медичної допомоги, медичні працівники пенітенціарної установи зобов'язані встановлювати та вести медичну картку кожного окремого засудженого чи ув'язненого.

Картка повинна містити повну медичну історію, результати медичного обстеження під час госпіталізації, всі наявні медичні записи стосовно пацієнта, в тому числі всі консультації на прохання пацієнта, з висновками лікаря, його порадами та проведеним лікуванням. Усі письмові записи повинні бути затверджені підписом. КЗК виявив та розкритикував неповні або навіть відсутні медичні записи під час декількох своїх візитів до пенітенціарних установ.⁴⁷ Медичні картки стандартного зразка повинні використовуватися у всіх пенітенціарних установах країни з метою полегшення передачі медичної інформації між в'язничними лікарями, коли засуджені та ув'язнені переводяться в інші пенітенціарні установи. Особливу увагу слід приділити ретельному та детальному документуванню:

- ▶ обстежень під час госпіталізації,
- ▶ інформації щодо будь-якого діагнозу, який має серйозні наслідки для прогнозу, лікування або передачі захворювань,
- ▶ невідкладного стану,
- ▶ інформації щодо проведення обстежень або лікувань з можливими небажаними побічними ефектами,
- ▶ інформованої згоди і незгоди або відмови від рекомендованих обстежень або лікування,
- ▶ будь-яких записів ознак насильства,
- ▶ будь-яких обставин, коли лікарська таємниця або згода пацієнта була порушена.

Пацієнти повинні отримувати пояснення щодо діагностики, прогнозів, рекомендацій з лікування, альтернативних методів лікування, побічних ефектів лікування і будь-яких ризиків у разі непроведення лікування для того, щоб вони могли надати свідому згоду або відмову. Інформація, що надається засудженим та ув'язненим, повинна бути внесена до медичної картки пацієнта. Для проведення інвазивних медичних процедур або методів лікування з певними небажаними побічними ефектами необхідна письмова згода пацієнта.

46. КЗК/Інф. (2009)38.

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

Тільки лікарі, медсестри та інші медичні працівники, які мають відношення до медичної конфіденційності, можуть мати доступ до медичних карток, які повинні зберігатися під замком і окремо від особистих адміністративних карток засуджених та ув'язнених. Лікарі чи медсестри пенітенціарної установи ніколи не повинні розкривати медичні дані щодо пацієнта адміністрації пенітенціарної установи або будь-якій іншій третій стороні без прямої згоди пацієнта. Винятки з цього правила такі: наказ суду (в такому випадку лікар повинен передати інформацію безпосередньо судді), і ті рідкісні випадки, коли лікар повинен прийняти рішення щодо порушення конфіденційності з метою захисту важливого законного права на збереження здоров'я чи життя іншої особи. В обох випадках лікар повинен відповідно проінформувати засудженого чи ув'язненого пацієнта. Під час своїх візитів до країн КЗК постійно наголошував на необхідності підвищення рівня конфіденційності ведення медичних записів засуджених та ув'язнених.⁴⁸ Деякі країни на даний час впроваджують електронну систему ведення медичних записів, але така система повинна бути захищена на місцях таким чином, щоб тільки медичний персонал мав доступ до медичних даних окремих пацієнтів.

Лікар повинен задовольнити вимогу засудженого чи ув'язненого пацієнта на отримання ним доступу до своєї медичної картки. У випадку переведення засудженого чи ув'язненого запечатана копія медичної справи повинна передаватися разом із ним медичним працівникам пенітенціарної установи, що приймає. Після звільнення засудженому чи ув'язненому пацієнту повинен бути наданий медичний звіт. Медична інформація у звіті буде використовуватися для подальшого лікування у суспільстві, а також у випадку необхідності може включати в себе інформацію із записів. Після звільнення засудженого чи ув'язненого медичні записи повинні зберігатися в пенітенціарній службі під час терміну, визначеного відповідним національним законодавством.

Лікарі пенітенціарної установи зобов'язані перевіряти та документувати всі ознаки фізичного, психологічного та сексуального насильства. Під час медичного огляду у період госпіталізації засуджений чи ув'язнений може повідомити про випадки насильства, вчинені працівниками поліції. Тому важливо представити будь-які докази цього органам влади. Якщо засуджений чи ув'язнений відмовляється дати згоду на це, лікар повинен забезпечити нерозкриття особистості жертви перед правопорушником. Стамбульський протокол⁴⁹ містить керівні принципи щодо ведення документації, яка діє професійно і юридично, та щодо нетравматичних методів обстеження у випадках насильства та жорстокого поводження.

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

49. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

Доступ до медичних карток та іншої медичної інформації

Засудженим та ув'язненим повинна надаватися вся необхідна інформація - якщо необхідно, то у формі медичного звіту - щодо їхнього стану здоров'я, курсу медичного лікування та виписаних їм ліків. Бажано, щоб вони могли ознайомитися зі змістом своїх медичних карток, якщо це не є недоцільним в терапевтичних цілях. Вони також повинні мати можливість запитувати інформацію, яка буде доведена до відома їхніх сімей і адвокатів або стороннього лікаря.

Статистичні (що не стосуються пацієнта) медичні записи

Відповідно до національного законодавства та у співпраці з громадськими органами охорони здоров'я лікарі пенітенціарних установ повинні вести статистичний облік всіх аспектів медичних послуг, які надаються в цих установах, зокрема, щодо кількості проведених консультацій та поширеності патологій за кількістю поставлених діагнозів відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ), включаючи точні записи хвороб, що підлягають реєстрації, таких як туберкульоз – використовуючи стандартизовані визначення випадків і категорій лікування Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) – дизентерія, гепатит та ВІЛ. Такі статистичні дані обробляються більш простим способом за допомогою електронних медичних систем запису, забезпечуючи підтримку бюджету, а також реалізацію та оцінку програм охорони здоров'я та профілактики захворювань.

Як уже згадувалося вище, лікарі пенітенціарних установ повинні вести статистику всіх травм і причин травматизму (насильства та жорстокого поводження серед засуджених та ув'язнених) і повинні регулярно надавати дані адміністрації пенітенціарної установи. Систематичне ведення статистики насильства полегшує оцінку ситуації та оцінку профілактичних заходів і навіть може мати превентивний ефект. КЗК під час своїх візитів до пенітенціарних установ⁵⁰ постійно рекомендував систематично вести записи всіх випадків насильства.

1.6 Інші етичні питання

Залучення лікарів пенітенціарних установ до питань безпеки та дисциплінарних заходів

Лікарі пенітенціарних установ повинні виконувати роль особистого лікаря засуджених та ув'язнених і сприяти створенню добрих відносин між лікарем та пацієнтом. Практика лікарів пенітенціарних установ, що засвідчує, чи засуджений або ув'язнений може пройти одиночне ув'язнення як покарання (або будь-який інший тип одиночного ув'язнення, накладеного проти його/її волі), не сприяє добрим відносинам. Дана проблема визначена в ЄПП. Медичний персонал не повинен брати участь у будь-якому процесі прийняття рішень, що може призвести до одиночного ув'язнення, якщо захід не застосовується з медичних причин.

50. КЗК/Інф. (2009)13; (2010)3; (2010)27; (2010)33; (2011)3; (2011)20; (2012)1; (2012)9.

З іншого боку, медичний персонал повинен бути дуже уважним до ситуацій ув'язнення в одиночних камерах. Медичний персонал повинен бути проінформований про кожне таке розміщення і повинен відвідати засудженого чи ув'язненого одразу після розміщення, а потім на регулярній основі, принаймні один раз на день, надавати йому/їй невідкладну медичну допомогу та лікування у разі виникнення такої необхідності. Вони повинні повідомляти начальнику пенітенціарної установи, коли виникає загроза здоров'ю засудженого чи ув'язненого у зв'язку з перебуванням в одиночній камері.

Лікар пенітенціарної установи не повинен проводити жодних обстежень чи оглядів тіла засудженого чи ув'язненого за вимогою адміністрації, за винятком екстрених ситуацій, коли немає іншого лікаря. У тих виняткових випадках, коли обстеження порожнин тіла неможливо уникнути, воно повинне бути виконане лікарем з відповідною медичною підготовкою. Однак, з метою збереження відносин між лікарем і пацієнтом, ця особа не повинна бути особистим лікарем засудженого чи ув'язненого. Цей пункт був відзначений ВМА у своєму Положенні щодо тілесного огляду засуджених та ув'язнених.⁵¹

В конкретних випадках може бути передбачене введення спеціальних заходів безпеки, але систематичне розміщення засуджених та ув'язнених у заборонених місцях, коли вводяться ін'єкції, є явно необґрунтованим. Такий підхід можна розглядати як такий, що принижує гідність як засуджених та ув'язнених, так і залученого медичного персоналу.⁵²

Професійна незалежність медичного персоналу пенітенціарної установи

Медичний персонал будь-якої пенітенціарної установи потенційно перебуває в зоні ризику. Їхній обов'язок піклуватися про своїх пацієнтів, хворих засуджених та ув'язнених часто може конфліктувати з міркуваннями адміністрації пенітенціарної установи й правилами безпеки. Це може викликати складні етичні питання та проблему вибору. Для того, щоб гарантувати їхню незалежність щодо питань охорони здоров'я, важливо, щоб роль такого персоналу прирівнювалася якомого ближче до загальнодоступних суспільних медичних послуг.

Які б не були розроблені інституційні механізми для надання медичної допомоги у пенітенціарній установі, важливо, щоб прийняття клінічних рішень лікарями базувалося лише на медичних критеріях, та щоб якість і ефективність їхньої роботи оцінювалася кваліфікованим медичним органом.⁵³

51. ВМА: Положення щодо тілесного огляду засуджених та ув'язнених, Будапешт (1993 рік, зміни 2005 року).

52. КЗК/Інф. (2011)29.

53. КЗК/Інф. (2004)36.

Лікарі, які надають допомогу як засудженим та ув'язненим, так і персоналу пенітенціарної установи

Є певні зауваження щодо практики лікарів пенітенціарної установи, які надають допомогу як засудженим та ув'язненим, так і персоналу установи.⁵⁴ Ресурси, що виділяються для надання медичної допомоги засудженим та ув'язненим, часто обмежені, та розділення робочого часу лікарів може зашкодити якості такої допомоги. Якщо вимагається виключно конкретними обставинами установи, така подвійна відповідальність повинна супроводжуватися конкретними заходами безпеки, що гарантують неупереджений підхід. Наприклад, має бути передбачено заздалегідь, який відсоток робочого часу лікарів може бути відведений для лікування персоналу пенітенціарної установи. Бажано також, щоб два запаси лікарських препаратів (відповідно для засуджених та ув'язнених і персоналу) зберігалися окремо один від одного. Навіть може бути передбачено, щоб лікар мав два окремих місця для проведення консультацій.

Засуджені та ув'язнені у ролі медичного персоналу

Участь засуджених та ув'язнених у наданні медичних послуг у пенітенціарній установі слід розглядати як винятковий захід, навіть якщо вони мають медичну кваліфікацію. Засуджені та ув'язнені не повинні бути залучені до надання медичних послуг, оскільки це вимагає спеціальної підготовки, і у жодному разі вони не повинні виконувати розподіл лікарських засобів.

До компетенції персоналу пенітенціарної установи не входить видавати виписані лікарські препарати або вводити ін'єкції. Лікарські засоби можуть видаватися лише медсестрою або налаштованим фармацевтичним пристроєм; ін'єкції можуть вводитися тільки кваліфікованим медичним персоналом.⁵⁵

Гуманітарна допомога

Існують певні категорії особливо вразливих засуджених та ув'язнених, і медичні послуги пенітенціарної установи повинні бути налаштовані особливим чином на їхні потреби, оскільки вони не завжди можуть відстоювати свої інтереси в умовах утримання під вартою. Такі групи були помічені КЗК у декількох випадках.⁵⁶

Засуджені чи ув'язнені матері з дітьми

Існує загальноприйнятий принцип, що діти не повинні народжуватися у пенітенціарній установі, і, як правило, цього принципу дотримуються. Мати і дитина повинні мати можливість залишатися разом, принаймні протягом певного періоду часу, і повинні перебувати в умовах підтримки відповідними фахівцями, що спеціалізуються на післяпологовій допомозі та догляді.

54. КЗК/Інф. (2006)11.

55. КЗК/Інф. (2011)19.

56. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

Довгострокові заходи, зокрема, інтеграція дитини в суспільство, що передбачає відсторонення від матері, повинно вирішуватися в кожному окремому випадку з урахуванням медичних і соціальних потреб дитини.

Підлітки

Перебуваючи в ув'язненні, підліткам переважно має бути дозволено залишатися в тому ж оточенні і зберігати свої особисті речі. Ризики довгострокової соціальної дезадаптації повинні бути зведені до мінімуму. Застосовуваний до них режим повинен ґрунтуватися на інтенсивній діяльності, включаючи проведення соціально-освітніх зустрічей, спорт, освіту, професійне навчання, екскурсії в супроводі охорони і наявність відповідних факультативних видів діяльності.

Засуджені та ув'язнені, вразливі через їхній медичний чи соціальний стан

Серед пацієнтів пенітенціарної служби охорони здоров'я існує декілька маргінальних осіб, які мають історію родинних травм, тривалої наркоманії, конфліктів із владою або інші соціальні лиха. Вони можуть бути жорсткими, схильними до суїциду або характеризуватися неприйнятною сексуальною поведінкою, і в основному вони не здатні контролювати або давати собі раду. Потреби цих засуджених та ув'язнених не носять виключно медичний характер, але лікар пенітенціарної установи може сприяти розвитку соціально-терапевтичних програм для таких осіб у підрозділах установи, які схожі на ті, що існують у суспільстві і є ретельно контрольованими. Такі підрозділи можуть знизити випадки приниження засуджених та ув'язнених, презирство і ненависть, дати їм відчуття відповідальності і підготувати їх до суспільної реінтеграції. Іншою безпосередньою перевагою програм такого типу є те, що вони передбачають активну участь і зобов'язання персоналу пенітенціарної служби.

Існують також такі засуджені та ув'язнені, які не можуть перебувати у тривалому ув'язненні через серйозну хворобу, яка не може бути належним чином вилікувана в умовах утримання у пенітенціарній установі, короткостроковий смертельний прогноз, важку форму інвалідності або через похилий вік. У таких випадках лікар пенітенціарної установи повинен скласти звіт відповідальному органу з метою створення відповідних альтернативних умов.

Розділ 2

Плани психіатричної допомоги та лікування – терапевтична та реабілітаційна психосоціологічна діяльність в пенітенціарній установі

У порівнянні із загальною сукупністю населення, серед засуджених та ув'язнених існує високий рівень виникнення психіатричних симптомів.

Багато спільного є між особами, які утримуються у психіатричних лікарнях, і засудженими та ув'язненими. Обидві групи особливо уразливі до розвитку проблем психічного стану здоров'я. Часто зустрічаються випадки насильства, депривації, безпритульного існування, безробіття, наркозалежності та попереднього звернення за психіатричною допомогою. Багато засуджених та ув'язнених мають проблеми зі здатністю рахувати, писати та читати, а також більшість з них мають рівень IQ нижче середнього.¹ Було висловлено припущення, що близько одного з семи засуджених та ув'язнених мають психотичні захворювання або глибокі депресії, та близько половини всіх засуджених та ув'язнених чоловіків й однієї п'ятої засуджених та ув'язнених жінок мають антисоціальний розлад особистості.² Серйозні психічні розлади розповсюджені непропорційно, найвищі рівні захворюваності були виявлені в осіб, які перебувають в попередньому ув'язненні, та засуджених жінок. Психічні розлади (у тому числі діагнози наркотичної залежності) були виявлені у 37% засуджених ув'язнених чоловіків, 63% чоловіків, які перебувають в попередньому ув'язненні, 57% засуджених жінок та 76% жінок, які перебувають в попередньому ув'язненні. Типовими є складені діагнози, особливо серед осіб, які перебувають в попередньому ув'язненні: близько чверті чоловіків і третини жінок, які перебувають в попередньому ув'язненні, було поставлено два або більше діагнозів.³

1. Сінглон Н., Мельтзер Г. та Гетворд Р.: Психіатричні захворювання серед ув'язнених в Англії та Уельсі. Лондон: Національне статистичне управління Великобританії (1998); Інспекторат в'язниць її Величності: Несправедливі пустелі: тематичний огляд, виконаний Головним Інспектором Інспекторату в'язниць її Величності щодо лікування та умов для засуджених та ув'язнених в Англії та Уельсі. Лондон: Міністерство внутрішніх справ (2000).

2. Фейзел С. і Денеш Дж.: «Серйозні психічні розлади у 23000 засуджених та ув'язнених: систематичний огляд 62 досліджень». Лансет, 359 (2002), 545-50.

3. Ганн Дж., Мейден А. і Свінтон М.: Засуджені та ув'язнені з психічними розладами. Лондон: Міністерство внутрішніх справ (1991); Мейден А., Тейлор С.Дж.А., Брук Д. та ін.: Психічні розлади у осіб, які перебувають у попередньому ув'язненні. Лондон: Міністерство внутрішніх справ (1995).

Очевидно, що тягар серйозних, однак таких, що піддаються лікуванню, психічних розладів у пенітенціарній установі є суттєвим. Враховуючи обмежені ресурси пенітенціарної системи, напевно чи всі нужденні зможуть отримати належний догляд, як це передбачено в ЄКПЛ.

2.1 Психіатрична допомога в пенітенціарних установах

Високий рівень захворюваності психічними розладами в пенітенціарній установі підвищує відповідальність пенітенціарної системи охорони здоров'я. Для початку, до медичного персоналу кожної пенітенціарної установи повинен входити лікар, який спеціалізується на психіатрії, а також деякі з медсестер, що працюють там, повинні пройти підготовку у цій сфері. Кількість медичного і сестринського персоналу, а також розташування пенітенціарних установ повинні бути такими, що здатні забезпечити проведення регулярних фармакологічних, психотерапевтичних і лікувально-трудових програм.⁴

Заходи щодо психічних розладів в пенітенціарній установі

Лікування психіатричних захворювань у пенітенціарній установі може легко становити нелюдське і таке, що принижує гідність, поводження,⁵ тому необхідне впровадження спеціальних заходів. Відповідальні особи повинні враховувати наступні заходи для засуджених та ув'язнених з психічними розладами:

- ▶ Мотивація та навчання медичного персоналу і психологів, які працюють в пенітенціарній установі, для діагностування таких випадків, а також їхнього управління,
- ▶ Надання спеціалізованої медичної допомоги в пенітенціарній установі для таких випадків, призначивши психіатра для проведення регулярних консультацій,
- ▶ Забезпечення наявності відповідного постачання психотропних препаратів,
- ▶ Забезпечення, при необхідності, довгострокового лікарняного догляду з активною психосоціальною складовою,
- ▶ Забезпечення того, щоб передача психічно хворого засудженого чи ув'язненого в психіатричну лікарню розглядалося як найвищий пріоритет.

4. Славомір Мусял проти Польщі 28300/06, Аертс проти Бельгії 25357/94.

5. КЗК/Інф. (2005)18; Славомір Мусял проти Польщі 28300/06, Аертс проти Бельгії 25357/94.

Психічно хворі засуджені та ув'язнені, які проходять лікування в громадських психіатричних лікарнях

Психічно хворий засуджений та ув'язнений повинен перебувати та проходити лікування в лікарні, яка належним чином оснащена, та в якій працює персонал, який пройшов відповідну підготовку. Це може бути як громадська психіатрична лікарня, так і спеціальним чином обладнаний психіатричний заклад в пенітенціарній системі.

З етичної точки зору психічно хворих засуджених та ув'язнених слід госпіталізувати поза межі пенітенціарної системи в установи системи суспільної охорони здоров'я. З іншого боку можна стверджувати, що наявність психіатричного закладу в рамках пенітенціарної системи дозволяє здійснювати догляд за хворими в оптимальних умовах безпеки і підвищувати рівень ефективності роботи медичної та соціальної служб в цій системі.

Який би підхід не був обраний, кількість місць в такому психіатричному закладі має бути достатньою, тому що досить часто існує довготривалий період очікування перед переведенням пацієнта. Переведення пацієнта до психіатричної установи повинно розглядатися як предмет найвищої пріоритетності.

Засуджені та ув'язнені, які вважаються такими, що становлять небезпеку через серйозні психічні захворювання, не повинні розміщуватися в підрозділах з підвищеною безпекою замість психіатричної лікарні. Такі засуджені та ув'язнені повинні мати доступ, в умовах стаціонару, до лікування та відповідних терапевтичних заходів, які проводяться достатньою кількістю кваліфікованого персоналу для надання їм необхідної допомоги.⁶

2.2 Психіатричні відділення в пенітенціарній установі

Спеціалізовані психіатричні відділення в пенітенціарній установі як частина пенітенціарної служби охорони здоров'я можуть виконувати різні функції. Найбільш звичною функцією є лікування засуджених та ув'язнених із психічними захворюваннями, які перебувають там на тимчасовому лікуванні або в очікуванні переходу в державний лікувальний заклад. У рідкісних випадках психіатричні відділення пенітенціарної системи можуть використовуватися для утримування та лікування осіб, які були оголошені кримінально ненадійними, в основному, за відсутності безпечного приміщення за межами пенітенціарної системи. Нарешті, психіатричні відділення можуть використовуватися для розміщення осіб, які перебувають у попередньому ув'язненні, з метою оцінки їхнього психічного стану.

6. КЗК/Інф. (2008)33.

Нерідко трапляється, що через відсутність спеціалізованого психіатричного відділення у пенітенціарній системі, в ній влаштовані зони або рівні безпеки для більш вразливих засуджених та ув'язнених, у тому числі тих, які мають психічні розлади.

Загальні принципи лікування у психіатричному відділенні пенітенціарної установи

Лікування та утримання під вартою осіб, які підлягають розміщенню в психіатричній установі пенітенціарної системи, як засіб безпеки, повинні ґрунтуватися на лікуванні та реабілітації з урахуванням забезпечення необхідних засобів безпеки. Такий підхід повинен відображатися в умовах перебування та інших об'єктах, що пропонуються таким пацієнтам, а також в їхньому лікуванні та діяльності. Такі установи повинні мати відповідний кваліфікований медичний персонал, який здатен розвивати добрі стосунки з пацієнтами, вступаючи з ними у безпосередній контакт.⁷ Кадрові ресурси повинні відповідати необхідній кількості, професійним категоріям (психіатри, терапевти, медсестри, психологи, фахівці з трудотерапії, соціальні працівники тощо), досвіду і підготовці. Недоліки в кадрових ресурсах можуть призвести до ситуацій високого ризику для пацієнтів, незважаючи на добрі наміри і щирі зусилля персоналу.

КЗК неодноразово коментував умови перебування осіб, розміщених в психіатричних установах.⁸ Це також відноситься, зокрема, до психіатричних відділень пенітенціарної системи. Психіатричне відділення повинно задовольняти матеріальні умови, які сприяють лікуванню і благополуччю пацієнтів і, з точки зору психіатрії, позитивне терапевтичне середовище. Створення позитивного терапевтичного середовища передбачає, передусім, забезпечення достатньої житлової площі для одного пацієнта, а також електроенергії, опалювання, провітрювання, підтримання приміщення в задовільному відремонтованому стані та відповідних санітарних умов. Забезпечення належного розміщення пацієнтів на основі невеликих груп є визначальним фактором у збереженні гідності пацієнтів, а також є ключовим елементом у будь-якій політиці психологічної та соціальної реабілітації пацієнтів. Таке розміщення також полегшує розподіл пацієнтів на відповідні категорії для терапевтичних цілей. Санітарні приміщення повинні забезпечувати пацієнтам умови приватності. Крім того, належну увагу в цьому відношенні слід приділяти потребам пацієнтів похилого віку або інвалідів; наприклад, туалети, конструкція яких не дозволяє користувачам сідати, не підходять для таких пацієнтів. Так само, повинне бути доступним основне обладнання, що дозволяє медперсоналу забезпечити належний догляд (у тому числі особистої гігієни) за пацієнтами, прикутими до ліжка; відсутність такого обладнання може призвести до жалюгідних умов. Практика носіння пацієнтами піжам протягом всього часу, яка спостерігається в деяких психіатричних закладах, не сприяє зміцненню особистості і самоповаги; індивідуалізація одягу повинна бути частиною терапевтичного процесу.

7. КЗК/Інф. (2007)28.

8. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

Душевнхворим пацієнтам, у тому числі тим, які проходять судово-медичну експертизу, повинні – якщо дозволяє стан здоров'я – бути запропоновані, принаймні одну годину на день, прогулянки в досить просторій і безпечній обстановці, яка також повинна слугувати притулком від негоди.⁹

2.3 План лікування

Психіатричне лікування має ґрунтуватися на індивідуальному підході, який передбачає складання плану лікування для кожного пацієнта, із зазначенням мети лікування, терапевтичних засобів, що використовуються, і відповідального співробітника. План лікування повинен також містити результати регулярного обстеження стану психічного здоров'я пацієнта та виписаних лікарських препаратів. Пацієнти повинні долучатися до розробки своїх індивідуальних планів лікування і повинні бути проінформовані про свої успіхи.¹⁰

Важливо, щоб різні категорії співробітників, які працюють з психічнохворими пацієнтами, регулярно проводили зустрічі, щоб полегшити спільну роботу і обговорити необхідні зміни в плані лікування. Це дозволяє встановлювати та вирішувати щоденні проблеми та пропонувати методичні рекомендації.

Психіатричне лікування

Психіатричне лікування повинне включати широкий спектр терапевтичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, таких як доступ до відповідних лікарських препаратів та медичної допомоги. Процедури повинні бути узгоджені, щоб гарантувати, що виписані лікарські препарати належним чином забезпечуються і гарантувати регулярне постачання необхідних ліків. Рекомендується розробити можливі методи лікування, а також залучити пацієнтів, які проходять довготривалу реабілітацію, для того, щоб підготувати їх до самостійного життя або повернути до своїх родин. Трудотерапія повинна бути невід'ємною частиною програми реабілітації, яка надає мотивацію, розвиває навички до навчання та соціальні навички, надає можливість отримати конкретну спеціалізацію та підвищує самооцінку. Бажано також запропонувати пацієнтам отримати освіту та підхожу роботу.

Особливу увагу слід приділити забезпеченню безперервності лікування, яке включає в себе як медикаментозне лікування, так і широкий спектр реабілітаційних та лікувальних заходів. Таке лікування не може бути розпочате або зупинене в будь-який момент; переміщення психічно хворих осіб з одного середовища в інше з новим набором правил, і різке завершення лікування може легко завдати шкоди їхньому благополуччю.¹¹

9. КЗК/Інф. (2004)40, КЗК/Інф. (2012)4.

10. КЗК/Інф. (2007)15, КЗК/Інф. (2009)28, КЗК/Інф. (2009)38.

11. КЗК/Інф. (2006)26.

Примусове лікування

Примусове лікування засуджених та ув'язнених, які не підлягають кримінальній відповідальності, повинно включати широкий спектр терапевтичних, реабілітаційних та рекреаційних заходів, в тому числі відповідне медикаментозне лікування і медичний догляд. Лікування повинно бути направлено як на контролювання симптомів хвороби, так і на зниження ризику рецидиву. Слід також підкреслити, що проходження терапевтичних процедур особами, які проходять примусове психіатричне обстеження, не входить до процесу оцінки; а навпаки воно може полегшити збір цінної інформації для цієї мети.¹²

Психофармакотерапія

Використання медичних препаратів під час лікування психічних розладів є поширеним в стаціонарній і амбулаторній психіатрії. Більшість психотропних препаратів були розроблені для лікування депресії, тривожних розладів або психічних розладів, таких як шизофренія. Однак, деякі препарати, розроблені для інших цілей, були виявлені корисними під час психіатричного лікування. Прикладами можуть слугувати використання протисудомних ліків для лікування біполярних розладів або використання антипсихотичних препаратів для лікування проблем імпульс-контролю. Психофармакотерапія може використовуватися окремо або в поєднанні з психотерапією для лікування психічних розладів.¹³

Основні групи психотропних препаратів

Антипсихотичні препарати (нейролептики) допомагають в управлінні психотичними симптомами, такими як тривожне збудження, галюцинації (відчуття або бачення речей, яких не існує), марення (помилкові переконання) і дезорганізоване мислення. Антидепресанти лікують симптоми депресії та тривоги. Анксиолітичні препарати (транквілізатори) знижують рівень тривоги і хвилювання.

Крім того, деякі психостимулятори є корисними у лікуванні синдрому дефіциту уваги (СДУГ), а також є ліки, які використовуються для стабілізації коливання настрою (тимостабілізатори).

Загальні проблеми в психофармакотерапії

Психофармакологічне лікування часто є необхідною частиною лікування пацієнтів з психічними розладами. Повинні дотримуватися процедури для гарантування того, що будь-які призначені ліки належним чином видаються, що пацієнти приймають їх, а також гарантуються регулярні поставки відповідних медикаментів. Також необхідно пильно слідкувати за будь-якими ознаками зловживання препаратами.

12. КЗК/Інф. (2009)24.

13. Седок Б.Дж., Седок В. і Сассмен Н.: Кишеньковий довідник з психіатричного медикаментозного лікування Каплана та Седока, 4е видання, Філадельфія (2005).

Як і будь-яке інше лікування, психофармакологічне лікування психічних розладів має свої переваги та недоліки. Найбільш поширеними недоліками є такі:

- ▶ відсутність ефективності, що часто призводить до використання доз, що перевищують терапевтичні рекомендації,
- ▶ побічні ефекти від вживання препаратів, деякі з яких легко виявити (паркінсонізм, дистонія) – деякі побічні ефекти можна виявити за допомогою тесту (агранулоцитоз, гіперпролактинемія), опитування (сексуальна дисфункція) або ретельного обстеження вторинних симптомів (гірсутизм, метаболічний синдром),
- ▶ необхідність використання комбінації ліків, коли важлива взаємодія між різними препаратами: може бути як фармакокінетична взаємодія (зміни в поглинанні, зв'язки з білками, метаболізму або екскреції) і фармакодинамічна взаємодія.

2.4 Згода на лікування в психіатрії

Пацієнтам, які страждають на психічні захворювання, в принципі, повинне надаватися право вільної та свідомої згоди на лікування. Госпіталізація осіб до психіатричного відділення без їхньої згоди – в контексті цивільного та кримінального провадження – не звільняє персонал від обов'язку отримати від них свідому згоду на лікування.

Кожен компетентний пацієнт, добровільно чи примусово, повинен бути повністю проінформований стосовно лікування, яке буде йому надаватися, та повинен мати можливість відмовитися від лікування або від будь-якого іншого медичного втручання. Будь-яке відхилення від даного фундаментального принципу повинно ґрунтуватися тільки на чітко та суворо визначених виняткових обставинах.¹⁴

Згода на лікування може визначатися як вільна та свідомою, якщо вона ґрунтується на повній та точній інформації про стан здоров'я пацієнта та запропонованого лікування. Всім пацієнтам систематично повинна надаватися інформація стосовно їхнього стану здоров'я та виписаного лікування.

Застосування лікарських препаратів при необхідності (*pro re nata*, «якщо необхідно») повинно бути винятковим; лікарю негайно повідомляється, коли вводяться лікарські препарати у разі необхідності так, щоб він/вона перевірили умови, за яких вводився препарат.¹⁵

14. КЗК/Інф. (2008)29, КЗК/Інф. (2012)11, КЗК/Інф. (2007)40.

15. КЗК/Інф. (2012)34.

Використання засобів стримування в психіатричних відділеннях

Керівництво із застосування засобів стримування в психіатричних відділеннях можна знайти в основній частині 16 Генерального звіту КЗК.¹⁶ Душевнхворий (а, можливо, і неспокійний) пацієнт повинен проходити лікування під суворим наглядом лікаря та підтримкою сестринського персоналу в поєднанні, якщо доцільно, із застосуванням лікарських препаратів. Кожне психіатричне відділення повинне мати комплексну політику щодо засобів стримування психічно хворого. Важливим є участь як персоналу, так і керівництва у розробці політики стосовно цього питання. Така політика повинна надавати роз'яснення з приводу того, які засоби стримування можуть використовуватися, за яких обставин, практичні заходи їхнього застосування, необхідний нагляд за їхнім використанням і дії, які застосовуються при перериванні дії. Політика має також містити розділи з інших важливих питань, таких як навчання персоналу, політика розгляду скарг, механізми внутрішньої та зовнішньої звітності та підбиття підсумків.

Існують різні способи контролю за неспокійними пацієнтами, і вони можуть використовуватися окремо або в поєднанні:

- ▶ затінення, означає постійне перебування співробітника поряд із пацієнтом та, втручання в його/її діяльність у разі виникнення такої необхідності,
- ▶ ручний контроль,
- ▶ засоби механічного стримування, такі як ремені, гамівні сорочки або огорожені ліжка,
- ▶ засоби хімічного стримування (надання лікарських препаратів пацієнту проти його/її волі з метою контролю над поведінкою),
- ▶ ізоляція (примусове розміщення пацієнта одного в замкненій кімнаті).

Метод, обраний для конкретного пацієнта, повинен бути оптимальним з-поміж усіх можливих. Пацієнти можуть утримуватися тільки у випадках застосування крайнього заходу для того, щоб запобігти неминучій травмі або зменшити гостре збудження та/або прояви насильства. Застосування засобів стримування правильним шляхом та у відповідному середовищі вимагає від персоналу прямого, особистого та безперервного контролю. Кожен випадок звернення до засобів стримування повинен бути дозволений лікарем або невідкладно донесений до відома лікаря для того, щоб отримати схвалення для здійснення такого заходу.

¹⁶. КЗК/Інф. (2006)35.

Коли виникає екстрена ситуація внаслідок застосування засобів стримування, слід негайно звільнити пацієнта. В такому випадку не може бути виправдане застосування засобів стримування на довготривалий період часу (днів).

Після усунення засобів стримування, важливо провести дебрифінг щодо пацієнта. Це надає можливість пояснити обґрунтування заходів, скоротивши таким чином фізіологічну травму по відношенню до тієї ситуації, та відновити зв'язок між лікарем та пацієнтом. Обставини використання засобів стримування не повинні погіршити психічне і фізичне здоров'я утримуваного пацієнта.

Місце утримання пацієнта повинне бути належним чином оснащене для цієї мети. Воно повинне бути безпечним та мати необхідне освітлення та належне опалення, таким чином створюючи спокійні умови для перебування в ньому. Утримуваний пацієнт повинен бути належним чином одягнений і відокремлений від інших пацієнтів. Засоби стримування повинні застосовуватися професійно, щоб не завдати шкоди здоров'ю пацієнта або спричинити йому біль. Не повинні бути ушкоджені життєво важливі функції, такі як дихання, здатність до спілкування, приймання їжі та пиття. Якщо пацієнт може вкусити, смоктати або плювати, це має бути відвернене будь-яким іншим чином, крім як закривати рота.

Повинен вестися спеціальний реєстр для записування всіх випадків звернення до засобів стримування. Такий реєстр повинен вестися додатково до особистої медичної картки пацієнта. Записи в реєстрі повинні містити час початку та закінчення заходу, обставини справи, причин звернення до застосування засобів стримування, ім'я лікаря, який наказав чи погодив застосування засобів, та кількість тілесних ушкоджень пацієнтів або співробітників.

Скорочення кількості випадків звернень до застосування засобів стримування до можливого мінімуму вимагає зміни культури у відділенні. Роль керівництва у даному питанні є надзвичайно важливою. Доки керівництво не буде заохочувати своїх працівників та пропонувати їм альтернативні методи, наявна практика частого вдавання до засобів стримування, швидше за все, буде існувати й надалі.

Психіатрична допомога після виписки

Для осіб, які проходили психіатричне лікування, повинні вживатися кроки для їхнього подальшого лікування.¹⁷ Необхідно продовжувати лікування заступжених та ув'язнених, коли їх знову переводять до місць утримання під вартою.

¹⁷. КЗК/Інф. (98)12.

2.5 Попередження суїциду

Враховуючи високу захворюваність психічними розладами в пенітенціарних установах, служба охорони здоров'я пенітенціарної установи повинна враховувати питання психічної гігієни, в тому числі профілактики шкідливих психологічних впливів певних аспектів затримання. Всім добре відомо, що ефективна профілактика може скоротити ризик проявів психічних розладів.¹⁸

Організаційний підхід до питання попередження суїциду

Щоб запобігти суїцидальним випадкам, необхідно проведення заходів громадським сектором охорони здоров'я.¹⁹ У своєму 3-му Загальному звіті²⁰ КЗК надав декілька рекомендацій з цього приводу. Керівництво пенітенціарної установи, у тому числі керівник служби охорони здоров'я пенітенціарної установи, повинні забезпечувати обізнаність щодо запобігання випадків скоєння суїциду у всьому закладі і проведення відповідних процедур.

Необхідно докладати значних зусиль у напрямку попередження випадків суїциду шляхом надання опорного моніторингу та розвитку відносин довіри між засудженими та ув'язненими і персоналом. Повинні бути вжиті заходи, щоб гарантувати, що зусилля з попередження випадків суїциду належним чином скоординовані, зокрема, шляхом проведення регулярних та постійних зустрічей багатопрофільної бригади, а також належного внеску від штату фахівців, таких як психіатрів і педагогів.

У випадках високого рівня суїциду, повинні вводитися альтернативні профілактичні заходи, такі як збільшені і різноманітні види діяльності, можливості для об'єднання, контакти з зовнішнім світом, а також ефективне, міждисциплінарне лікування наркоманії.

Визначення ризику скоєння суїциду

Окрім медичного обстеження під час госпіталізації, процеси приймання пацієнтів та нічного чергування в цілому відіграють важливу роль. Виконані належним чином, вони можуть визначити принаймні деякі з тих, хто перебуває під ризиком вчинення шкоди собі, і полегшити почуття тривоги, що відчують усі новоприбулі засуджені та ув'язнені. Періоди до та після суду та, в деяких випадках, період перед звільненням, асоціюються з підвищеним ризиком скоєння суїциду.²¹

18. Профілактика психічних розладів: ефективні заходи та альтернативні варіанти політики. Звіт Всесвітньої організації охорони здоров'я, Департамент лікування психічних розладів і наркотичної залежності у співпраці з Дослідницьким центром з профілактики захворювань Університетів Неймегена та Маастрихтського університету, ВООЗ (2004).

19. Дії громадського сектору охорони здоров'я у попередженні випадків суїциду, ВООЗ (2012).

20. КЗК/Інф. (93)12.

21. КЗК/Інф. (2012)1.

Проходження навчання персоналом для визначення ризику скоєння суїциду

Попередження випадків скоєння суїциду, у тому числі визначення тих осіб, які перебувають в зоні ризику, не повинне покладатися лише на службу охорони здоров'я пенітенціарної установи. Весь персонал пенітенціарної установи, який контактує із засудженими та ув'язненими – і, зокрема, співробітники приймальних та госпіталізаційних відділень – повинні проходити навчання з виявлення ознак ризику скоєння суїциду.²²

Оцінка ризику скоєння суїциду

Для оцінки ризику скоєння суїциду (і самоушкодження) в пенітенціарній установі повинен бути введений стандартний алгоритм перевірки. Такий інструмент повинен, зокрема, забезпечити, щоб було належним чином враховано наркотичну та/або алкогольну залежність під час проведення перевірки, як фактору, який потенційно підвищує ризик скоєння суїциду.

Необхідно забезпечити інформування в повному обсязі всіх причетних до лікування засудженого чи ув'язненого щодо особи, яка перебуває під ризиком скоєння суїциду або самоушкодження, у тому числі коли він/вона переводяться до іншого закладу.

Поводження з особами, які мають схильності до скоєння суїциду

Особа, визначена як така, що має схильність до скоєння суїциду, повинна утримуватись настільки довго, як це необхідно, під спеціальною схемою спостереження. Крім того, такі особи не повинні мати вільного доступу до засобів скоєння суїциду (віконні решітки, розбите скло, реміні чи краватки). Всі особи, які становлять ризик скоєння суїциду, повинні відвідувати консультації, отримувати підтримку та відповідну допомогу.

Засуджений та ув'язнений, який виявляє жакливі ознаки суїцидальної (або агресивної) поведінки, повинен бути негайно переведений до відповідного психіатричного відділення. Якщо особа залишається у пенітенціарній установі, лікування та догляд повинні проводитися під контролем медичного персоналу та підлягати регулярним медичним відвідуванням та подальшій діяльності.²³

22. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

23. КЗК/Інф. (2011)5.

2.6 Інші проблеми психічних захворювань в пенітенціарній установі

Засуджені та ув'язнені, схильні до самоушкодження

Дії самоушкодження часто відображають проблеми та умови фізіологічної і психіатричної природи та повинні розглядатися скоріше з терапевтичної, аніж каральної точки зору. Ізоляція відповідних засуджених та ув'язнених (навіть якщо це не вважається дисциплінарним заходом), швидше за все, ускладнить їхні психологічні або психіатричні проблеми. Всі випадки самоушкоджень повинні пройти медичну оцінку, одразу ж після скоєння інциденту, щоб оцінити ступінь ураження та оцінку психологічного стану засудженого чи ув'язненого.²⁴

Лікування осіб, які оголосили голодування в пенітенціарній установі

Лікування осіб, які оголосили голодування в пенітенціарній установі, є суперечливим питанням. Як Рекомендація N R (1998) 7 КМ щодо етичних та організаційних аспектів охорони здоров'я в пенітенціарній установі, так і Декларації ВМА про ставлення лікарів до осіб, які оголосили голодування, прийнятої в Мальті в 1991 році, залишають за лікарем право вибору діяти на власний розсуд в ситуації, коли голодування стає небезпечним для життя засудженого чи ув'язненого.²⁵ Протиріччя між обов'язком забезпечити право засудженого та ув'язненого на життя і повагою до автономії окремих потреб, підлягають розгляду відповідно до медичної етики, а також до законодавства конкретної країни. Європейський суд з прав людини у своєму рішенні X проти Німеччини встановив, що коли затримана особа підтримує голодування, це може неминуче призвести до виникнення конфлікту між особистим правом на фізичну недоторканність і зобов'язанням договірної сторони відповідно до статті 2 Конвенції – конфлікт, який не вирішує власне Конвенція.²⁶ Однак, Суд визначив, що ситуація, коли повторне примусове годування не викликане наявними медичними причинами, а скоріш навпаки виконується, щоб змусити заявника зупинити протест, і в такий спосіб, який не виправдано завдає засудженому та ув'язненому сильного фізичного болю та приниження, прирівнюється до катувань.²⁷

КЗК визначило це питання в одному зі своїх звітів після візиту до країни.²⁸ Державні органи зобов'язані піклуватися про затриманих осіб. Такий обов'язок передбачає захист їхнього права на життя, в тому числі запобігання скоєнню суїциду і будь-якого іншого акту зацікавленою особою,

24. КЗК/Інф. (2009)35.

25. КМ: Етичні та організаційні аспекти охорони здоров'я в пенітенціарній установі. Рекомендація N R (1998) 7; ВМА: Декларація про ставлення лікарів до осіб, які оголосили голодування, прийнятої в Мальті (2006).

26. Справа X проти Німеччини (1984) 7 Звіти ЄСПЛ 152.

27. Чорап проти Молдови 12066/02, Невмержичкий проти України 54825/00.

28. КЗК/Інф. (2007)10.

що може заподіяти смерть або непоправні фізичні ушкодження. Таким чином, рішення нагодувати засудженого чи ув'язненого, який оголосив голодування, проти його волі, в принципі може бути виправдане тим, щоб уберегти його/її від непоправної фізичної шкоди або смерті. З іншого боку, більша частина національного європейського законодавства, а також відповідних міжнародних кодексів медичної етики, сьогодні пропонують, що компетентний дорослий може відмовитися від отримання медичного лікування, навіть якщо воно може врятувати його життя. Отже, органи, залучені до управління голодуванням засудженого чи ув'язненого, часто можуть зіткнутися з двома потенційно конфліктуючими цінностями: їхній обов'язок дбати про захист життя і права засудженого чи ув'язненого на фізичну недоторканність (у тому числі, право відмовитися від лікування, приписаного йому).

Рекомендація N R (1998) 7 КМ визначає основні принципи вирішення питання голодування.

- ▶ Особам, які оголосили голодування, слід надати об'єктивні роз'яснення з приводу шкідливих наслідків їхніх дій на їхній фізичний стан таким чином, щоб вони зрозуміли небезпеку від тривалого голодування.
- ▶ Клінічна оцінка особи, яка оголосила голодування, повинна здійснюватися тільки зі спеціального дозволу особи, якщо тільки він або вона не страждають від серйозних психічних розладів, що вимагає переведення до психіатричної установи.
- ▶ Якщо, на думку лікаря, стан здоров'я особи, що голодує, значно погіршився, важливо, щоб лікар сповістив про це відповідні органи та вжив заходи відповідно до чинного законодавства країни та професійних норм.

Декларації ВМА про ставлення лікарів до осіб, які оголосили голодування, більш детально розглядає це питання. Заявивши, що справжнє і тривале голодування викликає ризики загибелі або постійне пошкодження для голодуючих, вона також визначає той факт, що голодуючі, як правило, не бажать собі смерті, але деякі з них можуть бути готові до цього, щоб досягти своїх цілей. ВМА надає чіткі вказівки лікарям, як діяти у випадку голодування.

- ▶ Лікарі повинні оцінити психічний стан здоров'я особи. Це включає в себе перевірку особи, яка має намір голодувати, на предмет психічних порушень, які можуть серйозно підірвати здатність людини приймати рішення щодо охорони здоров'я. Особи із серйозними психічними відхиленнями не можуть вважатися голодуючими. Їм необхідно надати допомогу з огляду на їхні психічні розлади, а не дозволяти голодувати у спосіб, який може зашкодити їхньому здоров'ю.

- ▶ Лікарі якомога раніше повинні отримати детальну та точну медичну історію особи, яка збирається голодувати. Особі необхідно пояснити про медичні наслідки будь-яких існуючих умов. Лікарі повинні переконатися, що голодуючі розуміють потенційні наслідки для їхнього здоров'я від голодування, і попередити їх простою мовою наведення недоліків. Лікарі також повинні пояснити, як скоротити або не завдати шкоди здоров'ю, наприклад, збільшуючи споживання рідини. Оскільки рішення особи щодо голодування може бути переломним, критичним є забезпечення повного розуміння пацієнтом медичних наслідків голодування. Відповідно до апробованого досвіду для отримання свідомої згоди пацієнта в сфері охорони здоров'я лікар повинен переконатися, що пацієнт розуміє отриману інформацію, попросивши пацієнта повторити ще раз те, що він зрозумів.
- ▶ На початку голодування повинно бути проведене ретельне вивчення особи, яка оголосила голодування. Контроль за виникненням майбутніх симптомів, включно з тими, що не мають відношення до голодування, повинні бути обговорені з особою, яка оголосила голодування. Крім того, повинні бути відзначені особисті цінності та побажання особи щодо медичного лікування у разі тривалого голодування.
- ▶ Іноді особи, які оголосили голодування, приймають внутрішньовенне переливання сольового розчину або інші форми лікування. Відмова прийняти конкретні медичні втручання не повинна впливати на інший аспект медичної допомоги, такої як лікування інфекцій або болю.
- ▶ Лікарі повинні поговорити з особою, яка оголосила голодування, в приватній обстановці так, щоб не могли почути інші люди, у тому числі інші затримані. Важливим є зрозумілість спілкування і, в разі необхідності, повинні бути присутні перекладачі, які не мають відношення до органів влади, що здійснюють утримання під вартою, і вони також повинні дотримуватися конфіденційності.
- ▶ Лікарі повинні упевнитися, що відмова від їжі або лікування є добровільним вибором особи. Особи, які оголосили голодування, повинні бути захищені від примусу. Лікарі часто можуть сприяти досягненню цієї мети і повинні бути в курсі, що примус може поступати від однолітків, органів влади або інших осіб, таких як членів родини. Лікарі чи інші медичні працівники не повинні застосовувати надмірний тиск будь-якого роду на особу, яка оголосила голодування, для припинення голодування. Лікування або догляд за особою, яка оголосила голодування, не повинні обумовлюватися призупинення голодування.

- ▶ Якщо лікар не в змозі, через доводи розуму, дотримуватися відмови особи, яка оголосила голодування, від лікування або штучного годування, лікар повинен прояснити це з самого початку, і направити особу, яка оголосила голодування, до іншого лікаря, який готовий дотримуватися відмови особи, яка оголосила голодування.
- ▶ Важливим є підтримання постійного зв'язку між лікарем та особою, яка оголосила голодування. Лікарі повинні щоденно з'ясовувати, чи бажають особи, які оголосили голодування, продовжувати голодувати, і що вони хотіли би, щоб було зроблено, коли вони більше не в змозі будуть предметно спілкуватися. Це має бути належним чином записано.
- ▶ Коли лікар береться за справу, особа, яка оголосила голодування, вже може втратити розумові здібності і тому не має можливості обговорити індивідуальні побажання стосовно медичного втручання для збереження життя. Повинні розглядатися всі попередні побажання особи, яка оголосила голодування. Беруться до уваги вимоги попередніх відмов від лікування, якщо вони відображають добровільну згоду компетентної особи, яка оголосила голодування. У місцях позбавлення волі, необхідно враховувати можливість отримання попередньої згоди під тиском. Там, де лікар має серйозні сумніви стосовно наміру пацієнта, слід ставитися з особливою обережністю до будь-яких вказівок пацієнта. Навіть якщо попередні вказівки зроблені свідомо та добровільно, однак, ними можна знехтувати, тільки якщо вони втратили свою силу унаслідок виникнення ситуації, в якій прийняте рішення було радикально змінено, оскільки особа перестала вести себе адекватно.
- ▶ Якщо не можливо провести обговорень з пацієнтом, і не було отримано попередніх вказівок від нього, лікарі повинні діяти на свій власний розсуд в інтересах пацієнта. Це означає врахування попередніх побажань осіб, які оголосили голодування, їхніх особистих та культурних вподобань, а також їхнього фізичного стану здоров'я. Якщо попередньо не було висловлено жодних побажань особами, які оголосили голодування, лікарі повинні вирішити, чи проводити годування, без втручання третіх сторін.
- ▶ Лікарі можуть вважати виправданим діяти супроти попередньо отриманих вказівок пацієнта, які відхиляли проведення лікування, наприклад через те, що відмова була висловлена тиском на пацієнта. Якщо, після реанімаційних заходів і відновлення розумових здібностей, особи, які оголосили голодування, продовжують заявляти про свої наміри голодувати, таке рішення має бути враховане. Етичним вважається дозволити особі, яка оголосила голодування, померти з гідністю, аніж нав'язувати особі повторні втручання проти її волі.

- ▶ Штучне годування може бути етично доречним, якщо компетентні особи, які оголосили голодування, погодилися на це. Воно також доречно, якщо некомпетентні особи не залишили попередніх вказівок на відмову від цього.
- ▶ Примусове годування ніколи не було етично прийнятним. Навіть якщо з добрими намірами, годування, яке супроводжується погрозами, примусом, силою або застосуванням фізичних обмежень є формою нелюдського і такого, що принижує гідність, поводження. Настільки ж неприйнятним є примусове годування деяких затриманих з метою злякати чи примусити інших осіб, які оголосили голодування, зупинити голодування.

Як бачимо, ВМА вважає примусове годування неприйнятним з етичної точки зору. Тут присутній конфлікт цінностей між обов'язком лікування задля врятування життя та права на фізичну недоторканність. Однак лікарі повинні не допускати дій, які можуть прирівнюватися до катувань чи нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження.

Якщо все ж таки було прийняте рішення про примусове годування особи, яка оголосила голодування, таке рішення має прийматися на основі медичної необхідності і повинно проводитися у відповідних умовах, які відображають медичну природу заходу. Процес приймання рішень повинен відповідати встановленій процедурі, яка передбачає достатню безпеку, у тому числі незалежного прийняття рішень. Психіатрична оцінка психічного стану здоров'я засудженого чи ув'язненого, який оголосив голодування, може бути корисною у визначенні тих випадків, коли причини відмови від харчування мають психіатричну природу. Крім того, психіатричні обстеження протягом всього періоду голодування можуть стати у нагоді медичній бригаді у виявленні будь-якого погіршення психічного стану, яке може вплинути на усвідомлений вибір щодо життя і здоров'я. Юридичні процедури повинні бути доступні, і всі аспекти реалізації рішення повинні належним чином контролюватися. Методи, які використовуються при примусовому годуванні, не обов'язково мають бути болісними і повинні застосовуватися професійно та із застосуванням мінімальної сили. Примусове годування повинно якомога менше порушувати фізичну недоторканність особи, яка оголосила голодування.

Лікування сексуальних злочинців в пенітенціарній установі

Лікування хворих, які страждають на парафілію, незалежно від застосовуваного методу лікування, завжди супроводжувалося клінічними та етичними дилемами. Основні етичні питання, що стосуються сексуальних злочинців, у тому числі сексуальних відхилень, можуть відображати необхідність в

забезпеченні громадської безпеки і навіть професійної орієнтації по відношенню до покарання, а не лікування, навіть якщо лікування є доцільним та ефективним.²⁹

КЗК розглянув дане питання у декількох своїх звітах.³⁰ Його рекомендації можна узагальнити наступним чином.

- ▶ Заходи, вжиті для боротьби з рецидивною злочинністю, ніколи не повинні ґрунтуватися тільки на ефективності. Вузкий фокус на зниженні рівня рецидивної злочинності може прокласти шлях до серйозних порушень прав людини. Існують різні варіанти лікування, які ґрунтуються на психотерапії (у тому числі групової терапії), фармакотерапії (у тому числі з використанням анти-андрогенів) або комбінації цих двох варіантів;
- ▶ Перед початком лікування повинна бути надана вільна та свідомо письмова згода пацієнта перед початком фармакотерапії (у тому числі з використанням анти-андрогенів), що дозволяє відхилити згоду в будь-який час. Засудженому чи ув'язненому, про якого йде мова, має бути надане детальне пояснення (у тому числі в письмовій формі) про мету і можливі несприятливі наслідки лікування, а також про наслідки відмови пройти таке лікування. Ув'язненому, про якого йде мова, слід детально пояснити (у тому числі письмово) про мету та можливі наслідки лікування, а також наслідки відмови від лікування.

Анти-андрогенна терапія повинна завжди ґрунтуватися на проведенні ретельного психіатричного та медичного обстеження особи, і така терапія повинна проводитися на цілковито добровільній основі. Необхідно розробити комплексну та детальну процедуру, у тому числі додаткові гарантії: критерії включення і виключення для такого лікування; медичні обстеження до, під час та після лікування; можливість отримання зовнішньої консультації, в тому числі незалежної другорядної думки; та регулярна оцінка лікування незалежним медичним закладом. Анти-андрогенна терапія повинна проводитися у поєднанні з психотерапією та іншими формами консультування з метою подальшого зниження ризику рецидиву. Крім того, анти-андрогенна терапія не повинна бути загальною умовою для звільнення сексуальних злочинців, але повинна застосовуватися до відібраних кандидатів, ґрунтуючись на індивідуальних оцінках.

Хірургічна кастрація є втручанням, яке має незворотні фізичні наслідки та прямі або непрямі наслідки для психічного стану здоров'я. Крім того, не має гарантій того, що очікуваний результат (зниження рівня тестостерону) буде

29. Боуден П., «Лікування: застосування, зловживання і згода». Злочинна поведінка і психічний стан здоров'я 1 (1991), 130-41; Берлін Ф., «Лікування сексуальних злочинців та законодавство». Журнал Американської академії психіатрії та законодавства 31 (2003), 510-13; Вард Т., Геннон Т.А. і Біргден А., «Права людини та лікування сексуальних злочинців». Сексуальне домагання 19/3 (2007), 195-204; Елгер Б.С., «Дослідження за участі засуджених та ув'язнених: консенсус і розбіжності в міжнародному та європейському законодавстві». Біоетика 22 (2008), 224-38.

30. КЗК/Інф. (2009)8; (2011)20.

продовжуватися. Законна мета зниження рівня рецидивної злочинності повинна бути врівноважена до етичних міркувань, пов'язаних з фундаментальними правами людини.³¹ Хірургічна кастрація більше не вважається загальноприйнятим медичним втручанням в лікуванні сексуальних злочинців. Незворотні медичні втручання не повинні застосовуватися до засуджених та ув'язнених або до інших затриманих осіб, якщо на те немає чіткої медичної необхідності.

2.7 Подвійний діагноз в пенітенціарних установах

За підрахунками, 3-11% засуджених та ув'язнених мають психічні розлади здоров'я (такі як психічний чи афективний розлад), які з'являються разом з розладами, пов'язаними із зловживанням психотропними речовинами.³²

Термін «подвійний діагноз» охоплює широкий спектр проблем, у яких спільні психічні розлади та наркозалежність. Подвійний діагноз може мати різні значення в різних медичних послугах, але є такі чотири найпоширеніші комбінації:

- ▶ первинна проблема із психічним станом здоров'я, яка призводить до використання речовин (наприклад, ті, хто страждають від шизофренії, вважають, що вживання героїну скорочує деякі симптоми),
- ▶ наркозалежність та/або абстиненція, що призводять до виникнення психіатричних симптомів чи захворювання (поява депресії після детоксикації, безсоння та поганого настрою),
- ▶ психіатрична проблема, яка погіршується через наркотичну залежність (людина, яка відчуває страх небезпеки від інших, вживає канабіс, щоб розслабитися, але вважає, що через канабіс може зрости параноя, що призводить до зростання психозу),
- ▶ наркотична залежність та проблеми із психічним станом здоров'я, які, здається, не пов'язані один з одним (ті, хто мають тривалі проблеми стривоженості, які і не зменшуються, і не погіршуються з використанням наркотиків або алкоголю).

Під час перебування в пенітенціарній установі, де немає вільного доступу до незаконних наркотичних препаратів, психічний стан пацієнта може бути стабільний. З іншого боку, середовище з відносно низьким рівнем стимулювання, таке як пенітенціарна установа, в подальшому може маскувати існуючі проблеми із психічним станом здоров'я засуджених та ув'язнених. Навіть низький чи середній рівень вживання наркотиків (відносно невелике

31. Александер М., Ганн Дж., Кук Д.А.Г., Тейлор П.Дж. і Фінч Дж., «Чи повинна застосовуватися хірургічна кастрація до сексуально ного злочинця?» Британський медичний журнал 307 (1993), 790-93.

32. Еденс Дж.Ф., Петерс Р.Г. і Хіллс Г.А., «Лікування засуджених та ув'язнених з супутніми розладами: інтегративний огляд наявних програм». Біхевіоризм та закон 15/4 (1997), 439-57.

і нечасте вживання наркотиків, таких як канабіс або амфетамін), що не є проблематичним для більшості наркоманів, може мати згубні наслідки для осіб з серйозними проблемами психічного здоров'я. Необхідно провести різні медичні втручання для боротьби з алкогольною і наркотичною залежністю, а також залежністю від опіатів, а також запобігти рецидивам виникнення проблем вживання алкоголю або наркотиків після звільнення.³³

- ▶ Пацієнти, залежні від опіатів, які прибувають до пенітенціарної установи з серйозними психічними проблемами, повинні бути стабілізовані – а не детоксиковані – на мінімальний період в два тижні. Слід уникати швидкої детоксикації.
- ▶ Відміна бензодіазепіну може викликати появу симптомів психозу; пацієнти з попереднім психічним розладом можуть бути більш уразливі до такого ефекту. Вважається, що період стабілізації може знадобитися до будь-якого подальшого зниження дози діазепаму. Тривога і самоушкодження можуть виникнути в результаті вилучення бензодіазепінів; може бути знову виявлена стабілізація з подальшим уповільненням.
- ▶ Відмова від стимуляторів може призвести до короткої, але іноді глибокої депресії. Фізіологічна адаптація центральної нервової системи до змін хімічного середовища може зайняти від одного тижня до кількох місяців. Протягом цього періоду підвищується ризик скоєння суїциду або самоушкодження засудженим та ув'язненим. Крім того, використання стимуляторів може призвести до транзитного психозу («амфетамінового психозу»). Припинення вживання стимуляторів, сон і харчування, як правило, вирішують дану проблему. Важливо також зазначити, що вживання стимуляторів є спільним явищем серед тих, хто страждає від хронічної нудьги або високого порогу відчуття, який є спільним у людей з розладом особистості, зокрема граничний стан або антисоціальний розлад особистості. Таким чином, виявлення основного розладу особистості буде мати важливе значення для планування лікування.

Необхідно уважно розглянути питання направлення пацієнтів з подвійним діагнозом на групову терапію. Велика кількість людей з серйозними психологічними розладами мали негативний травматичний досвід в дитинстві або нещодавньому минулому. І, швидше за все, у них є проблеми із перебуванням у соціальному середовищі. Це, зокрема, стосується тих, хто має розлад особистості. Таким чином, проведення ретельної і повної оцінки, а також психологічне формулювання має важливе значення для прийняття рішень про проходження групової чи індивідуальної терапії.

33. Посібник для управління подвійним діагнозом в пенітенціарних установах. Департамент охорони здоров'я, Лондон (2009).

2.8 Засуджені та ув'язнені з розладом особистості

Термін «розлад особистості» в основному вживається для опису проблемних шляхів впоратися з повсякденним життям та із самим собою, а також іншими людьми і світом в цілому. Вважається, що розлад особистості є результатом взаємодії між генетичними й навколишніми факторами та порушеним раннім розвитком.

Розлад особистості є поширеною проблемою в суспільстві. Епідеміологічні підрахунки пропонують, що 5-13% людей мають проблеми, що відповідають діагностичним критеріям розладу особистості. Епідеміологічні дослідження також визначають, що 20-50% людей з діагнозом розладу особистості зловживають психотропними речовинами та 5-30% людей, щодо яких є дані в наркотичних закладах, було поставлено діагноз розладу особистості.

Серед пацієнтів пенітенціарної служби охорони здоров'я завжди буде певна кількість невірноважених, маргінальних особистостей, які мають в своєму арсеналі сімейні травми, довготривалу наркозалежність, конфлікти з владою або інші соціальні негаразди. Вони можуть бути жорстокими, суїцидально налаштованими або характеризуватися неприйнятною сексуальною поведінкою, і більшість часу нездатні контролювати себе або піклуватися про себе. Статистика щодо пенітенціарних установ показує, що 50-78% засудженим та ув'язненим було встановлено діагноз розладу особистості.³⁴ Засуджені та ув'язнені з розладом особистості представляють певну складність. Для відносно невеликого числа, в найбільш важких формах, воно відноситься до серйозного ризику заподіяння шкоди для себе і для інших. Такі злочинці мають дуже складні психологічні потреби, які створюють проблеми з точки зору управління, обробки та підтримки безпечного робочого середовища.

Спеціалізовані підрозділи продемонстрували здатність керувати найскладнішими правопорушниками безпечно і конструктивно, а також забезпечувати високоякісні терапевтичні підходи; результати показують рівень значного зниження судових рішень і актів насильства. Були розроблені керівні принципи для лікування та управління розладами особистості,³⁵ які є корисними в плануванні послуги для цих категорій засуджених та ув'язнених. У центрі уваги повинно бути зниження рівня проявів злочинної поведінки, насильства, агресії та наркоманії.

34. Коїд Дж. і Янг М., «Поширеність і кореляти розладів особистості у Великобританії». Британський журнал психіатрії 188 (2006), 423-31; Лайнхан М., Шмідт Г. та інші, «Діалектична поведінкова терапія для пацієнтів з граничним розладом особистості та наркотичної залежності». Американський журнал наркології 8/4 (1999), 279-92; Нейс І., Девіс С. і Гаспарі Дж., «Вісь II супутні захворювання у наркозалежних». Американський журнал психіатрії 148 (1991), 118-20; Сінгльтон Н., Мельтзер Г. та інші, Дослідження психічних розладів серед ув'язнених в Англії та Уельсі. Національне статистичне управління Великобританії, Лондон (1998).

35. Клінічні рекомендації NICE: Антисоціальний розлад особистості: лікування, управління та попередження. NHS (Національна система охорони здоров'я Британії) (2009); Клінічні рекомендації NICE: Граничний розлад особистості: посібник з лікування та управління NICE. Британське психологічне суспільство/ Королівська колегія психіатрів (2009).

Особи з психопатичними розладами, а також ті, які відповідають критеріям небезпечного і важкого розладу особистості, представляють невелику частину людей з антисоціальними розладами особистості. Однак, вони представляють дуже високий ризик заподіяння шкоди іншим і потребують значної кількості соціальних послуг. Когнітивні та поведінкові втручання, наприклад, може зосередитися на зниженні рівня проявів злочинної та іншої антисоціальної поведінки. Такі заходи повинні бути адаптовані до цієї групи шляхом поєднання одночасно індивідуальних та групових занять та повинно бути більш тривалим і підтримуватися подальшою діяльністю і проведенням ретельного моніторингу.

Фармакологічні втручання не повинні застосовуватися регулярно для лікування розладів особистості чи відповідної поведінки агресії, гніву й імпульсивності. Однак можуть бути необхідними фармакологічні втручання, які застосовуються при супутніх психічних розладах, зокрема депресії і тривоги. На початку лікування супутніх психічних розладів, особливу увагу слід приділити питанням дотримання та ризиків зловживання і передозування.

Лікування будь-яких супутніх розладів має першочергове значення і має проводитися незалежно від того, чи проходить особа лікування розладу особистості, оскільки ефективне лікування супутніх розладів може знизити ризик, пов'язаний з психопатією або небезпечним і важким розладом особистості.

Персонал, який працює з людьми з антисоціальними розладами особистості, повинен розуміти, що позитивний та результативний підхід, швидше за все, буде успішнішим, аніж каральний підхід, який передбачає насильницьке лікування пацієнтів. Персонал повинен розробляти такі варіанти лікування, щоб створити атмосферу надії та оптимізму, пояснюючи при цьому, що одужання можливе і неодмінно станеться. Вони мають будувати відносини довіри, роботи у відкритому, неупередженому середовищі, та бути надійними і вірними. Персонал, який працює з такими пацієнтами, повинен пройти належну підготовку, отримати підтримку і керівництво, переважно з-за меж установи. Це допомагає впоратися з емоційною напругою і запобігти перевтомленню персоналу.

Розділ 3

Попередження розповсюдження ВІЛ/СНІД та гепатиту В/С у пенітенціарних установах

3.1 Епідеміологічний фон

У той час як на світовому рівні впродовж останнього десятиліття спостерігався спад поширеності інфікування ВІЛ і смертей від СНІД, у Східній Європі та Центральній Азії за той самий час кількість випадків інфікування ВІЛ та смертей від СНІД зростає більше ніж на 25%. Кількість ВІЛ-інфікованих у цьому регіоні збільшилась утричі, при цьому рухомим фактором епідемії виступають переважно наркозалежні: як мінімум, одна четверта від 3,7 мільйонів людей у цьому регіоні, які за припущенням вживають наркотики, є ВІЛ-інфікованими.¹ Частка носіїв гепатиту С серед осіб, що вживають наркотики шляхом ін'єкції, за останніми повідомленнями складає 40-90%.²

Зростання кількості засуджених та ув'язнених у багатьох країнах значною мірою пояснюється посиленням правоохоронних заходів проти постачання, зберігання та вживання заборонених наркотиків і супроводжується зростанням кількості наркозалежних засуджених та ув'язнених. До 30% засуджених та ув'язнених у минулому вводили наркотичні речовини. Саме з цієї причини поширеність захворювань на ВІЛ та гепатит С і В серед засуджених та ув'язнених до 30 разів вища, ніж серед людей, які живуть у суспільстві. Тому з ряду причин пенітенціарні установи необхідно розглядати як епідеміологічні епіцентри таких парентеральних інфекцій, які передаються гемоконтактним і/або статевим шляхом.

- ▶ В пенітенціарних установах спостерігається висока концентрація осіб із поведінкою, що підвищує ризик інфікування через внутрішньовенне вживання наркотиків, спільне використання засобів для ін'єкцій, татування інструментами спільного користування і незахищений нерозбірливий секс. Головною причиною епідемії ВІЛ у пенітенціарних установах є внутрішньовенне вживання наркотиків, проте було б помилковим виключити можливість передачі статевим шляхом.

1. ЮНЕЙДС: Доповідь на тему глобальної епідемії СНІД 2010 (листопад 2010).

2. EMCDDA (Центр ЄС з питань наркотиків та наркотичної залежності).

- ▶ Така поведінка у пенітенціарних установах продовжується, відновлюється або починається, часто за більш ризикованих умов, ніж у суспільстві, тому випадки передачі та навіть епідемії продовжують виникати, як і виникали раніше.
- ▶ Заходи з попередження та зменшення шкоди важко впроваджувати у пенітенціарних установах, а часто вони є взагалі недоступними.³
- ▶ Доступ до діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на зменшення випадків інфікування вірусом серед засуджених та ув'язнених, є часто недостатнім, менш доступним, ніж у суспільстві, або недоступним узагалі.
- ▶ Звільнені засуджені та ув'язнені, що були інфіковані під час ув'язнення, можуть часто, не знаючи про це, передавати захворювання членам суспільства. Високий ступінь мобільності між пенітенціарною установою і суспільним оточенням, типовим для засуджених та ув'язнених наркозалежних, які в основному відбувають короткі, повторювані терміни, підвищує ризик для суспільного здоров'я.

3.2 Міжнародні документи

Неспроможність надати засудженим та ув'язненим доступ до необхідних профілактичних та лікувальних засобів, еквівалентних доступним у суспільстві, є порушенням права засуджених та ув'язнених на здоров'я і йде всупереч міжнародному праву, а саме Міжнародному пакту про економічні, соціальні та культурні права та Європейській соціальній хартії.⁴ Низка рекомендацій, правил, декларацій та резолюцій Ради Європи та інших міжнародних рад підкреслюють обов'язок керівництва пенітенціарної установи забезпечити профілактичні заходи із охорони здоров'я, особливо проти поширення епідемій ВІЛ та гепатиту С у пенітенціарній установі.⁵

3. Юргенс Р., Новак М., Дей М.: «СНІД та ув'язнення: пенітенціарні установи та утримання під арештом». Вісник Міжнародної ВІЛ-спільноти 14:26 (2011); ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: Інтервенції на адресу СНІД у пенітенціарних установах: повний огляд. Стаття із підставами до дій (Женева 2007); ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: Ефективність інтервенцій на адресу СНІД у пенітенціарних установах. Стаття із підставами до дій (Женева 2007); ВООЗ Європа: Основні вказівки щодо СНІД у пенітенціарних установах www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons.

4. Стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права; Стаття 11 Європейської соціальної хартії.

5. ВООЗ Європа: Основні вказівки щодо СНІД у пенітенціарних установах www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons; КМ: Пенітенціарний і кримінологічний аспекти контролю над трансмісивними захворюваннями, у тому числі СНІД та пов'язаними проблемами зі здоров'ям у пенітенціарній установі. Рекомендація R (1993) 6; КМ: Етичний та організаційний аспекти охорони здоров'я у пенітенціарній установі. Рекомендація R (1998) 7; Норми КЗК 2002 (зміни 2011); ЮНЕЙДС/УНЗ ООН/ВООЗ: Попередження ВІЛ/СНІД, догляд, лікування і підтримка в умовах пенітенціарної установи: основа для ефективної національної відповіді (Нью-Йорк 2006); ВООЗ Європа: Рекомендація ВООЗ щодо інфікування ВІЛ та СНІД у пенітенціарних установах (Женева 1993); Меллер Л. та ін. Здоров'я у пенітенціарних установах: посібник ВООЗ щодо основ охорони здоров'я у пенітенціарних установах (Женева 2007); Міжнародна пенітенціарна реформа: Дублінська Декларація з проблеми ВІЛ/СНІД у пенітенціарних установах Європи і Центральної Азії (Дублін 2004); Всесвітня медична асоціація; Декларація про умови у пенітенціарних установах Единбургу і поширення туберкульозу та інших інфекційних захворювань (Единбург 2000, зміни Монтевідео 2011); УНЗ ООН: Попередження ВІЛ і охорона здоров'я у пенітенціарних установах та інших закритих умовах: повний комплекс інтервенцій, Аналітична записка (Відень 2012).

У ході останніх візитів до країн КЗК виявив різку нестачу превентивних заходів проти поширення ВІЛ/СНІД та гепатиту С.⁶ Превентивні заходи проти поширення ВІЛ/СНІД та гепатиту В/С в пенітенціарній установі можна об'єднати у чотири кроки: покращення відношення та знань, скорочення постачання наркотиків та попиту на них, зниження шкоди та медичні заходи.

3.3 Покращення відношення та знань

Прийняття табу-реалій

Керівництво пенітенціарних установ та політики у всьому світі не бажають прийняти і визнати факт наявності наркотиків, наркозалежності і сексуальної активності у пенітенціарних установах із остраху, що громадська думка покладе відповідальність на них. Проте, поки ці явища залишаються забороненою темою, буде складно, навіть неможливо, запровадити належні заходи проти передачі вірусів у пенітенціарній установі. Політикам та суспільству необхідно зрозуміти, що запобігання поширенню ВІЛ, гепатиту С та інших інфекцій у пенітенціарних установах, є важливим не лише для здоров'я засуджених та ув'язнених, що само по собі не є політичною проблемою великого значення, але й для загального суспільного здоров'я. Молдовська модель обміну голок/шприців у пенітенціарній установі, вражаючий і винятковий приклад вдалої практики із запобігання поширенню зазначених інфекцій, стала можливою, лише коли влада, а пізніше і суспільство, прийняли ці явища. Це гарний приклад ефективної політики, необхідної для впровадження нових стратегій.⁷

Альтернативи ув'язненню

Вичерпання усіх можливих альтернатив до ув'язнення наркозалежних правопорушників є, мабуть, найбільш ефективною стратегією із попередження поширення у пенітенціарній установі інфекцій, що передаються парентеральним шляхом. Способи покарання за вживання заборонених наркотиків та зберігання заборонених наркотиків для особистого вжитку суттєво відрізняються відповідно до країни. Враховуючи високий ризик передачі інфекції, необхідно прийняти до опрацювання питання негативно-психологічного впливу тюремного ув'язнення, особливо на молодих наркозалежних осіб, відсутності у пенітенціарній установі належних лікувальних та реабілітаційних відділень для наркозалежних, а також правової основи та практики винесення судових рішень, особливо щодо ув'язнення наркозалежних правопорушників. Усі можливі альтернативи позбавленню свободи за численні дрібні правопорушення наркозалежних осіб необхідно розглядати на усіх рівнях системи кримінального права – на рівні поліції, досудового періоду, суду, післясудового періоду, крім того, необхідно шукати різні

6. КЗК/Інф. (2009)1; (2009)35; (2010)33; (2011)20; (2011)29; (2012)4; (2012)32.

7. Заміна голок у пенітенціарних установах: Навчальні розробки із повного огляду міжнародних свідчень та досвіду, 2 вид. (2006), Канадська юридична мережа з ВІЛ/СНІД.

альтернативи пенітенціарній установі – використання несудових засобів, альтернативні санкції, умовно-дострокове звільнення – та поєднувати їх із лікуванням, що пропонується у суспільстві.⁸

Освіта та навчання

Відповідно до принципів охорони здоров'я у пенітенціарній установі,⁹ необхідно постійно залучати до освітніх та навчальних програм щодо ВІЛ/СНІД та гепатиту В і С усю спільноту пенітенціарної установи: засуджених та ув'язнених, працівників та адміністрацію пенітенціарної установи, осіб, для яких характерна та нехарактерна ризикована поведінка. Програми повинні містити відомості щодо етіології та патогенезу відповідних інфекційних захворювань, їхнього протікання, симптомів, діагностики та лікування, а особливо, щодо шляхів і способів передачі, шляхів уникнення передачі, способів захисту себе та інших, засобів із зниження шкоди і порядку дій після можливого зараження. На них також необхідно запрошувати на добровільну конфіденційну консультацію та діагностику. Проте інформація щодо засобів зниження шкоди і діагностування, якщо вони взагалі надаються і є доступними у пенітенціарній установі, є лише запобіжною. При створенні навчальних програм необхідно враховувати високу поширеність неграмотності, труднощів у навчанні і мовних бар'єрів серед засуджених та ув'язнених. Частотність регулярних освітніх і навчальних заходів з цієї проблеми повинна залежати від частоти зміни засуджених та ув'язнених і працівників пенітенціарної установи, а також важливості збереження актуальності знань і свідомості із даної теми.

Спеціалісти із охорони здоров'я зобов'язані разом із наданням інформації індивідуально, віч-на-віч, під час медичних консультацій при госпіталізації (див. Медична консультація при госпіталізації), забезпечувати залучення адміністрації пенітенціарної установи до організації освітніх та навчальних заходів із профілактики захворюваності. Вони можуть і повинні спиратися на досвід, установи та засоби, які численні неурядові організації використовують для інформування про ВІЛ/СНІД та гепатит В і С, а також повинні спробувати переконати адміністрацію пенітенціарної установи надати свою підтримку з цього приводу.

Можна і необхідно застосовувати різні освітні методики: індивідуальне навчання, групові обговорення, рольові ігри, театральні скетчі із наступними дискусіями, інформаційні буклети, фільми та інші аудіовізуальні засоби.

8. УНЗ ООН: Від примусу до згоди: лікування наркозалежності через охорону здоров'я, а не покарання, Дискусійна робота у рамках наукового семінару, 28-30 жовтня 2009 (Відень 2010); EMCDDA: Альтернативи ув'язненню – звернення до проблеми наркозалежних у ЄС (Лісабон 2005).

9. Меллер Л. та ін. Здоров'я у пенітенціарних установах: посібник ВООЗ щодо основ охорони здоров'я у пенітенціарних установах (Женева 2007).

Взаємне навчання видається особливо ефективною технікою для осіб, залежних від ін'єкцій наркотиків. Невід'ємною частиною навчання повинно бути запрошення на огляд VCCST (добровільна конфіденційна консультація та діагностика).

3.4 Скорочення постачання наркотиків та попиту на них

Важливість збільшення інтенсивності перевірок та обшуків з метою попередження постачання наркотиків у пенітенціарній установі не викликає жодних сумнівів. Через високу кількість наркозалежних засуджених та ув'язнених пенітенціарні установи є улюбленою ціллю ринку нелегальних наркотиків, а також субкультур і неофіційних владних структур багатьох пенітенціарних установ світу, які керуються інтересами цього нелегального ринку. Як показує реальний досвід, перевірки та обшуки не можуть повністю звільнити пенітенціарні установи від наркотиків. Уже було зауважено, що самі лише обшуки, що не підтримуються іншими запобіжними заходами, замість того, щоб запобігати поширенню парентеральних інфекцій, можуть призводити до протилежного ефекту: наркотики у пакунках крихітного об'єму легше протягнути у пенітенціарну установу, ніж масивні інструменти для ін'єкцій. Як результат, спостерігається постачання наркотиків за відсутності постачання адекватних засобів для ін'єкцій, що призводить до повторюваного і спільного користування ін'єкційними зняряддями, представленими у малій кількості, і відповідно, до передачі вірусу. Разом з тим, в умовах спільноти збалансована політика, що базується на чотирьох ідеях – контроль за виконанням, запобігання, зниження шкоди та лікування, – може більш ефективно зменшити ризик вживання наркотиків у пенітенціарній установі, запобігаючи передачі захворювань через ін'єкції наркотиків.

Необхідно прийняти до уваги, що згідно з принципами медичної етики та міжнародними рекомендаціями спеціалісти із охорони здоров'я, які піклуються про засуджених та ув'язнених, не повинні бути залученими до перевірок, обшуків, персональних обшуків або тестів на наркотики з причин безпеки, інакше вони можуть втратити довіру до своїх пацієнтів.¹⁰ Ці дії є обов'язком виключно працівників служби безпеки. Якщо для внутрішнього персонального обшуку необхідний лікар, ним повинен бути інспектор охорони здоров'я або лікар, що не є залученим до догляду за засудженими та ув'язненими.

10. КМ: Етичний та організаційний аспекти охорони здоров'я у пенітенціарній установі. Рекомендація R (1998) 7; Норми КЗК 2002 (зміни 2011); Всесвітня медична асоціація: Декларація ВМА про персональний обшук засуджених та ув'язнених (Будапешт 1993, зміни 2005).

Вільні від наркотиків відділення пенітенціарних установ

У деяких країнах в пенітенціарних установах були запроваджені зони або відділення, вільні від наркотиків, де засуджені та ув'язнені погоджуються на часті незаплановані тести сечі, що доводять відсутність у них наркозалежності, в обмін на заохочувальні привілеї і/або кращі умови проживання, порівняно із звичайними відділами пенітенціарні установи. Засуджених та ув'язнених, які отримують позитивний результат під час тестів на наркотики, одразу ж відправляють до звичайного відділу пенітенціарної установи. Це поєднання стимулюючої мотивації та постійного контролю виявилось успішним у запобіганні постачанню і попиту на наркотики, у посиленні автономії засуджених та ув'язнених, зменшенні конфлікту та покращенні робочих умов персоналу. Такий варіант підходить лише засудженим та ув'язненим, які мають високу мотивацію не вживати наркотики, відбуваючи термін ув'язнення.¹¹

Заміщувальні лікувальні програми

Оральна підтримуюча заміна препарату опію є не лише найбільш ефективним і найкращим задокументованим способом лікування опіатної залежності, тобто найсучаснішим способом для залежних від ін'єкцій препарату опію, але й одним із найбільш потужних запобіжних заходів проти поширення ВІЛ/СНІД та гепатитів В і С. Вона зменшує потребу у ризикованому внутрішньовенному вжитку опіатів, стабілізує стан пацієнтів, так що до них можна застосовувати додаткове психотерапевтичне лікування, і допомагає підтримувати їхню психосоціальну терапію.¹²

Згідно із принципом еквівалентності догляду, що стосується не лише терапевтичної, але і профілактичної охорони здоров'я,¹³ в усіх країнах, де застосовуються програми заміщення опіатів, дані програми повинні бути доступними у пенітенціарній установі. Це є важливим не лише з етичних, але й з очевидних клінічних та превентивних причин: переривання заміщення опіатів призводить до синдрому абстиненції під час уразливої фази ув'язнення та підвищує ризик повернення до внутрішньовенних наркотиків. Як правило, ризик передачі вірусу в умовах пенітенціарної установи завжди вищий, ніж у суспільстві. Крім того, було доведено, що підтримуюча заміна опіатів у пенітенціарній установі значно зменшує надлишковий рівень смертності серед наркозалежних у перший день після звільнення з-під ув'язнення.¹⁴

11. EMCDDA: Найкращий практичний портал: Вільна від наркотиків зона у пенітенціарній установі Хіртенбергу (2001) www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview.

12. ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: «Заміщувальна підтримуюча терапія як засіб боротьби із опіатною залежністю і запобігання ВІЛ/СНІД», меморандум (2004).

13. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

14. ВООЗ Європа: Попередження гострої смертності, пов'язаної із вживанням наркотиків засудженими та ув'язненими під час найближчого періоду після звільнення (Женева 2010).

Через усі ці фактори щонайменше 26 країн Європи запровадили підтримуюче заміщення опіатів у пенітенціарних установах, а в семи європейських країнах до більш ніж 10% усіх засуджених та ув'язнених застосовується лікування із заміщенням опіатів.¹⁵ Метадон є найбільш поширеним замінником, але застосовуються також і інші оральні опіати. Наразі уже існує широкий досвід із детальними рекомендаціями щодо проведення програм заміщення опіатів у пенітенціарних установах.¹⁶ Проте, в останніх звітах КЗК із замських візитів наголошується, що в системах деяких пенітенціарних установ Європи досі необхідно багато що зробити для узгодження із цією важливою запобіжною стратегією.¹⁷

Психотерапевтичне лікування і психосоціальний догляд можуть допомогти зменшити потребу у наркотиках серед залежних від внутрішньовенного вживання опіатів, особливо у поєднанні із лікуванням із заміщенням опіатів, і таким чином допомогти попередити поширення вірусних захворювань гемоконтактним шляхом, особливо якщо взяти до уваги, що методи психотерапевтичного лікування наразі більше зосереджені на зниженні шкоди, ніж на повній абстиненції.

3.5 Зниження наслідків ризикованої поведінки

Фактичні свідчення вказують на нереальність усунення поведінкового ризику поширення ВІЛ/СНІД та гепатиту В і С за допомогою заходів безпеки. Було також виявлено, що ризикована поведінка в умовах пенітенціарної установи може призвести до утворення навіть вищого ризику, ніж у суспільстві, тому заходи із зниження такої шкоди є такими ж важливими, як в умовах суспільства.¹⁸

Менш ризиковане використання

Інформація та навчання про ризик передачі вірусів ВІЛ та гепатиту В і С через спільне використання заражених засобів для ін'єкцій є обов'язковими для

15. EMCDDA: (2010)

16. ВООЗ Європа: Рекомендації ВООЗ щодо інфікування ВІЛ та СНІД у пенітенціарних установах (Женева 1993); Меллер Л. та ін. Здоров'я у пенітенціарних установах: посібник ВООЗ щодо основ охорони здоров'я у пенітенціарних установах (Женева 2007); Кастелік А., Понт Дж., Штевер Х.: Лікування із заміною опіатів в умовах позбавлення свободи: практичний посібник (Олденбург 2009).

17. КЗК/Інф. (2011)3; (2011)20; (2011)29; (2012)4; (2012)9; (2012)17; (2012)32.

18. ВООЗ: Концепція ВІЛ/СНІД у пенітенціарних установах; Юргенс Р, Новак М., Дей М.: «СНІД та ув'язнення: пенітенціарні установи та утримання під арештом». Вісник Міжнародної ВІЛ-спільноти 14:26 (2011); ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: Інтервенції на адресу СНІД у пенітенціарних установах: повний огляд. Стаття із підставами до дій (Женева 2007); ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: Ефективність інтервенцій на адресу СНІД у пенітенціарних установах. Стаття із підставами до дій (Женева 2007); КМ: Етичний та організаційний аспекти охорони здоров'я у пенітенціарній установі. Рекомендація R (1998) 7; Норми КЗК 2002 (зміни 2011); ЮНЕЙДС/УНЗ ООН/ВООЗ: Попередження ВІЛ/СНІД, догляд, лікування і підтримка в умовах пенітенціарної установи: основа для ефективної національної відповіді; ВООЗ Європа: Рекомендації ВООЗ щодо інфікування ВІЛ та СНІД у пенітенціарних установах (Женева 1993); Меллер Л. та ін. Здоров'я у пенітенціарних установах: посібник ВООЗ щодо основ охорони здоров'я у пенітенціарних установах (Женева 2007); Всесвітня медична асоціація: Декларація про умови у пенітенціарних установах Единбургу і поширення туберкульозу та інших інфекційних захворювань (Единбург 2000, зміни Монтевідео 2011); УНЗ ООН: Попередження ВІЛ і охорона здоров'я у пенітенціарних установах та інших закритих умовах: повний комплекс інтервенцій, Аналітична записка (Відень 2012).

зниження шкоди від вживання наркотиків. Намагаючись досягти найбільшого ефекту з найменшою дозою, більшість засуджених та ув'язнених обирають внутрішньовенне введення, такі дії можна ефективно зменшити достатнім лікувальним оральним введенням замінників опіатів. Тобто оральні замінники опіатів є засобом зменшення потреби у вживанні нелегальних опіатів, до того ж, такий спосіб вживання є більш безпечним. У таких пенітенціарних установах, де стерильний інвентар для ін'єкцій є недоступним (див. нижче, Програми обміну голок/шприців), засуджені та ув'язнені повинні щонайменше мати доступ до дезінфекційних засобів та інформації щодо того, як промивати та дезінфікувати заражені інструменти для ін'єкції з метою зменшення ризику передачі. Проте, необхідно чітко зазначити, що дезінфекція не є безпечним засобом використання, і що єдиний спосіб уникнути передачі – це взагалі не використовувати заражені інструменти. Якщо для дезінфекції використовується домашній відбілювач (5,25% гіпохлориту натрію), він повинен бути свіжим і нерозбавленим, щоб мати хоч якийсь ефект.¹⁹

Програми обміну голок/шприців

Існують переконливі докази того, що програми обміну голок/шприців ефективно зменшують випадки інфікування ВІЛ у суспільстві серед залежних від ін'єкцій наркотиків; вони є економічно ефективними і не мають негативних неочікуваних наслідків.²⁰ Головна ідея програм обміну голок/шприців полягає не лише у наданні наркозалежним стерильних інструментів для ін'єкцій, але і у безпечному усуненні заражених інструментів для ін'єкцій, що однаково важливо. Як зазначалось вище, згідно з принципом еквівалентності догляду, який застосовується як для профілактичної охорони здоров'я,²¹ так і для серйозних епідеміологічних потреб, у країнах, де програми обміну голок/шприців та заміщення опіатів для залежних від ін'єкцій наркотиків доступні у суспільстві, ті ж самі програми повинні бути доступними у пенітенціарних установах.

Станом на 2012 рік усього існувало 74 пенітенціарних установи у восьми країнах (з достатнім і суттєво недостатнім фінансовим забезпеченням систем пенітенціарних установ) – Швейцарії, Німеччині, Іспанії, Республіці Молдова, Киргизстані, Румунії, Люксембурзі і Таджикистані – де функціонували програми обміну голок/шприців у пенітенціарних установах для чоловіків та жінок, різних розмірів та рівня безпеки, у деяких випадках, уже впродовж 10 років. Тут використовувались різні способи поширення та збору інвентаря

19. CDC: Дезінфекція шприців для залежних від ін'єкцій наркотиків (Атланта, Джорджія, 2004).

20. ВООЗ Європа: Ефективність програм зі стерилізації голок та шприців у зменшенні ВІЛ/СНІД серед залежних від ін'єкцій наркотиків. Стаття із підставами до дій (Женева 2004).

21. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

для ін'єкцій: спеціалісти з охорони здоров'я, члени неурядових організацій, автоматичні дозуючі машини або ретельно підібрані товариші-засуджені. Незважаючи на цю різноманітність, результати цих програм були одно-значно стабільними. Вони покращили здоров'я засуджених та ув'язнених, зменшили спільне користування голками і послабили страх перед на-силлям. У той самий час, не було жодних свідчень підвищення вживання наркотиків або інших негативних наслідків.²² У країнах із високим рівнем поширення ВІЛ серед наркозалежних, як у суспільстві, так у пенітенціарних установах, запровадження програм обміну голок/шприців у пенітенціарних установах повинно бути першочерговою справою.²³ Щоб досягнути цієї мети, необхідне лідерство й уміння переконувати громаду та політиків у важливості такого методу зниження шкоди у пенітенціарній установі заради загального суспільного здоров'я.

Крім того, на освітніх тренінгах та/або за допомогою належних технічних засобів необхідно розглядати питання попередження інших можливих причин гемоконтактної передачі інфекцій, які можуть бути поширеними у пенітенціарних установах, тобто спільного і повторного використання бритв або інструментів для татуювання і пірсингу, а також ритуалів зі змішування крові у братствах.

Забезпечення презервативами і попередження сексуального насилля

За результатами міжнародних досліджень у пенітенціарних установах усього світу присутня сексуальна активність. Більшість сексуальних контактів зі зрозумілих причин відбувається між представниками однієї статі, вони можуть траплятися як за взаємної згоди, так і примусово (що не завжди можна чітко розрізнити у атмосфері приневолення пенітенціарної установи), 1-3% засуджених та ув'язнених стають жертвами зґвалтування. Ризик передачі ВІЛ при насильницьких сексуальних контактах максимально високий. Впродовж декількох років більшість країн Західної Європи забезпечували постачання презервативів у пенітенціарних установах, і наразі існують чіткі свідчення, що презервативи, мазі та зубні прокладки використовуються засудженими та ув'язненими під час сексуальних актів, якщо їх можна дістати легко і анонімно, що постачання презервативів не призвело до росту сексуальної активності у пенітенціарних установах, і що більшість засуджених та ув'язнених і працівників пенітенціарних установ

22. Заміна голок у пенітенціарних установах: Навчальні розробки із повного огляду міжнародних свідчень та досвіду, 2 вид. (2006), Канадська юридична мережа з ВІЛ/СНІД; ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС. Посібник зі старту програми щодо голок і шприців і управління ними: програми щодо голок і шприців у закритих умовах (Женева 2007).

23. ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС. Посібник зі старту програм щодо голок і шприців і управління ними: програми щодо голок і шприців у закритих умовах (Женева 2007).

24. Юргенс Р., Новак М., Дей М.: «СНІД та ув'язнення: пенітенціарні установи та утримання під арештом». Вісник Міжнародної ВІЛ-спільноти 14:26 (2011).

позитивно оцінюють постачання презервативів після його впровадження, адже немає свідчень негативних непередбачених побічних ефектів.²⁵

Однак, забезпечення презервативами без ефективних програм проти сексуального насилля очевидно є недостатнім для запобігання передачі захворювань статевим шляхом у пенітенціарних установах. Програми із запобігання сексуальному насиллю повинні включати запобігання масовим скупченням, адекватний підбір персоналу і наглядачів, усунення неофіційної ієрархії між засудженими чи ув'язненими і структурні покращення, які дозволять персоналу захистити вразливих засуджених та ув'язнених від сексуального насилля.

У доповідях із численних замських візитів КЗК висловив своє занепокоєння з приводу відсутності забезпечення презервативами²⁶ і недостатнього захисту засуджених та ув'язнених від сексуального насилля.²⁷

3.6 Медичні профілактичні заходи

Вакцинація

Згідно із аналітичною запискою Управління ООН з наркотиків і злочинності (УНЗ ООН) щодо профілактики ВІЛ і охорони здоров'я у пенітенціарних установах та інших закритих спільнотах²⁸ рекомендується вільне проведення вакцинації проти гепатиту В засуджених та ув'язнених і персоналу пенітенціарних установ. Доцільно пропонувати вакцинацію проти гепатиту А пацієнтам із хронічним гепатитом В і С, тому що додаткове інфікування при гепатиті А може призвести до смертельних випадків гострої печінкової недостатності.

Антивірусне лікування ВІЛ та гепатитів В/С має, окрім терапевтичного ефекту, значну превентивну дію, помітно знижуючи поширення вірусу серед пацієнтів, що підлягають лікуванню, таким чином, зменшується ймовірність, що вони виступлять джерелом інфекції.

Профілактика

Не повністю доведеною, але високо ймовірною є превентивна дія профілактики після зараження. Медична консультація і профілактичне лікування одразу після зараження повинні бути моментально доступними для жертв сексуального насилля, а також для засуджених та ув'язнених і

25. ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: Інтервенції на адресу СНІД у пенітенціарних установах: повний огляд. Стаття із підставами до дій (Женева 2007); ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: Ефективність інтервенцій на адресу СНІД у пенітенціарних установах. Стаття із підставами до дій (Женева 2007).

26. КЗК/Інф. (2005)1; (2007)40; (2011)20.

27. КЗК/Інф. (2007)32; (2009)8; (2011)22; (2011)24; (2012)9.

28. УНЗ ООН: Попередження ВІЛ і охорона здоров'я у пенітенціарних установах та інших закритих умовах: повний комплекс інтервенцій, Аналітична записка (Відень 2012).

персоналу пенітенціарних установ після випадкового інфікування ВІЛ або гепатитом В/С іншим чином. Пенітенціарні установи повинні бути підготовані до таких випадків за допомогою стандартних алгоритмів дій і загальних рекомендацій.²⁹

29. Там само.

Розділ 4

Подвійна епідемія: ВІЛ/СНІД та туберкульоз (ТБ)

ВІЛ/СНІД і ТБ – найбільш вбивчі серед збудників інфекцій по всьому світу.¹ Епідемія ВІЛ/СНІД та супутній ріст епідемії ТБ назвали подвійною або перехресною епідемією не лише через те, що вони збігаються хронологічно та географічно, але переважно через те, що ці дві хвороби та епідемії мають сильний негативний взаємний вплив. Обидва захворювання найбільш превалюють у державах з низьким рівнем доходів. Взавши карту світу, можна побачити, що регіони з найвищою захворюваністю та поширенням ВІЛ здебільшого співпадають з регіонами з високою захворюваністю та поширенням ТБ. Приблизно одна третина з 34 мільйонів людей, що живуть з інфекцією ВІЛ, також інфіковані ТБ, а вірогідність захворіти туберкульозом для них у 30 разів вища, ніж у людей зі здоровою імунною системою. ТБ виявляють у більше ніж половини всіх хворих на СНІД, і він є найважчим потенційним захворюванням пацієнтів з ВІЛ. Майже 25% смертей серед людей з ВІЛ трапляється через захворювання ТБ.²

Крім того, виникла нова проблема – підвищення стійкості туберкульозу до лікарських засобів, первинною причиною якої є неправильне лікування туберкульозу. У державах Східної Європи більше 10% новоінфікованих людей заражаються стійкими до медикаментів штамми паличок, і, звичайно ж, даний показник набагато вищий у пацієнтів, які вже лікувались від нього або заразились ним повторно. Необхідно оновити колишню стратегію прискореного курсу протитуберкульозної терапії в амбулаторних умовах (DOTS) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) до «DOTS плюс» через потребу в додаткових і дорожчих діагностичних апаратах разом із розширеним лікуванням другого порядку, що має більше побічних ефектів.³

1. Інформаційні бюлетені ВООЗ (жовтень 2012)

2. Там само.

3. Там само.

Інфекція/захворювання ВІЛ/СНІД та ТБ мають багато схожих характеристик, хоча і абсолютно відмінні шляхи передачі.

- ▶ Їхнє виникнення надмірне серед населення, позбавленого засобів для існування, що, таким чином, показує ширше розповсюдження серед засуджених та ув'язнених, ніж у суспільстві. Загалом, поширення ВІЛ у пенітенціарних установах до 25 разів вище, а туберкульозу – до 100 разів вище, ніж у суспільстві.⁴ Пенітенціарні установи сприяють як передачі ВІЛ (дивіться попередній розділ), так і передачі ТБ. Такі умови як переповнення, погана вентиляція, погане харчування та низький рівень або відсутність медичного лікування прискорюють поширення ТБ в межах пенітенціарних установ. Пенітенціарні установи виступають резервуарами для накачування суспільства хворобою через їхніх працівників, відвідувачів та звільнених засуджених та ув'язнених, які проходили неправильне лікування. А ті фактори, що сприяють поширенню ТБ, також сприяють поширенню ТБ, стійкого до дії медикаментів.⁵ У зв'язку з цим, пенітенціарні установи повинні вважатись епідеміологічними епіцентрами для епідемії ТБ, так само, як і для епідемії ВІЛ/СНІД (як згадувалось вище): пенітенціарні установи – епідеміологічні епіцентри подвійної епідемії, і суспільство повинно визнати їх такими.
- ▶ ТБ – хвороба, що спричиняється бідністю, а наркозалежність в багатьох країнах також тісно пов'язана з бідністю та/або призводить до неї. Обидві інфекції (ТБ та ВІЛ) супроводжуються соціальним клеймуванням і подальшою ізоляцією.
- ▶ Все швидше зростає кількість окремих пацієнтів, інфікованих обома інфекціями, кожна з яких вражає опосередкований Т-клітинами імунітет, тому кожна з них погіршує клінічний перебіг іншої. Якщо серед осіб зі здоровим імунітетом, що були інфіковані ТБ, клінічний прояв хвороби матиме не більше 10%, то вірогідність прояву ТБ у ВІЛ-інфікованих осіб у 30 разів вища. Проблему ще більше ускладнює той факт, що діагностувати захворювання ТБ у осіб з пониженим імунітетом набагато складніше, ніж у осіб зі здоровим імунітетом, через меншу надійність діагностики інфекційного туберкульозу легенів на основі мікроскопії мокроти на фоні більшого розповсюдження нелегенового ТБ, що призводить до меншої надійності рентгенодіагностики. Окрім того, комбіноване лікування ВІЛ/СНІД і ТБ антиретровірусними препаратами, особливо лікування стійкого до медикаментів ТБ, є складним та більш напруженим через взаємодію великої кількості ліків та негативних побічних дій, і може виявитись менш ефективним.

4. ВООЗ: «Туберкульоз у пенітенціарних установах». Веб-сторінка: www.who.int/tb/challenges/prisons/en/.

5. Там само.

Будь-які оновлені посібники з профілактики ТБ у пенітенціарних установах⁶ включають у себе:

- ▶ Необхідність того, щоб профілактика ТБ у пенітенціарних установах мала ті самі стандарти, що і профілактика ТБ у суспільстві, був організований у тісній співпраці з суспільними органами з охорони здоров'я, був включений до Національної програми по боротьбі з туберкульозом, і щоб при цьому застосовувались такі ж самі документація, оцінка та контроль якості,
- ▶ Покращення умов у пенітенціарних установах шляхом забезпечення нормованого заповнення, належного провітрювання, доступу сонячного світла, доступності медичної допомоги, розміщення засуджених та ув'язнених у невеличких відділах, належного харчування та вправ на свіжому повітрі,
- ▶ Поширення освіченості щодо ТБ та здорового способу життя,
- ▶ Раннє діагностування (перевірка під час надходження, звернення за власним бажанням, активне виявлення випадків захворювання),
- ▶ Відокремлення інфікованих пацієнтів та відстеження контактування,
- ▶ Ефективне стандартне лікування у суворій відповідності до протоколів ВООЗ з DOTS та/або DOTS плюс,
- ▶ Продовження лікування при переведенні або звільненні.

Декілька європейських держав ще до цього часу не відповідають вимогам з профілактики ТБ у пенітенціарних установах. У низці рішень Європейського суду з прав людини було виявлено порушення Статті 2 та/або 3 ЄКПЛ через неналежний догляд за засудженими та ув'язненими, хворими на туберкульоз,⁷ а умови у пенітенціарних установах були визнані такими, що сприяли поширенню ТБ та досягали рівня нелюдського та такого, що принижує гідність, поводження через переповнення, недостатнє забезпечення провітрювання та денного світла. Так само, під час своїх останніх візитів до країни⁸ КЗК висловила занепокоєння щодо недоліків у профілактиці та лікуванні ТБ у пенітенціарних установах.

6. ВООЗ: Боротьба з туберкульозом у пенітенціарних установах: посібник для керівників програм (Женева 2000) на WHO/CDS/TB/2001.281; Мюллер Л. та інші: Здоров'я у пенітенціарних установах: посібник ВООЗ з основ охорони здоров'я у пенітенціарних установах (Женева 2007); USAID/ТВСТА/ICRC: Посібник по боротьбі з туберкульозом в пенітенціарних установах (2009); CDC: Щотижневне зведення даних про захворюваність і смертність, 7 липня 2006 рік (м. Атланта шт. Джорджія 2006); CDC: Профілактика та контроль туберкульозу у виправних місцях ув'язнення: Рекомендації CDC (м. Атланта шт. Джорджія 2006).
7. Мельник проти України 72286/01; Маленко проти України 18660/03; Васюков проти Росії 2974/05; Гумматов проти Азербайджану 9852/05; Логвиненко проти України 13448/07; Махарадзе та Сіхарулідзе проти Грузії 35254/07.
8. КЗК/Інф. (2007)42; (2010)12; (2010)27; (2010)30; (2012)24; (2011)26; (2011)29; (2012)17.

Для того, щоб розпізнати стійкий до медикаментів ТБ та подвійну епідемію ВІЛ/СНІД і ТБ, потрібна низка додаткових заходів.

- ▶ Мікроскопія мокроти має низьку чутливість у виявленні туберкульозних бактерій, а класичні методи культивування туберкульозу дають результати аж через два місяці. Для раннього та точного виявлення інфекційного ТБ та стійкого до медикаментів ТБ необхідно якомога швидше впровадити нові технології швидкого виявлення бактерій туберкульозу та визначення характеру резистентності.⁹ Це особливо важливо в оточенні, в якому люди перебувають у безпосередній близькості один до одного, як, наприклад, у пенітенціарній установі, через необхідність у швидкому відокремленні пацієнтів з інфекційним та стійким до медикаментів ТБ, а також у своєчасному лікуванні відповідно до характеру резистентності, щоб ефективно зупинити поширення хвороби. Необхідність у високочутливих методах виявлення бактерій туберкульозу також виникає через низьку концентрацію бактерій в мокроті пацієнтів з ВІЛ, які також інфіковані інфекційним ТБ.
- ▶ Враховуючи високий показник спільного інфікування ВІЛ і ТБ, а також відповідно до політики ВООЗ з подвійної епідемії¹⁰ необхідно посилити виявлення пацієнтів з ВІЛ серед наявних пацієнтів з ТБ та діагностику ТБ у виявлених пацієнтів з ВІЛ. Через довгу історію боротьби з ТБ багато держав та систем ув'язнення мають децентралізовані установи з лікування ТБ, в той час як служби допомоги при ВІЛ здебільшого централізовані. Для подолання подвійної епідемії наполегливо рекомендується проводити навчання для персоналу існуючих установ з лікування ТБ у суспільстві та у пенітенціарній установі з метою забезпечення обізнаності щодо профілактики ВІЛ/СНІД та проведення добровільного конфіденційного консультування і аналізів на ВІЛ своїх пацієнтів з ТБ, а також для того, щоб якомога швидше почати профілактику клотримазолом та направити на антиретровірусне (АРВ) лікування осіб з позитивними результатами аналізів.
- ▶ Так само серед виявлених пацієнтів з ВІЛ необхідно посилити обізнаність щодо профілактики ТБ, контролю за інфікуванням ТБ та активного виявлення випадків захворювання ТБ. Для тих, хто перебуває в умовах дії інфекції ТБ та/або має латентну форму інфекції ТБ, необхідно розглянути можливість профілактичного лікування ізоніазидом (ІНЗ) (за умови відсутності широкого розповсюдження бактерій ТБ, стійких до ІНЗ). Пацієнти з ВІЛ, у яких було діагностовано хворобу ТБ, повинні одразу почати лікування від ТБ за результатами своїх аналізів на чутливість до медикаментів.

9. Смолл П.М. та Пей М.: «Діагноз туберкульозу – час для зміни гри». Медичний журнал Нової Англії 363 (2010), 1070-71; Боєм С.С., Набета П., Хілманн Д. та інші: «Швидке молекулярне виявлення туберкульозу та резистентність рифампіцину». Медичний журнал Нової Англії 363 (2010), 1005-15; ВООЗ Глобальний звіт щодо туберкульозу 2012.

10. «Політика ВООЗ стосовно співпраці у сфері ТБ/ВІЛ: керівні принципи для національних програм та інших зацікавлених сторін» (Женева 2012).

Таку орієнтовану на пацієнта політику необхідно впровадити в стратегію тісної співпраці та координації спостереження, планування, фінансування та контролю за комбінованими програмами по боротьбі з ВІЛ та ТБ на міжнародному, національному, регіональному та інституційному рівні. Національні програми по боротьбі з ТБ та національні програми по боротьбі з ВІЛ/СНІД повинні мати тісний зв'язок, а пенітенціарні установи, в яких обидві хвороби подвійної епідемії поширені більше, ніж у суспільстві, потрібно включити до національних програм та ініціатив з боротьби з ВІЛ/СНІД і ТБ.¹¹

11. Там само.

Розділ 5

Психотропні речовини та лікування наркозалежних засуджених та ув'язнених

5.1 Психотропні речовини

В історії не було жодної культури, в якій би не були присутні психотропні речовини. Вони використовувались трьома способами: у релігійних чи ворожбитських обрядах, як ліки і для «розваги».

У древніх культурах знання про психотропні речовини та володіння ними було доступне лише привілейованим особам – священикам, шаманам та знахарям (що часто було одним і тим самим), які займали владне місце у суспільстві. Отримання доступу до психотропних речовин та їхнє споживання непривілейованими особами вважалося спробою перевороту та каралося тими, хто був при владі. Це частково пояснює історію регулювання даних речовин та застосування до них термінів «дозволений/заборонений» та «законний/протизаконний».

З медичної та соціологічної точки зору, вживання будь-якої психотропної речовини призводить до виникнення ризиків для здоров'я особи та суспільства. Відповідно, існує потреба у встановленні норм, в яких вони будуть взяті до уваги. Психотропні речовини, що наразі соціально та законно прийняті для використання як спосіб розваги, як тютюн і алкоголь, також певною мірою підлягають регулюванню законом (в дорозі, на роботі, підлітки). Проте, у 20-му столітті під впливом масового зростання виробництва, продажу, торгівлі та споживання психотропних речовин для розваг у трьох конвенціях ООН щодо вживання психотропних речовин¹ було викладено підхід, який накладав сувору заборону (а не просто регулював) на використання психотропних речовин, які визнані забороненими, окрім як у медичних цілях. Те саме передбачено і національним законодавством

1. Єдина Конвенція ООН про наркотичні засоби 1961 року; Конвенція ООН про психотропні речовини 1971 року; Конвенція ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин 1988 року.

з використання психотропних речовин у більшості держав. В результаті, у багатьох країнах з 1960-х років надзвичайно зросла кількість покарань за порушення законів про заборону використання наркотичних речовин (відповідно, й ув'язнень), проте це не допомогло отримати повний контроль над існуванням чорного ринку заборонених наркотичних речовин разом з його жорстокістю, анархією та пануванням сили. Тепер стало очевидним, що даний підхід не був успішним у «війні з наркотиками», а також що необхідно розробити моделі законодавства щодо наркотиків на етапі після їхньої заборони.²

Якщо глянути на перелік соціально прийнятих («дозволених») психотропних речовин (тютюн, алкоголь, кофеїн, у деяких державах кат, бетельні горіхи та інші) та заборонених наркотичних речовин (опіати, кокаїн, похідні амфетаміну, конопля, галюциногенні наркотичні речовини, бензодіазепіни та інші), то стає очевидним, що:

- ▶ Прийняття наркотичних речовин соціумом та законом змінювалось в історичному (заборона алкоголю в 1930-і в США) та географічному плані (продаж коноплі в Голландії, прийняття кату в Ємені, але не в сусідній Саудівській Аравії);
- ▶ Прийняття соціумом та законом психотропних речовин не залежить від величини їхніх ризиків для здоров'я: шкода здоров'ю окремих осіб, здоров'ю населення та викликаний алкоголем та тютюном вплив на глобальний тягар хвороб набагато перевищують ризики для здоров'я від інших психотропних речовин.³

Зазвичай психотропні речовини класифікуються за їхньою хімічною структурою та/або впливом на центральну нервову систему, до того ж деякі категорії збігаються: етиловий спирт, нікотин в тютюні, кофеїн, седативні та снодійні препарати, канабіноїди, опіати та опіоїди, кокаїн, амфетаміни та їхні похідні, галюциногенні та летючі речовини. За виключенням кофеїну, постійне вживання всіх груп перерахованих вище речовин має негативний вплив на здоров'я та створює ризик розвитку залежності. Окрім того, велике занепокоєння викликає поява нових синтетичних психотропних речовин на європейському чорному ринку наркотиків (феномен, що набирає все більших обертів).⁴

2. Фонд трансформованої політики в галузі наркотиків: Після війни з наркотиками: план регулювання (Бристоль 2009).

3. ВООЗ: Нейробиологія вживання психотропних речовин та залежність (Женева 2004).

4. EMCDDA: Нові психотропні препарати, виявлені у ЄС, у кількості близько одного на тиждень, відповідно до інформації, наданої агентствами. Прес-реліз № 2/2012 (26 квітня 2012 рік).

Всі вони діють шляхом приєднання до конкретних рецепторів центральної нервової системи, що мобілізують нейротрансмітери, активуючи або пригнічуючи діяльність нейронів з різною комплексною біохімічною та електрофізіологічною динамікою в синапсі. При повторюваному вживанні психотропних речовин, стимуляція рецепторів та підвищення індукції ферментів (необхідних для розщеплення наркотичної речовини) формують біохімічну базу переносимості.

Нейробіологія та сучасні способи відтворення зображень, що дозволяють отримати візуалізацію діяльності мозку, показали, що в реакції на психотропні речовини та розвитку залежності переважну роль відіграють три зони мозку: вентральна тегментальна зона, мезолімбічна допамінова система та кора головного мозку.

Всі психотропні речовини викликають приємні відчуття так само і в тій самій зоні мозку, що і вкрай важливі для виживання стимули, такі як живлення та розмноження. Виміри підвищення рівня допаміну в мезолімбічній допаміновій системі, що є біохімічною реакцією на будь-яке неочікуване захоплення, дали набагато вищі показники від психотропних речовин, ніж від природних стимулів, як, наприклад, прийом їжі. Мезолімбічна допамінова система також відіграє головну роль в емоційній мотивації та посиленні тяги до навчання – механізму, що у поєднанні з реорганізацією нейронів («синаптичною пластичністю») для коркової (відчуття) та лімбічної (емоції) проєкції, може стати біологічно-поведінковим тлом для залежності.⁵

5.2 Наркозалежність та наркоманія

Незважаючи на все більше виявлення у нейробіологічних дослідженнях таких біологічних реакцій, не кожен, хто вживає психотропні речовини, може стати залежним від них. Термін «залежність» в загальному плані зазвичай стосується не тільки речовин, але й імпульсивної поведінки, як, наприклад, азартні ігри.

Наркозалежність

Окрім хімічної структури речовини та її біологічної реакції, у мозку існує ще низка факторів, які сприяють розвитку наркозалежності та наркоманії:

- ▶ Певну роль може відігравати речовина, її доступність, доза, частота, тривалість та спосіб прийому;

5. ВООЗ: Нейробіологія вживання психотропних речовин та залежність (Женева 2004).

- ▶ Розвиток розладу особистості наркомана може мати сильний вплив на вірогідність розвитку залежності від речовини: недостатній розвиток его з подальшим слабким контролем над супер-его вважалися відповідальними за відсутність особистої самостійності, що призводить до уникнення конфліктів та пошуку заміни вирішення проблем, як, наприклад, вживання наркотиків; розлади особистості, які часто діагностують у пацієнтів з наркозалежністю, а також випадки насильства у дитинстві є ймовірними факторами, що сприяють розвитку зловживання речовинами;
- ▶ Вживання наркотиків та залежність часто супроводжують інші психіатричні супутні захворювання, такі як біполярний розлад та шизофренія, які можуть сильно впливати на розвиток наркозалежності. Відомо, що при психічних захворюваннях та залежності від речовин зазвичай має місце дисфункція мезолімбічної допамінової системи;
- ▶ Погана освіта, скрутне соціальне та особисте становище, соціальна ізоляція, безробіття, відсутність перспектив у майбутньому та неспроможність подолати ці несприятливі умови роблять (особливо молодих) людей сприятливими до наркозалежності;
- ▶ Може сприяти соціальне оточення (культура та те, що ми називаємо «субкультурою» наркоманів, яка насичена законами та ритуалами поведінки);
- ▶ Існує все більше доказів того, що на розвиток залежності від речовин суттєвий вплив мають генетичні фактори.⁶

Таким чином, наркозалежність – це багатфакторний розлад, що виникає в результаті складної взаємодії особистісних, психологічних, соціальних та нейробиологічних аспектів, які роблять людину, що піддається дії психотропних речовин, сприятливою для вироблення постійних нейрофізіологічних змін у мозку, які відповідають за наркозалежність та ускладнюють можливість стримання у короткостроковій перспективі. Ґрунтуючись на таких постійних змінах у мозку, залежність від речовин є хронічною хворобою, що, як і будь-яка інша хронічна хвороба (як діабет та гіпертонія), характеризується тривалістю лікування та частими рецидивами. Від неї можна вилікуватися, проте це рідко трапляється за короткий період часу.

Наркоманія

Наркоманія описується (а не визначається) як «монополізація системи уваги стимулюючими речовинами, що викликають звикання» або як «тривала імпульсивна поведінка при усвідомленні її негативного впливу на здоров'я

6. ВООЗ: Нейробиологія вживання психотропних речовин та залежність (Женева 2004).

та соціальних наслідків». На противагу цьому існують дуже чіткі критерії діагностики наркозалежності. Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, 10 видання (ICD-10), діагноз наркозалежності ставлять за наявності більше трьох з наступних елементів:⁷

- ▶ сильне бажання або відчуття тяги прийняти речовину;
- ▶ труднощі з контролем поведінки щодо прийому речовини, тобто початку, припинення чи ступеня її вживання;
- ▶ стан фізіологічної абстиненції при зупинці прийому або зменшенні дози речовини, що видно з характерного абстинентного синдрому при відміні прийому речовини;
- ▶ ознаки переносимості, коли з'являється потреба у збільшенні дози психотропної речовини, аби досягти ефекту, що наступав спочатку при прийомі нижчих доз;
- ▶ зростаюче нехтування альтернативним задоволенням чи інтересами через вживання психотропної речовини, збільшення часу, який потрібен на отримання чи прийом речовини або на відновлення після її дії;
- ▶ наполегливе вживання речовини, незважаючи на явні ознаки надмірно шкідливих наслідків.

Критерії діагностики за Діагностичним та статистичним посібником з психічних захворювань (DSM-IV) є, фактично, такими ж самими за виключенням додаткового пункту «наполегливе бажання або безуспішні спроби припинити або контролювати вживання речовини».⁸

Негативні наслідки

До наслідків залежності від психотропних речовин, що мають негативний вплив на здоров'я, належать гостра та хронічна токсична дія самої наркотичної речовини, випадкове або суїцидальне передозування, отруєння, автокатастрофи і хронічна токсичність, викликані переважно дією алкоголю та тютюну, а також хронічним психоневрологічним станом від дії інших груп речовин. Інші наслідки з негативним впливом на здоров'я пов'язані з бідністю та способом життя (як, наприклад, недоїдання, хвороби, що передаються статевим шляхом, туберкульоз та проблеми з зубами) або із способом застосування наркотиків (як інфекції, що передаються через кров: ВІЛ/гепатити В і С, бактеріальний сепсис, абсцеси легенів, ендокардит та інші хвороби осіб, що приймають речовини внутрішньовенно, або руйнування слизової оболонки носа у тих, хто нюхає кокаїн та подібні речовини).

7. ВООЗ: МКХ-10 (Женева 2010).

8. Американська асоціація психіатрів: Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів (DSM) (Вашингтон 1994).

Імпульсивністю залежних наркоманів користується ринок як дозволених законом наркотиків (алкоголь, тютюн), так і (навіть більшою мірою) чорний ринок заборонених наркотиків з усіма його негативними соціальними наслідками. Незаконність психотропних речовин явно цікавить торговців та дилерів своєю вигідною рентабельністю, що дозволяє їм перебувають у несприятливому соціальному становищі, в борги, бідність, соціальну ізоляцію, проституцію, кримінал та ув'язнення.

З огляду на такі негативні наслідки залежності від речовин та все більш зростаючу кількість наркозалежних пацієнтів у суспільстві, потрібно наголосити на важливості вжиття ефективних заходів зі зменшення шкоди, викладених у Розділі 3 про попередження розповсюдження ВІЛ/СНІД та гепатитів В і С у в'язницях, попри «війну з наркотиками» та хронічний характер розладу.

5.3 Лікування наркозалежних засуджених та ув'язнених

Як згадувалось (дивіться вище, «Епідеміологічний фон»), до 30% засуджених та ув'язнених уже стикались із проблемою вживання та/або ін'єкційного вживання наркотиків, і можна підрахувати, що більшість з них відповідають діагностичним критеріям наркозалежності та наркоманії. Для забезпечення потреб їхнього здоров'я, медпрацівники пенітенціарних установ повинні виявляти таких осіб під час їхнього прийому, знати про надзвичайні випадки, що можуть трапитись зі здоров'ям таких осіб, приділяти достатньо уваги випадкам їхньої вразливості у пенітенціарній установі, шукати заходів зі зменшення шкоди здоров'ю у пенітенціарній установі, забезпечувати належне лікування наркозалежності та своєчасно організовувати подальший догляд за ними після звільнення.

Завчасне виявлення медпрацівниками наркозалежних правопорушників під час медичного огляду при прийомі є надзвичайно важливим для того, щоб мати можливість підготуватися до лікування і допомоги при синдромах абстиненції та до оцінки ризику самогубства – проблем, які зазвичай виникають невдовзі після ув'язнення. Окрім того, як зазначалося у розділі про медичний огляд під час прийому, потрібно використовувати дану можливість для того, щоб надати наркозалежним правопорушникам інформацію щодо інфекцій, що передаються через кров, та запросити їх до участі у добровільному конфіденційному консультуванні і здачі аналізів на ВІЛ і вірусний гепатит.

Надзвичайні випадки зі здоров'ям наркозалежних людей включають у себе гострий перебіг абстиненції та гостру інтоксикацію наркотиками, що також

часто трапляється у пенітенціарних установах. Синдроми абстиненції, особливо алкогольної та бензодіазепінової, а в деяких випадках також і опіатна абстиненція, можуть загрожувати життю, в результаті чого може знадобитися реанімація. Якщо команда медиків у пенітенціарній установі не має достатнього досвіду та/або устаткування для вирішення таких ситуацій – необхідно організувати вчасне переведення до належного відділення лікарні, інакше можуть бути порушені права засудженого чи ув'язненого на належне лікування.⁹ Стосовно цього необхідно пам'ятати, що сучасне лікування опіатної абстиненції (детоксикація при підтримці опіатів та «холодна абстиненція», тобто абстиненція без надання належної медичної підтримки) вважається неналежним поводженням. Аптечка першої медичної допомоги команди медпрацівників пенітенціарної установи повинна бути укомплектована належним чином та містити, окрім звичайної реанімаційної апаратури, також налоксон і ліки для детоксикації.

Вразливість

Наркозалежні правопорушники належать до групи вразливих засуджених та ув'язнених, тому що за в'язничною ієрархією вони займають нижчий ранг та зазнають упередженого ставлення як від самих засуджених та ув'язнених, так і від менш освіченого персоналу. Необхідно навчати персонал тому, що наркозалежність – це не вада чи слабкість характеру, а хронічний медичний розлад, який часто пов'язаний з іншими психічними розладами.

Поведінка наркозалежних правопорушників, коли вони виявляють звикання та пошук наркотиків, робить їх легкими жертвами жорстокості, змушення до сексу та іншого тиску, як, наприклад, перепродати прописані ліки під час лікування заміниками опіатів. Намагаючись дістати наркотики в межах пенітенціарної установи, вони ризикують стати боржниками, в результаті чого наражаються на погрози, травлю та жорстокість. Згідно з нормами КЗК, одним із завдань медпрацівників пенітенціарних установ є надання гуманітарної допомоги, особливо вразливим засудженим та ув'язненим, окрім того, норми включають у себе рекомендації щодо захисту та збереження лікарської таємниці.

Заходи зниження шкоди

Свідчення показали, що наркозалежні правопорушники у пенітенціарних установах і, якщо там відсутні заходи зниження шкоди, вони знову починають або навіть ініціюють поведінку, що загрожує перенесенням інфекцій, які передаються через кров. Тому, з епідеміологічних, медичних та етичних

9. Макглінчі та інші проти Сполученого Королівства 50390/99.

10. Норми КЗК 2002 (зміни 2011).

причин заходи зі зменшення шкоди у пенітенціарних установах є обов'язковою вимогою. Обґрунтування, концепція та заходи зниження шкоди детально описані у Розділі 3 про попередження розповсюдження ВІЛ/СНІД та гепатитів В/С у пенітенціарних установах.

Лікування

Незважаючи на важливість спочатку вичерпати всі можливі альтернативи ув'язнення наркозалежних правопорушників, на чому наголошувалось раніше, примусова стабілізація під час ув'язнення може і повинна використовуватись для того, щоб запропонувати лікування, яке через їхній хаотичний спосіб життя не було раніше доступним.

Для успішного лікування потрібна повна співпраця пацієнта. Примусове лікування психічно адекватних наркозалежних пацієнтів, хоча воно й досі домінує в карному законодавстві кількох держав, є більш ніж сумнівним як з медичної, так і з етичної точки зору. Наркоманія – це хронічна хвороба зі схильністю до рецидивів, яка потребує тривалого лікування, як і будь-яка інша хронічна хвороба.

Як відзначалося вище, більшість наркозалежних пацієнтів потребує встановлення належного діагнозу та лікування. Було чітко показано, що в лікуванні наркозалежності ефективним є фармакологічне лікування супутніх депресивних чи шизофренічних розладів.¹¹ При фармакологічному лікуванні інших психічних станів з великою обережністю необхідно ставитися до призначення у пенітенціарній установі бензодіазепінів, а їхнє вживання повинне проходити під візуальним контролем через високий ризик перепродажу, як і у випадку з ліками, прописаними при лікуванні заміниками опіатів.

Оскільки у випадку абстиненції через опіатну залежність досить рідко вдається досягти мети лікування у короткостроковій перспективі, більшість сучасних концепцій лікування перестали базуватись на стратегії абстиненції та перейшли до прийняття використання наркотиків при одночасній терапії зі зниження шкоди, при якій намагаються стабілізувати психологічну ситуацію наркозалежного пацієнта, понизити рівень злочинності, зберегти життя пацієнта та в терапевтичному плані зменшити наслідки негативно-го впливу на здоров'я. Це найкращим чином діє у поєднанні з оральними заміниками опіатів.

Поруч із багатофакторним вивченням причин наркозалежності існує широкий спектр концепцій психологічної та психосоціальної терапії, починаючи

11. ВООЗ: Нейробиологія вживання психотропних речовин та залежність (Женева 2004).

від різних психоаналітичних терапій, як Гештальттерапія, закінчуючи когнітивно-поведінковими видами терапії, такими як регулювання зривів, попередження рецидивів та техніка мотиваційного покращення. У кожній пенітенціарній установі вибір найкращої стратегії психологічної терапії неминуче залежатиме від наявних ресурсів та досвіду етичного персоналу.

Спостереження після звільнення з місця ув'язнення

Підготовка та організація підтримки у суспільстві після виходу на волю є важливими для будь-якого засудженого чи ув'язненого, але для наркозалежних правопорушників вони є життєво необхідними: у всьому світі звіти, в яких досліджується рівень смертності після звільнення з пенітенціарної установи, дають надмірно високі показники, особливо протягом перших двох тижнів після виходу на волю. Більшість цих наркоманів померла від наркотичної інтоксикації та передозування через понижену переносимість опіатів після перерви або зменшення дозування під час ув'язнення. Лікування заміниками опіатів показало суттєве зниження даного ризику.¹² З цієї причини, окрім організації допомоги для життя у суспільстві після звільнення, як житло, фінанси, сімейні проблеми, освіта, влаштування на роботу та подальша психологічна підтримка,¹³ наполегливо рекомендується проводити виховну роботу щодо ризиків передозування через знижену переносимість та, у випадку опіумозалежних правопорушників, продовжувати лікування заміниками опіатів після виходу з пенітенціарної установи.

12. ВООЗ Європа: Попередження гострої смертності, пов'язаної із вживанням наркотиків засудженими та ув'язненими під час найближчого періоду після звільнення (Женева 2010).

13. Програма підтримки наркозалежних засуджених та ув'язнених у партнерстві: Програма підтримки наркозалежних засуджених та ув'язнених – комплекс інструментів, під ред. М. МакДоналд та ін., Європейська Комісія (Брюссель 2012).

Перелік посилань на веб-сторінки

Американська асоціація психіатрів: Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів (DSM) www.psychiatry.org/practice/dsm

Боем С.С., Набета П., Хіллманн Д. та інші: Швидке молекулярне виявлення туберкульозу та резистентність рифампіцину. Медичний журнал Нової Англії 363 (2010), 1005-15 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907847

CDC (Центри контролю і профілактики захворювань): Дезінфекція шприців для залежних від ін'єкцій наркотиків, 2004 www.cdc.gov/du/facts/disinfection.pdf

CDC, Щотижневе зведення даних про захворюваність і смертність (MMWR) (7 липня 2006 рік): Профілактика та контроль туберкульозу у виправних місцях ув'язнення: Рекомендації CDC <http://www.cdc.gov/%20mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm>

КМ: Етичні та організаційні аспекти охорони здоров'я в пенітенціарній установі. Рекомендація N R (1998) 7 [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)

КМ: Рекомендація Rec(2006)2 Європейські пенітенціарні правила <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

База даних КЗК www.cpt.coe.int/en/database.htm

Норми КЗК (2002, зміни 2011) www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

EMCDDA (Центр ЄС з питань наркотиків та наркотичної залежності) www.emcdda.europa.eu/topics/hepatitis

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

EMCDDA 2012: Нові психотропні препарати, виявлені у ЄС, у кількості близько одного на тиждень, відповідно до інформації, наданої агентствами www.emcdda.europa.eu/news/2012/2

EMCDDA: Альтернативи ув'язненню – звернення до проблеми наркозалежних у ЄС 2005 www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34889EN.html

EMCDDA: Найкращий практичний портал: Вільна від наркотиків зона у пенітенціарній установі www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview

База даних Європейського суду з прав людини <http://hudoc.echr.coe.int>
Європейська соціальна хартія <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>

Посібник для управління подвійним діагнозом в пенітенціарних установах. Департамент охорони здоров'я, Сполучене Королівство 2009 www.nta.nhs.uk/uploads/prisons_dual_diagnosis_fnal_2009.pdf

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

Стамбульський протокол. Посібник щодо ефективного розслідування та документування катувань та іншого жорстокого поводження та іншого жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf

Юргенс Р., Новак М., Дей М.: СНІД та ув'язнення: пенітенціарні установи та утримання під арештом. Вісник Міжнародної ВІЛ-спільноти 14:26 (2011) www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17491

Кастелік А., Понт Дж., Штевер Х.: Лікування із заміною опіатів в умовах позбавлення свободи: практичний посібник, 2009 https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST_in_Custodial_Settings.pdf

Клінічні рекомендації NICE: Антисоціальний розлад особистості: лікування, управління та попередження. NHS (Національна система охорони здоров'я Британії) (2009) www.nice.org.uk/nicemedia/live/11765/42993/42993.pdf

Клінічні рекомендації NICE: Граничний розлад особистості: посібник з лікування та управління NICE. Британське психологічне суспільство/Королівська колегія психіатрів (2009) www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf

Міжнародна пенітенціарна реформа: Дублінська Декларація з проблеми ВІЛ/СНІД у пенітенціарних установах Європи і Центральної Азії www.penalreform.org/resource/dublin-declaration-hiv-aids-prisons-europe-central-asia/

Профілактика психічних розладів. Ефективні заходи та альтернативні варіанти політики. Звіт Всесвітньої організації охорони здоров'я. Департамент лікування психічних розладів і наркотичної залежності у співпраці з Дослідницьким центром з профілактики захворювань Університетів Неймегена та Маастрихтського університету, ВООЗ 2004 www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Принципи медичної етики, що відносяться до ролі медичних працівників, зокрема, лікарів, у захисті засуджених та ув'язнених від катувань і іншого жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання, ООН 1982 (Резолюція Генеральної Асамблеї N 37/194 від 18 грудня 1982 року) www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics

Заміна голоч у пенітенціарних установах: Навчальні розробки із повного огляду міжнародних свідчень та досвіду. Канадська юридична мережа з ВІЛ/СНІД 2006 www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173

Програма підтримки наркозалежних засуджених та ув'язнених – комплекс інструментів. http://throughcare.eu/reports/throughcare_toolkit.pdf

Фонд трансформованої політики в галузі наркотиків: Після війни з наркотиками: план регулювання, 2009 www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation

Єдина Конвенція ООН про наркотичні засоби 1961 року (зміни, внесені Протоколом 1972 року про внесення змін до Єдиної Конвенції ООН про наркотичні засоби 1961 року) www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
Конвенція ООН про психотропні речовини 1971 року www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

Конвенція ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин 1988 року www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

ЮНЕЙДС: Доповідь на тему глобальної епідемії СНІД 2010 (листопад 2010) www.unaids.org/en/resources/documents/2010/name,56186,en.asp

ЮНЕЙДС/УНЗ ООН/ВООЗ: Попередження ВІЛ/СНІД, догляд, лікування і підтримка в умовах пенітенціарної установи: основа для ефективної національної відповіді https://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf

УНЗ ООН: Від примусу до згоди: лікування наркозалежності через охорону здоров'я, а не покарання. Дискусійна робота у рамках наукового семінару 2009 www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Coercion_Ebook.pdf

УНЗ ООН: Попередження ВІЛ і охорона здоров'я у пенітенціарних установах та інших закритих умовах: повний комплекс інтервенцій, Аналітична записка, 2012 www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leafet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf

USAID/ТВСТА/1CRC: Посібник по боротьбі з туберкульозом в пенітенціарних установах, 2009 http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf

ВООЗ: Ефективність програм зі стерилізації голок та шприців у зменшенні ВІЛ/СНІД серед залежних від ін'єкцій наркотиків, 2004 www.who.int/hiv/pub/prev_care/efectivenesssterileneedle.pdf?ua=1

ВООЗ: Інформаційні бюлетені, жовтень 2012 (зміни 2014) www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en

ВООЗ: Глобальний звіт щодо туберкульозу 2013 www.who.int/tb/publications/global_report/en

ВООЗ: Рекомендації ВООЗ щодо інфікування ВІЛ та СНІД у пенітенціарних установах www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

ВООЗ: МКХ-10 класифікація психічних розладів і розладів поведінки www.who.int/classifcation/icd/en/GRNBOOK.pdf

ВООЗ: Нейробиологія вживання психотропних речовин та залежність, Женева 2004 www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf

Політика ВООЗ стосовно співпраці у сфері ТБ/ВІЛ: керівні принципи для національних програм та інших зацікавлених сторін, 2012 http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf

ВООЗ: Дії громадського сектору охорони здоров'я у попередженні випадків суїциду, 2012 apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

ВООЗ: Боротьба з туберкульозом в пенітенціарних установах [ВООЗ/СДС/ТВ/2001/.281], Женева 2000 http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TV_2000.281.pdf

ВООЗ: Туберкульоз у пенітенціарних установах www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en

ВООЗ Європа: Здоров'я у пенітенціарних установах: посібник ВООЗ щодо основ охорони здоров'я у пенітенціарних установах www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

ВООЗ Європа: [Політика] ВІЛ/СНІД в пенітенціарній установі www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons

ВООЗ Європа: Попередження гострої смертності, пов'язаної із вживанням наркотиків засудженими та ув'язненими під час найближчого періоду після звільнення www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf

ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: Ефективність інтервенцій на адресу СНІД у пенітенціарних установах, Женева 2007 www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/

ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: Посібник зі старту програма щодо голук і шприців і управління ними: програми щодо голук і шприців у закритих умовах, 2007 www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf

ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: Інтервенції на адресу СНІД у пенітенціарних установах: повний огляд. Стаття із підставами до дій (Женева 2007) www.unodc.org/documents/hiv aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20hiv_treatment.pdf

ВООЗ/УНЗ ООН/ЮНЕЙДС: «Заміщувальна підтримуюча терапія як засіб боротьби із опіатною залежністю і запобігання ВІЛ/СНІД», меморандум (2004) www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

ВМА: Декларація про умови у пенітенціарних установах Единбургу і поширення туберкульозу та інших інфекційних захворювань (2000, зміни 2011) www.wma.net/en/30publications/10policies/p28

ВМА: Женевська декларація 1948 www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html

ВМА: Декларація про ставлення лікарів до осіб, які оголосили голодування, прийнятої в Мальті 1991 (зміни 1992 та 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/

ВМА: Декларація Токіо. Керівні принципи для лікарів щодо катувань та іншого жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання у відношенні затримання чи ув'язнення. Токіо, 1975 рік (зміни Дівонн-ле-Бен 2005 та 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/c18

ВМА: Декларація щодо підтримки лікарів, які відмовляються приймати участь у, або виправдовувати застосування катувань або інших форм жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження, Гамбург (1997 рік) www.wma.net/en/30publications/10policies/c19/

ВМА: Міжнародний кодекс медичної етики (зміни 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html

ВМА: Резолюція щодо відповідальності лікарів в денонсації актів катувань чи жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження, про які їм стало відомо, Гельсінкі (2003) www.wma.net/en/30publications/10policies/t1/

ВМА: Положення щодо тілесного огляду засуджених та ув'язнених, Будапешт (1993, зміни 2005) www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/

www.coe.int

Рада Європи є провідною організацією із захисту прав людини континенту. Вона включає в себе 47 держав-членів, 28 з яких є членами Європейського союзу. Усі держави-члени Ради Європи підписалися під Європейською конвенцією з прав людини – договір, спрямований на захист прав людини, демократії та верховенства закону. Європейський суд з прав людини контролює здійснення Конвенції у державах-членах.

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE