

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

Прирачник за здравствените работници и останатиот затворски персонал со задолженија за добросостојбата на осудените лица

Андреас Лехтмец (Andreas Lehtmets)

Јорг Понт (Jörg Pont)

Совет на Европа

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

Прирачник за здравствените работници и останатиот затворски персонал со задолженија за добросостојбата на осудените лица

Андреас Лехтмец (Andreas Lehtmets)

Јорг Понт (Jörg Pont)

Совет на Европа

Мислењата изнесени во овој документ се целосна одговорност на авторите и не мора да ја одразуваат официјалната политика на Советот на Европа.

Сите барање за репродуцирање или превод на целиот или делови од овој документ треба да се упатат до Директоратот за комуникации (F-67075 Стразбур, ЦЕДЕКС или publishing@coe.int Сета останата кореспонденција во врска со овој документ треба да се упати до Генералниот директорат за човекови права и владеење на правото.

Насловна страна: SPDP, Совет на Европа

Фотографија на насловна страна: Shutterstock

Графичко уредување: Jouve

© Совет на Европа, ноември 2014 г.

Печати: Совет на Европа

Автори

Г-дин Андрес Лехтмец, психијатар, Централна болница во Западен Талин, Естонија, поранешен Потпретседавач со Европскиот комитет за превенција на тортура и нечовечно или понижувачко постапување или казнување

Г-дин Јорг Понт, поранешен советник за здравствени прашања при Министерството за правда на Австрија

Содржина

ПРЕДГОВОР

СПИСОК СО КРАТЕНКИ

ПОГЛАВЈЕ 1- МЕДИЦИНСКА ЕТИКА ВО ЗАТВОРИТЕ

- 1.1. Нивоа на здравствена заштита во затворите
- 1.2. Унапредување на хигиената и здравјето
- 1.3. Доверливост на здравствените податоци
- 1.4. Медицински консултации
- 1.5. Водење медицинска документација и евиденција
- 1.6. Останати етички прашања

ПОГЛАВЈЕ 2- ПСИХИЈАТРИСКА НЕГА И ПЛАНОВИ ЗА ТРЕТМАН – ТЕРАПЕВТСКИ И РЕХАБИЛИТАТИВНИ ПСИХОСОЦИЈАЛНИ АКТИВНОСТИ ВО ЗАТВОРИТЕ

- 2.1 Услуги за ментално здравје во затворите
- 2.2 Психијатриски одделенија во затворите
- 2.3 План за третман
- 2.4 Согласност за психијатриски третман
- 2.5 Спречување на самоубиства
- 2.6 Останати проблеми со менталното здравје во затворите
- 2.7 Двојна дијагноза во затворите
- 2.8 Осудени лица со растројства на личноста

ПОГЛАВЈЕ 3 – СПРЕЧУВАЊЕ НА ШИРЕЊЕТО НА ХИВ/СИДА И ХЕПАТИТИС Б/Ц ВО ЗАТВОРИТЕ

- 3.1 Епидемиолошки историјат
- 3.2 Меѓународни документи
- 3.3 Подобрување на ставовите и знаењата
- 3.4 Намалување на снабдувањето и побарувачката на дрога
- 3.5 Намалување на штетите од ризичното однесување
- 3.6 Превентивни медицински интервенции

ПОГЛАВЈЕ 4 – ДВОЈНАТА ЕПИДЕМИЈА- ХИВ/СИДА И ТУБЕРКУЛОЗА

ПОГЛАВЈЕ 5 – ПСИХОАКТИВНИ СУПСТАНЦИ И МЕДИЦИНСКОТО УПРАВУВАЊЕ СО ОСУДЕНИ ЛИЦА -ЗАВИСНИЦИ ОД ДРОГА

- 5.1 Психоактивни супстанции
- 5.2 Физичка и клиничка зависност од дрога
- 5.3 Медицинско управување со осудени лица -зависници од дрога

СПИСОК НА ОНЛАЈН РЕФЕРЕНТНИ МАТЕРИЈАЛИ

Предговор

Овој Прирачник е наменет за здравствените работници во затворите и останатиот затворски персонал со задолженија за добросостојбата на осудените лица. Прирачникот нуди практични информации за најразлични прашања поврзани со психијатриската нега, спречување на ширењето на преносливи болести (како што е синдромот на стекнат имунолошки дефицит- СИДА, хепатитис и туберкулоза), психоактивни супстанции и медицинското управување со осудени лица- зависници од дрога. Во текстот се нагласуваат важни етички стандарди и се даваат предлози за решавање на етичките дилеми поврзани со пристап кон лекар, еквивалентност на здравствената заштита, согласноста на пациентот и доверливоста, превентивната здравствена заштита, хуманитарната помош, професионалната независност и компетентност.

Овој Прирачник содржи примери за добри практики од цела Европа. Авторите се потпираат на резултатите од мултилатералниот состанок за медицинска етика и здравствена заштита во затворите, одржан во Стразбур, во мај 2012 г. На овој состанок, високи официјални претставници и професионалци одговорни за здравствената заштита во затворите од неколку држави – членки на Советот на Европа ги споделија нивните искуства и дискутираа за начините како во практика да се применат стандардите на Советот на Европа и препораките на Европскиот комитет за превенција на тортура и нечовечни или понижувачко постапување или казнување (КПТ).

Прирачникот е замислен да послужи како сеопфатен водич за политиките во оваа област, но и како алатка за управување. Прирачникот исто така ќе биде искористен за поддршка на обуката во рамките на активностите за техничка соработка на Советот на Европа. Услугите за здравствена заштита за лицата лишени од слобода се директно релевантни за мандатот на КПТ. Несоодветната здравствена заштита може многу брзо да доведе до состојби на нечовечно или понижувачко постапување, додека здравствен и немедицински персонал во затворите со подобрени професионални знаења и вештини значи поздрава и побезбедна средина за осудените лица и за затворскиот персонал, како и поодбра заштита на јавноста, преку намалување на ризиците од пренесување на здравствените проблеми од затворите во заедницата.

Би сакал да им се заблагодарам на авторите, г-дин Андреас Лехмец, психијатар во Централната болница во Западен Талин во Естонија, поранешен Потпретседавач со КПТ и на г-дин Јорг Понт, поранешен советник за здравствени прашања при Министерството за правда на Австрија. Нивниот извонреден професионализам и долгогодишно искуство се пренесени во овој Прирачник. Исто така, им се заблагодарувам на моите колешки Љуљета Каса (Luljeta Kasa) и Тања Ракусиќ-Хаџиќ (Tanja Rakusic-Hadzic) со чии напори се оствари идејата за овој прирачник.

Филип Болиа (Philippe Boillat)
Генерален директор
Генерален директорат
Човекови права и владеење на правото
Совет на Европа

Список со кратенки

ЦДЦ	Центри за контрола и превенција на болести (САД)
КМ	Комитет на Министри на Советот на Европа
КПТ	Европски Комитет за превенција на тортура и нечовечно или понижувачко постапување или казнување
ДСМ-IV	Прирачник за дијагноза и статистика за ментални растројства (АПА, 1994)
ЕКЧП	Европска конвенција за човекови права
ЕМЦДДА	Европски мониторинг центар за дрога и зависност од дрога
ЕЗП	Европски затворски правила
МКБ-10	Меѓународна класификација на болести, 10-та ревизија (СЗО, 2010 г.)
МКЦК	Меѓународен комитет на Црвениот крст
НИЦЕ	Национален институт за здравствена и клиничка извонредност
ТБЦТА	Коалиција за туберкулоза – техничка помош
УНАИДС	Заедничка програма на Обединетите нации за ХИВ/СИДА
УНОДОЦ	Канцеларија на Обединетите нации за дрога и криминал
СЗО	Светска здравствена организација
ВМА	Светска медицинска асоцијација

Поглавје 1

Медицинска етика во затворите

Здравствената заштита во затворите се води од истите етички начела, како и здравствената заштита во заедницата. Основните начела се дефинирани во Декларацијата од Женева на Светската медицинска асоцијација (1948 г., последна верзија од 2006 г.), Меѓународниот кодекс на медицинска етика (1949 г., последна ревизија во 2006 г.),¹ Резолуцијата на Генералното собрание на Обединетите нации 37/194 (од 18 декември 1982 г.) и Препораката на Комитетот на Министри на Советот на Европа бр. R (1998) 7, од 8 април 1998² за етичките и организациски аспекти на здравствената заштита во затворите.

Главната задача на затворскиот лекар и останатите здравствени работници е здравјето и добросостојбата на осудените лица. Почитувањето на основните права на осудените лица значи на осудените лица да им се обезбеди превентивен третман и здравствена заштита, еквивалентни на оние кои се обезбедуваат за заедницата пошироко.

Здравствената заштита за лицата лишени од слобода исто така е директно поврзана со спречувањето на лошо постапување. Несоодветно ниво на здравствена заштита може брзо да доведе со состојби кои се опфатени со терминот „нечовечно и понижувачко постапување.“³ Неприфатливо е да се присилуваат осудените лица да престојуваат во установа во која не може да добијат соодветен третман заради немање соодветни капацитети или затоа што таквите капацитети, односно установи одбиваат да ги примат за третман. Во неколку вакви ситуации, Европскиот суд за човекови права утврдил повреда на членот 3 од Европската конвенција за човекови права.⁴

¹ ВМА -Декларација од Женева, ВМА- Меѓународен кодекс на медицинска етика (WMA Declaration of Geneva (1948); WMA International Code of Medical Ethics (2006)-.

² ОН: Начела на медицинската етика релевантни за улогата на здравствениот персонал особено лекарите во заштитата на осудените и притворени лица и заштита од тортура и останато сурово, нечовечно или понижувачко постапување или казнување (1982) (UN: Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1982)); КМ: Етичките и организациски аспекти на здравствената заштита во затворите. Препорака R (1998) 7 (CM: The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation R (1998) 7).

³ Европски комитет за превенција на тортура и нечовечно или понижувачко постапување или казнување (КПТ) Стандарди 2002 г. (ревидирани во 2011 г. (The European Committee for the Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment (CPT) Standards 2002 (rev. 2011)).

⁴ Кудобин против Русија (Khudobin v. Russia 59696/00), Муисел против Франција (Mouisel v. France 67263/01), Каприковски против Полска (Karpiowski v. Poland 23052/05).

1.1 Нивоа на здравствена заштита во затворите

Очигледно е дека во затворите не може да се задоволат сите можни потреби на осудените лица од областа на здравствената заштита. Ова е особено точно за специјалистичките прегледи. Услугите од здравствената заштита кои не може да се обезбедат во затворот треба да се обезбедат во координација со најблиските болници во заедницата. Материјалниот дел од Третиот општ извештај на Европскиот комитет за превенција на тортура и нечовечно и понижувачко постапување или казнување (КПТ) ја дефинира организацијата на услугите за здравствена заштита во затворите.⁵ Службите за здравствената заштита во затворите како минимум треба да се во состојба да го обезбедат следново:

- Редовно ангажиран лекар по општа пракса и специјалистички консултации,
- Амбулантски третман со надзор,
- Стоматолошки услуги,
- Амбуланта,
- Директна поддршка од целосно опремена болница во заедницата или од затворска болница,
- Интервенции во итни состојби.

Има растечки тренд здравствената заштита во затворите да се интегрира со службата за здравствената заштита во заедницата. Советот на Европа смета дека ваквиот тренд е чекор во вистинска насока. Кога услугите за здравствена заштита во затворите се потпираат на специјалистичка нега од институции надвор од затворот, достапноста на ваквите услуги за здравствена заштита може да стане проблематична. Затворската управа треба да обезбеди дека работното време и квалификациите на ангажираните лекари ги задоволуваат потребите на затворот. Присуството на средниот медицински персонал (медицински сестри) треба да овозможи да се обезбеди целосна здравствена нега. На пример, секогаш се претпочита лекарствата да ги дистрибуираат медицинските сестри, односно средниот медицински персонал. Доколку тоа не е возможно, надлежните органи треба барем да дефинираат список со лекарства кои мора секогаш да се дистрибуираат само со надзор од медицински персонал, како што се психотропни и антивирусни лекарства, како минимум. Во случаите во кои во установата нема достапен персонал за здравствена заштита, навечера и за време на викендите, затворскиот персонал треба да биде обучен за давање прва помош. Како правило, треба да има дежурен лекар која може да биде повикан доколку има итна состојба.

⁵ СРТ/Inf (2012)21.

Еквивалентност на здравствената заштита

Затворската служба за здравствена заштита треба да биде во состојба да обезбеди медицински третман и нега, како и да дефинира соодветна исхрана, да обезбеди физиотерапија, рехабилитација или друга специјалистичка здравствена заштита, во услови, споредливи со условите во кои ваквата здравствена заштита им се обезбедува на пациентите во заедницата. Обезбедувањето на среден медицински и технички персонал, како и простории, инсталации и опрема треба да се насочи следствено на погоре изнесеното.

Третман на осудени лица во болници во заедницата

Како што се наведува погоре, самиот затвор не секогаш може да ја обезбеди целата потребна специјалистичка здравствена заштита. Често мора да се користат болниците во близина на затворот за да се најде решение за посложени здравствени состојби. Доколку се користи болница од заедницата се појавува прашањето за соодветни безбедносни аранжмани. Осудените лица упатени на болнички третман не треба да бидат физички врзани за нивниот болнички кревет или да бидат физички врзани за други делови од мебелот заради безбедносни причини. Треба и може да се најдат други средства за задоволување на потребите за осигурување на безбедноста; едно од можните решенија е формирање на затворско одделение во таквите болници.⁶

1.2 Унапредување на хигиената и здравјето

Задачата на затворската здравствена служба не треба да биде ограничена само на третирање на болни пациенти. Во отсуство на специјализирана служба, оваа служба исто така ја носи одговорноста, во соработка со надлежните органи, да врши надзор на организацијата на исхраната (квалитет, квантитет, подготовка и дистрибуција на храна), како и надзор врз состојбата со хигиената (дали се чисти алиштата и постелнината, пристап кон вода, санитарните инсталации), потоа надзор врз греењето, осветлувањето и проветрувањето на ќелиите. Исто така, треба да се земе предвид и начинот на организација на работниот ангажман и престојот на отворено. Затворската здравствена служба исто така треба да работи и на менталната хигиена, особено на спречување на штетното психолошко влијание на одредени аспекти на животот во затвор. Условите непогодни за добра здравствена состојба, пренатрупаноста, продолжената изолација и неактивност може неопходно да бараат или здравствена грижа за поединечни осудени лица и/или може неопходно да бараат надлежните органи да преземат општи активности за здравствена заштита.⁷

⁶ СРТ/Inf (2012)13.

⁷ СРТ/Inf (2012)4.

Пристап кон лекар

Додека ја отслужуваат затворската казна осудените лица треба да имаат пристап кон лекар во кое било време, без оглед на затворскиот режим кој им е определен. Ова е особено важно за лица за кои е определен режим на самица. Службата за здравствена заштита треба да обезбеди барањата за преглед од лекар да се исполнат без непотребно одлагање. Амбулантскиот третман треба да биде под надзор на затворскиот персонал за здравствена заштита; во многу случаи не е доволно обезбедувањето на пост-третманска грижа да зависи од барањето за таква грижа од осуденото лице. Следствено треба да се дефинираат планови за следење на здравствената состојба по одреден медицински третман.

Пристап кон лекарства

Лекарствата на осудените лица треба да им се обезбедат соодветно на нивната здравствена состојба. Начелото на еквивалентност на здравствената заштита се однесува и на лекарствата. Средствата што им се доделуваат на затворите треба да бидат достаточни за да овозможат да се обезбедат бесплатни лекарства за осудените лица кои немаат здравствено осигурување или кои немаат доволно средства за самите да ги платат лекарствата. Не треба да има прекин (во случај на пренесување на осуденото лице од една во друга установа) за да се обезбеди континуитет на долгорочниот третман.⁸

1.3 Доверливост на здравствените податоци

Со исклучок на итните состојби, секој лекарски преглед/консултација треба да се изведува во посебна просторија за лекарски прегледи со цел да се создаде клима на доверба, приватност и достоинство. Треба да се гарантира и почитува доверливоста на здравствените податоци на ист начин како и за општата популација. Осудените лица треба да се прегледуваат индивидуално, не во групи. Во просторијата за лекарски преглед не треба да бидат присутни трети лица кои не се дел од службата за здравствена заштита (други осудени лица или не-медицински персонал). На осудените лица не треба да им се стават лисици за време на прегледот/консултацијата, а затворскиот персонал задолжен за безбедност треба да биде на доволна далечина да не може да го чуе разговорот или да го гледа осуденото лице во текот на лекарскиот преглед, освен доколку нивното присуство не го побара лекарот или сестрата заради безбедност и сигурност.⁹ Во неколку неодамнешни извештаи од посети на земји од страна на КПТ, критикувани се практики кои се спротивни на овие правила.¹⁰ Европскиот суд за човекови права утврдил повреда на членот 3 од ЕКЧП, односно утврдил нечовечно и понижувачко постапување,¹¹ во случаи на осудени лица на кои им биле ставени лисици во текот на лекарскиот преглед и третман.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁸ СРТ/Inf (99)18.

⁹ КПТ Стандарди 2002 (ревизија од 2011 г.). (CPT Standards 2002 (rev. 2011).)

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

¹¹ Мусел против Франција (Mouisel v. France 67263/01) и Тараријева против Русија (Tarariyeva v. Russia 4353/03).

Може и треба да се најдат алтернативни решенија со цел да се воспостави рамнотежа меѓу легитимните барања во однос на безбедноста и начелото на доверливост на здравствените податоци. Еден можен начин е воспоставување на систем на повици, кој лекарот ќе може да го употреба со цел брзо да го алармира затворскиот персонал задолжен за безбедност во исклучителни случаи во кои осуденото лице ќе се вознемири или ќе почне да се заканува во текот на лекарскиот преглед.¹²

Конечната одлука за етичките дилеми однос на одредена практика на употреба на лисици и разговори зад стаклен панел, треба да им му се остави да ја донесе здравствениот персонал. Просториите за лекарски прегледи треба да бидат безбедни, што значи дека треба да се опремени на начин со кој се сведува ризикот од бегство на минимум; ова исто така помага да се решат и одредени прашања во однос на безбедноста.

Доколку и кога на затворскиот персонал задолжен за безбедност му се довери задача за дистрибуција на лекарства на осудените лица, здравствениот персонал треба однапред да ги спакува лекарствата во кутии за дозирање. Со цел да се зачува доверливоста на здравствените податоци, затворскиот персонал задолжен за обезбедување не треба да ги знае називот и дозата на лекарствата.

Водењето на здравствена евиденција е одговорност на лекарот. Во случај на пренесување на осуденото лице од една во друга установа, здравствената евиденција за осуденото лице треба да се испрати на начин со кој се зачува доверливоста, со користење на сигурен пренос на податоци, до лекарот во установата која го прима осуденото лице.

Доверливост на односот лекар- пациент како камен-темелник на медицинската етика

Почитувањето на доверливоста е со суштинско значење за воспоставување на клима на доверба, која е неопходна за односот меѓу лекарот и пациентот; лекарот треба да ја има обврската да го зачува таквиот однос и да одлучи како да ги испочитува правилата за доверливост во конкретен случај. Затворскиот лекар работи како матичен лекар на пациентот. Осудените лица треба да бидат во можност да му пристапат на здравствениот персонал на основа на доверливост, на пример преку доставување пораки во затворен плик. Затворскиот персонал не треба да настојува да ги прегледува барањата за консултација со лекар.

Може да настане тешка ситуација кога одлуката на пациентот е спротивна на општата должност која ја има лекарот да обезбеди здравствена заштита и нега. Ова може да се случи кога осуденото лице се раководи од лични убедувања (на пример, одбивање на трансфузија на крв) па дури прибегнува кон само-осакатување со цел да изврши притисок за одредено барање или да изрази протест против властите или да покаже поддршка за одредена кауза.

¹² CPT/Inf (2007)47.

1.4 Медицински консултации

Во склад со Препораката CM Rec(2006)2 за Европските затворски правила (ЕЗП), став 42.1-3 (Должности на лекарите) лекарот ќе го прегледа секое осудено лице веднаш по приемот, секогаш кога осуденото лице се жали на болест, откога осуденото лице било повредено или било предмет на насилство и пред отпуштањето од затвор. Доколку лекарот не е во можност навреме да го прегледа ново пристигнато осудено лице или осудено лице-пациент, лекарот мора да обезбеди дека ќе го замени друг лекар или квалификувана медицинска сестра.¹³ Секогаш кога ова не е возможно, заради недостаток на здравствен персонал и/или заради пренатрупаност на затворите, се повредува првото од седумте основни начела на КПП, односно пристап кон лекар. Здравствениот персонал ја има одговорноста да бара дополнителен персонал доколку е потребно и да го документира таквото барање. При неговите посети на различни земји. КПП повеќепати во многу земји идентификувал несоодветен број на персонал за здравствена заштита во затворите. Последиците од недоволниот број на здравствен персонал, како што се неизвршување или одлагање на лекарските прегледи, консултации или нега може да доведат до нечовечно постапување, што претставува повреда на членот 3 од ЕКЧП.¹⁴

Согласност на пациентот

По правило, здравствените работници не смеат да извршуваат прегледи или да даваат третман без согласност на пациентот. Согласноста бара соодветно информирање – „информирана согласност“ – при што исто така треба да се земат предвид писменоста, тешкотии во разбирањето и јазичните бариери, кои се чести меѓу затворската популација, проблем кој КПП го утврдил при посети на неколку земји. Доколку нема согласност од пациентот или пациентот одбива преглед или третман, лекарот мора да обезбеди дека пациентот ги разбира последиците од неговата одлука и дека пациентот е информиран дека може да ја повлече/смени одлуката во кое било време. Какво било отстапување од начелото на добивање согласност од пациентот може да се оправда само доколку е во согласност со законот, на пример во случај на пациенти со ментално растројство кои немаат капацитет да ги разберат последиците или во случај на итен третман на пациент во бесознание. Во текот на посетите на КПП, повеќе пати е утврдено непочитување на ова етичко начело.¹⁵ Европскиот суд за човекови права утврдил повреда на членот 3 од ЕКЧП¹⁶ во случаи на медицински интервенции извршени без согласност на пациентот.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

¹³ КМ: Препорака Rec(2006)2 за Европските затворски правила (ревидирана) (CM: Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules (revised)).

¹⁴ Павалаче против Романија (Pavalache v. Romania 38746/03); Кудобин против Русија (Khudobin v. Russia 59696/00), Хуматов против Азербејџан (Hummatov v. Azerbaijan 9852/05).

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

¹⁶ Невмержитски против Украина (Nevmerzhtsky v. Ukraine 54825/00); Јалох против Германија (Jalloh v. Germany 54810/00).

Право да се даде согласност за медицински третман

Секој пациент способен да расудува има слобода да одбие медицински третман или каква било друга медицинска интервенција. Секое отстапување од ова основно начело треба да биде во согласност со законот и истото може да настане само во јасно и строго дефинирани исклучителни околности, кои исто така се применуваат во заедницата пошироко.

Мора да се применува многу претпазлив приод кога станува збор за биомедицински истражувања со осудени лица. Секогаш постои ризикот врз согласноста за учество да влијаела состојбата со затворската казна на лицето. Треба да има заштитни мерки за да се обезбеди дека секое засегнато осудено лице дало слободна и информирана согласност. Правилата во овој контекст треба да бидат исти како и оние кои се применуваат во заедницата пошироко.

Медицински консултации при прием

Треба да се нагласи важноста на лекарскиот преглед при прием: главната цел на ваквиот преглед е рано откривање на критични здравствени состојби, за кои може да бидат потребни итни мерки за да се заштити здравјето на ново пристагнатото осудено лице, а во случај на преносливи болести, да се заштити здравјето на затворската популација. Токму затоа ваквиот преглед, освен во исклучителни околности, треба да се изврши истиот ден кога било примено осуденото лице.¹⁷ Во неколку извештаи од неодамнешни посети на земји, КПТ утврдил непотребни одлагања на здравствениот преглед при прием,¹⁸ или извршување нецелосни лекарски прегледи на површен начин.¹⁹

Покрај тоа, првичниот лекарски преглед дава клучна можност здравствениот работник да се стекне со доверба на ново пристигнатото осудено лице и на истото да му даде информации за следното:

- Доверливоста на односот лекар-пациент и професионалната независност на лекарот,
- Правата и обврските на осудените лица во однос на здравјето,
- Организацијата на услугите за здравствена заштита и како, кога, каде и од кого може осуденото лице да добие медицинска помош и совет,
- Ризикот од преносливи болести во затворот и како да се одбегне таквиот ризик,
- Скрининг за туберкулоза, ХИВ и хепатитис Б/Ц инфекции,
- Одреден посебен третман и програми за унапредување на здравјето кои се обезбедуваат во затворот.

Медицинска етика во затворите

¹⁷ КПТ Стандарди (ревизија од 2011 г. (CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

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

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

Овие информации треба да се дадат на начин на кој осуденото лице може целосно да ги разбере. Во врска со ова, важни прашања кои треба да се земат предвид се попреченост во учењето и неписменоста, кои често се среќаваат меѓу затворската популација, како и јазичните бариери. Графички добро дизајнирани летоци и нивен превод на релевантните јазици може да бидат од дополнителна помош.

Во текот на лекарскиот преглед при прием, лекарот или медицинската сестра треба да му се престави на ново пристигнатото осудено лице, кажувајќи го името и титулата и треба да се обиде да создаде клима на почитување, доверба, приватност и достоинство. Лекарскиот преглед при прием, како и секој прв преглед во здравствените установи во пошироката заедница, треба да се состои од утврдување на медицинската историја/анамнеза и физички преглед. За да може да се преземат итни активности по лекарскиот преглед при прием во затворот, особено внимание треба да се посвети на следниве елементи:

- Знаци на тешки форми на ментални растројства,
- Фактори на ризик од самоубиство,
- Историја и знаци на физичка зависност од алкохол или дрога и симптоми на повлекување од нивно користење,
- Евиденција и/или знаци на насилство и лошо постапување,
- Заразни болести,
- Ментална или физичка попреченост, која води до состојба на особена ранливост во затворот.

На пациентите кои страдаат од акутна психоза или длабока депресија потребен им е итен третман во психијатриска установа. Исто така, на осудените лица кај кои постои ризик од самоубиство потребна им е итна медицинска поддршка и треба да бидат под посебен надзор.²⁰ Во извештаите од посетите на земјите, КПТ го критикува занемарувањето да се идентификуваат таквите осудени лица / пациенти и/или да се преземат соодветни мерки.²¹ Во такви случаи Европскиот суд за човекови права утврдува повреда на членот 2 (право на живот) и/или на членот 3 (забрана на тортура и нечовечно или понижувачко постапување или казнување) од ЕКЧП.²²

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

²⁰ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) КМ: Етичките и организациски аспекти на здравствената заштита во затворите Препорака R (1998) 7. (CPT Standards 2002 (rev. 2011); CM: The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation R (1998) 7.)

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

²² Кианан против ОК (Keenan v. UK 27229/95); Гувеч против Турција (Guvenc v. Turkey 70337/01); Ривиере против Франција (Riviere v. France 33834/03-; Ренолд против Франција (Renolde v. France 5608/05); Де Дондер и Де Клипел против Белгија (De Donder and De Clippel v. Belgium 8595/06); Дибеку против Албанија (Dybeku v. Albania 41153/06); Кетреб против Франција (Ketreb v. France 38447/09); Мусел против Франција (Mouisel v. France 67263/01); Тараријева против Русија (Tarariyeva v. Russia 4353/03).

Кај пациентите кои се зависници од психоактивни дроги постои ризикот да пројават потенцијално животна загрозувачки апстиненцијален синдром во првите денови по започнување на затворската казна. Затоа потребна им е соодветна здравствена заштита. КПТ по посети на неколку земји утврдил недостатоци во овој контекст²³ и има барем еден случај на апстиненцијален синдром со смртоносни последици во судската пракса на Судот во Стразбур, во кој е утврдена повреда на членот 3 од ЕКЧП (забрана на нечовечно и понижувачко постапување или казнување.)²⁴

Според законодавството на многу земји, како и според стандардите на КПТ,²⁵ потоа ставот 42.3в од ЕЗП,²⁶ Декларациите на Светската медицинска асоцијација (ВМА)²⁷ и Протоколот од Истанбул,²⁸ затворскиот лекар има должност да ги документира знаците на насилство и особено какви било знаци на лошо постапување за кои има сознанија и истите да ги пријави до надлежните органи, со согласност на пациентот. Документацијата мора да се изготви без одлагање, затоа што физичките знаци на насилството исчезнуваат со време, а ова мора соодветно да биде изнесено пред суд.²⁹ Таквите знаци мора веднаш да се пријават при надлежните органи со цел да се спречи продолжувањето на насилството и лошото постапување. Исто така, прегледот при прием треба да послужи за откривање на знаци на насилство или лошо постапување. Во текот на посетите на различни земји, КПТ ги критикува континуираните пропусти во соодветното извршување на прегледите, односно во откривањето знаци на насилство.³⁰ Наводите за лошо постапување треба да ги евидентира затворскиот лекар и заедно со објективните наоди од здравствениот преглед и заклучоците на лекарот во врска со конзистентноста треба веднаш да се достават, односно истите да се изнесат пред надлежниот обвинител.³¹

Медицинска етика во затворите

²³ СРТ/Inf (2004)20; (2006)14; (2007)42; (2012)32.

²⁴ МекГлинчи и други против ОК (McGlinchey and others v. UK 50390/99).

²⁵ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

²⁶ КМ: Препорака Rec(2006)2 за Европските затворски правила (CM: Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules).

²⁷ Светска здравствена асоцијација: Декларација од Токио. Насоки за лекарите во врска со тортура и останато сурово, нечовечно или понижувачко постапување или казнување во однос на притворот и затворот, Токио 1975 г., ревизија во Дивон-Ле-Бен (2005 г.); Светска медицинска асоцијација: Декларација за поддршка на лекарите кои одбиваат да учествуваат или да ја одобрат примената на тортура или други форми на сурово, нечовечно или понижувачко постапување, Хамбург (1997 г.); Светска медицинска асоцијација: Резолуција за одговорноста на лекарите да пријават акти на тортура или сурово или понижувачко постапување за кои имаат сознанија, Хелсинки (2003 г.) (World Medical Association: Declaration of Tokyo. Guidelines for physicians concerning torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment in relation to detention and imprisonment. Tokyo 1975, rev. Divonne-les-Bains (2005); World Medical Association: Declaration concerning support for medical doctors refusing to participate in, or to condone, the use of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment, Hamburg (1997); World Medical Association: Resolution on the responsibility of physicians in the denunciation of acts of torture or cruel or inhuman or degrading treatment of which they are aware, Helsinki (2003)).

²⁸ ОН: Протокол од Истанбул. Прирачник за делотворна истрага и документирање на тортура и останато сурово, нечовечно или понижувачко постапување или казнување (Њујорк/Женева 2004 г.) (UN: Istanbul Protocol. The manual on effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (New York/Geneva 2004)).

²⁹ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

³⁰ СРТ/Inf (2009)1; (2009)13; (2009)37; (2010)1; (2010)33; (2011)24; (2012)1.

³¹ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

Скринингот за преносливи болести во текот на здравствените прегледи при прием е од суштинско значење за да се идентификуваат пациенти кои треба да бидат изолирани и за да се спречи ширењето на болеста, како што е пренесување на туберкулоза преку воздухот. Изолацијата на осудените лица заради ризик од инфекција во затворите треба да се спроведе на ист начин како што се изолираат пациентите во заедницата пошироко,³² што значи дека нема воопшто никакви причини да се изолираат осудени лица затоа што се заразени со ХИВ или хепатитис Б и Ц. Сепак, едукација и информации за ризиците од инфекција со овие болести во затворот, нудење мерки за намалување на штетите, давање можност на осудените лица за доброволно доверливо советување и тестирање и доколку е соодветно ран третман треба да бидат дел од медицинските консултации при прием. По неколку неодамнешни посети на земји, КПТ изрази критики за неспроведувањето или недостаточното спроведување на скрининг за преносливи болести во текот на првиот здравствен преглед при прием.³³

Лицата со ментална или физичка попреченост се особено ранливи во затворот. Заради нивната попреченост тие не можат да ги разберат и/или да се справат со строгите и цврсто поставени услови во „затворена институција“, како што се затворите и се изложени на ризикот од ментална и физичка злоупотреба од непрофесионалниот затворски персонал и од страна на останатите осудени лица. Затоа, здравствените работници при прием треба да ги идентификуваат осудените лица со попреченост со цел да им понудат хуманитарна помош³⁴ и да препорачаат соодветни мерки за нивна заштита. Европскиот суд за човекови права утврдил повреда на членот 3 од ЕКЧП³⁵ во случаи во кои не била исполнета ваквата обврска, сметајќи дека истото преставува понижувачко постапување.

Ако се земат предвид сите погоре наведени задачи на здравствените работници во текот на медицинските консултации при прием, станува јасно дека за да се исполнат сите овие задачи потребно е да има достаточное време за секој преглед, односно консултација. Со оглед на барањето прегледот да биде извршен на денот на прием на осуденото лице, неопходно следи заклучокот дека тимот за здравствена заштита треба да биде соодветно екипиран со персонал, следствено на бројот осудени лица кои се примаат дневно во затворот, особено во притворските установи. КПТ постојано се навраќа на ова прашање, како и по последните посети на земји.³⁶

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

³² СРТ/Inf (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32.

³³ СРТ/Inf (2011)26; (2012)1; (2012)4; (2012)11; (2012)15; (2012)17; (2012)32.

³⁴ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

³⁵ Прајс против Обединетото Кралство (Price v. the United Kingdom 33394/96).

³⁶ СРТ/Inf (2012)1; (2012)9; (2012)17; (2012)19; (2012)21; (2012)32.

Без оглед на неговата важност, мора да се има предвид дека како правило, за здравствениот преглед при прием, како и за секоја друга медицинска интервенција, потребна е согласност од пациентот.³⁷ Персоналот за здравствена заштита има обврска да понуди таков преглед; сепак, осуденото лице има право да се откаже од таков преглед. Во случаите во кои осуденото лице одбива лекарски преглед, тоа мора да се забележи и да се внесе во медицинската документација за осуденото лице.

Лекарски преглед по инциденти со насилство

Во согласност со Препораката на комитетот на Министри R(1998) 7 и Стандардите на КПТ, затворската служба за здравствена заштита може да помогне да се спречи насилството против осудените лица со тоа што систематски ќе ги евидентираат повредите и доколку е неопходно редовно ќе доставуваат општи информации до надлежните органи во врска со проблемот на насилство во затворите.³⁸

Лекарските прегледи по инциденти со насилство преставуваат основна заштитна мерка против лошото постапување и неказниност, како и против насилството меѓу осудените лица. Ова опфаќа не само откривање на знаци на насилство во текот на здравствениот преглед при прием, туку и здравствени прегледи по секоја појава на насилство во текот на затворската казна. Мора да се евидентира секој навод за насилство или лошо постапување, по претходен детален здравствен преглед, документирање на наодите во медицинската документација и евидентирање во истата на заклучоците на лекарот, а ова потоа мора да се достави до надлежниот обвинител, со согласност на пациентот, како основи за постапка пред суд.³⁹ Покрај тоа, секој инцидент со насилство треба да биде опфатен со систематично водење статистичка евиденција за насилство од страна на здравствените работници, со цел да им се помогне на властите да го оценат нивото на насилство во затворот и да дефинираат превентивни мерки против насилство. После неодамнешните посети на неколку земји, КПТ изрази критики за небрежноста во исполнувањето на овие препораки.⁴⁰

Медицинска етика во затворите

³⁷ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

³⁸ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (CPT Standards 2002 (rev. 2011)); CPT/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34.

³⁹ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

⁴⁰ Славомир Мушиал против Полска (Slawomir Musial v. Poland 28300/06), Аертс против Белгија (Aerts v. Belgium 25357/94).

Лекарски преглед пред отпуст

Според став 33.6 од ЕЗП, лекарскиот преглед е дел од подготовките на осуденото лице за отпуст од затворот. Ваквиот преглед треба да се понуди што е можно поблиску до датумот на отпуст од затворот,⁴¹ но со определување на доволно време за соодветно извршување на здравствениот преглед. Моментот кога осуденото лице ќе го добие доверливиот здравствен картон, кој служи како медицинска информација за лекарот кој ќе се грижи за него по отпустот од затвор, може да се искористи како можност на осуденото лице да му се дадат медицински совети за неговата идна здравствена заштита. Особено е важно да се информираат осудените лица кои се зависници од дрога за големиот ризик од смртоносно предозирање, доколку продолжат со користење на дрога по ослободувањето.⁴² Од особена важност е непреченото продолжување на здравствената нега на пациенти кои примаат терапија против микобактерии (туберкулоза) и антиретровирусна терапија, затоа што прекилот во терапијата води до развивање на резистентна туберкулоза и до резистентни вирусни варијанти меѓу пациентите кои се третирани со лекараства за психијатриско одржување или со супституциска терапија за опијати. Продолжувањето на супституциската терапија се покажало дека помага да се намали значително високата стапка на смртност меѓу корисниците на дрога на првиот ден по отпуст од затворот.⁴³ Продолжувањето на здравствената заштита во периодот на премин од затвор во заедницата, заедно со психосоцијалната грижа, што од неодамна се нарекува „последователна нега“ или „сеопфатна нега“⁴⁴ треба да се планираат многу порано пред отпустот, но здравствениот преглед пред отпуст има важна улога во овој процес.

1.5 Водење медицинска документација и евиденција

Се изнесува аргументот дека со оглед на недостатокот на здравствени работници и нивната преоптовареност со работа, тие треба нивното ограниченото време да го посветат на грижа за пациентите наместо на документација и административни работи. Сепак, деталната документација и водењето евиденција се од суштинска важност за квалификувана здравствена заштита и за континуитет на истата, не само во интерес на пациентот, туку и во интерес на здравствените работници и затворската управа. Наводите за недостатоци во здравствената заштита може да се изнесат пред Европскиот суд за човекови права, доколку со соодветно водена медицинска документација не се докаже спротивното.⁴⁵

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁴¹ КМ: Препорака Rec(2006)2 за Европските затворски правила (Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules).

⁴² СЗО Европа: Спечување на акутен морталитет поврзан со дрога меѓу затворската популација во периодот веднаш по ослободување од затвор (2010 г.) (WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period (2010)).

⁴³ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

⁴⁴ Throughcare Working in Partnership: Throughcare services for prisoners with problematic drug use – a toolkit, ed. M. MacDonald et al., European Commission (2012). (Сеопфатната нега функционира во партнерство: Сеопфатни услуги за осудените лица со проблематично користење на дрога- алатки), едиција М. Мекдоналд и други, Европска комисија (2012 г.).

⁴⁵ Маленко против Украина (Malenko v. Ukraine 18660/03).

За секој пациент треба да има здравствен картон, којшто содржи дијагностички информации и евиденција за медицинската историја или анамнеза на пациентот, вклучително и специјалистички прегледи на кои евентуално бил упатен пациентот. Здравствените тимови треба да водат дневна евиденција- дневник, каде ќе се евидентираат инцидентите поврзани со пациентот. Таквата евиденција или дневници се корисни затоа што даваат општ преглед за здравствената состојба во затворот и ги истакнуваат конкретните проблеми кои може да се појават.

На осуденото лице треба да му се дозволи увид во неговата медицинска документација, освен доколку ова не е контра-индицирано заради терапевтски причини, а осуденото лице исто така треба да ја има можноста да побара информациите содржани во медицинската документација да бидат пренесени на неговото семејство или адвокат. Во случаите на пренесување на осудено лице од една во друга установа, медицинска документација, односно здравствениот картон, треба да се достави до лекарот во установата која го прима осуденото лице.⁴⁶

Индивидуална медицинска документација – здравствен картон

Во согласност со законодавството за здравствена грижа на повеќето земји и начелото на еквивалентност на здравствената грижа, затворските здравствени работници имаат обврска да отворат и да водат медицинска документација – здравствена картон за секое поединечно осудено лице.

Здравствениот картон треба да ја содржи целосната медицинска историја, резултатите од медицинскиот преглед при прием, сите достапни медицински документи во врска со пациентот, вклучително и сите консултации извршени на барање на пациентот, наодите на лекарот, дадените совети и третман. Секоја информација внесена на писмено треба да се потпише. По неколку посети на затвори, КПТ идентификуваше и изрази критики за случаи на нецелосна или дури и немање медицинска документација.⁴⁷ Во сите затвори во земјата треба да се употребуваат здравствени картони со стандардизиран формат со цел да се олесни преносот на медицинските информации меѓу затворските лекари кога осуденото лице се пренесува од една во друга установа. Особено е важно внимателно да се води детална документирана евиденција за следново:

- Здравствен преглед при прием
- Информации за сите дијагнози кои упатуваат на сериозни последици по здравјето во иднина, за третманот или дали се работи за пренослива болест,
- Итни медицински состојби,
- Информации за прегледи или третмани со можни несакани дејствија односно последици,
- Информирана согласност или одбивање согласност или одбивање на препорачан преглед или третман,
- Евиденција за знаци на насилство,
- Какви било околности во кои била повредена доверливоста на здравствените податоци или согласноста на пациентот .

Медицинска етика во затворите

⁴⁶ СРТ/Inf (2009)38.

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

Пациентите треба да добијат објаснување за дијагнозите, прогнозите, препораки за третман, алтернативи за третманот, несакани дејства на третманот и информации за каков било ризик доколку не се примени третманот, со цел пациентите да можат да дадат или да не дадат информирана согласност. Информациите кои му се дадени на осуденото лице треба да се документирани во здравствениот картон на осуденото лице. За инвазивни медицински постапки или третмани кои сигурно имаат несакани дејства, треба да има согласност од пациенти на писмено.

До медицинската документација може да имаат пристап само лекари, медицински сестри и останати здравствени работници кои се обврзани со доверливост на здравствените податоци, а истата мора да се чува под клуч и одвоена од индивидуалните административни досиеја на осудените лица. Затворските лекари и медицински сестри никогаш не смеат да дозволат откривање на здравствени податоци за пациентите на затворската управа или на кои било други трети страни, без изречна согласност на пациентот. Исклучоците од ова правило се следниве: судска наредба (во таков случај лекарот треба да ги предаде информациите директно на судијата) и ретките случаи во кои лекарот мора да одлучи да ја наруши доверливоста за да заштити силно законско право, како што е спасување на здравјето или животот на друго лице. Во два случаи лекарот мора соодветно да го информира осуденото лице -пациент. По посетите на земјите, КПТ постојано ја нагласува потребата од подобрување на доверливоста на медицинската документација за осудените лица.⁴⁸ Неколку држави се во фаза на воспоставување на електронски систем за медицинска евиденција, но за ваквиот систем потребни се заштитни мерки со цел само здравствениот персонал да има пристап кон податоците за здравствената состојба за индивидуални пациенти.

Лекарот треба да го прифати барањето на осуденото лице- пациент за пристап, односно увид во медицинската документација. Во случај на пренесување на осуденото лице од една во друга установа, здравствениот картон во затворен плик треба да го придружува осуденото лице и истиот треба да се предаде на здравствениот персонал на установата која го прима осуденото лице. По отпустот, осуденото лице- пациент треба да добие медицински извештај. Медицинските информации содржани во ваквиот извештај ќе ги искористи лекарот во заедницата во целите на иден третман, а извештајот може да вклучи и подетални информации од медицинската евиденција доколку е потребно. По отпуст од затвор, затворската управа мора да ја чува медицинската евиденција за осуденото лице за период кој е пропишан со релевантното законодавство на земјата.

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

Затворските лекари имаат должност да ги испитаат и документираат сите знаци на физичко, психолошко или сексуално насилство. Во текот на здравствениот преглед при прием, осуденото лице може да пријави насилство извршено од полицијата. Затоа е важно сите вакви докази да бидат изнесени пред надлежните органи. Доколку осуденото лице не е волно да даде согласност за да се изнесат таквите информации, лекарот мора да изнајде начин да обезбеди дека идентитетот на жртвата нема да биде откриен пред сторителот на насилството. Протоколот од Истанбул⁴⁹ содржи насоки за документацијата која е важна и релевантна и професионално и од законска гледна точка, како и за не-трауматични методи за преглед во случаи на насилство и лошо постапување.

Пристап кон здравствените картони и останатите здравствени информации

На осудените лица треба да им се дадат сите релевантни информации, доколку е потребно и во форма на медицински извештај, за нивната состојба, текот на третманот и лекарствата што им се препишани. Се претпочита осудените лица да го имаат правото да извршат увид во содржината на нивните здравствени картони, освен доколку ова не се препорачува заради терапевтски причини. Тие исто така треба да го имаат правото да побараат информациите да бидат дадени на нивното семејство, адвокатите или лекар надвор од затворот.

Статистичка евиденција (неповрзана со пациентите)

Во согласност со националното законодавство и во соработка со здравствените власти во заедницата, затворските лекари треба да водат статистичка евиденција за сите аспекти на услугите за здравствена заштита извршени во затворите, особено за бројот на консултациите и преваленцата на одредени патологии, измерени според бројот на дијагнози според кодовите од Меѓународната класификација на болестите (МКБ), вклучително и евиденција за болести за кои се доставува известување, како што се туберкулоза, со користење на стандардизирани дефиниции на случаите и категории на третман според Светската здравствена организација (СЗО)- дизентерија, хепатитис и ХИВ. Таквите статистички податоци многу полесно се обработуваат со користење на електронски системи за евиденција, со што се дава поддршка за дефинирање на буџетот и за спроведување и оценка на програмите за унапредување на здравјето и на програмите за превенција.

Како што се наведува погоре, затворските лекари треба да водат статистичка евиденција за сите повреди и причини за повредите (насилство меѓу осудените лица и лошо постапување) и треба редовно да ги доставуваат ваквите податоци до затворските власти. Систематското водење статистичка евиденција за насилството ја олеснува оценката на состојбата и оценката на превентивните мерки, а ова може да има дури и превентивно влијание. Во текот на посетите на затворите,⁵⁰ КПТ постојано препорачува систематично евидентирање на сите случаи на насилство.

⁴⁹ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

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

1.6 Останати етички прашања

Инволвирање на затворските лекари во прашања поврзани со безбедноста и дисциплинските мерки

Лекарите во затворите треба да дејствуваат како матични лекари на осудените лица и со нив треба да воспостават позитивен однос на лекар и пациент. Практиката затворските лекари да дадат потврда дали осуденото лице е во состојба да биде сместено во самица како казна (или друг вид на издвојување на осуденото лице кое на осуденото лице му се наметнува спротивно на неговата волја) не го унапредува ваквиот позитивен однос. Ова прашање е нагласено во ЕЗП: Здравствениот персонал никогаш не треба да учествува во какви било постапки за одлучување, што резултираат со каков било вид на самица, освен доколку мерката не се спроведува заради медицински причини.

Од друга страна, здравствениот персонал треба многу да внимава на состојбата на сите осудени лица во самица. Здравствениот персонал треба да биде известен за секој случај на сместување на осудено лице во самица и треба да го посети осуденото лице веднаш штом истото е сместено во самица, а потоа редовно да го посетува барем еднаш дневно и доколку е потребно веднаш да му обезбеди здравствена нега и третман. Здравствениот персонал треба да го пријави кај директорот на затворот секој случај во кој здравјето на осуденото лице е доведено во сериозен ризик поради престојот во самица.

Затворскиот лекар не треба да извршува телесен претрес или прегледи на барање на властите, освен во итни ситуации во кои не може да се повика друг лекар. Во таквите исклучителни ситуации, кога не може да се одбегне претрес на телесните отвори, истото треба да се изврши од лекар со соодветна медицинска обука. Сепак, во интерес на зачувување на односот лекар-пациент, лицето што го извршува претресот не треба да биде лекарот кој на осуденото лице му обезбедува здравствена заштита. Ова исто така е нагласено од Светската медицинска асоцијација во нејзината Изјава за телесен претрес на осудени лица.⁵¹

Во специфични случаи може да се потребни посебни безбедносни мерки, но систематското ставање на осудените лица во простории одвоени со решетки за да се стави инјекција секако дека не може да се оправда. Таквиот приод може да се смета за понижувачки и за засегнатото осуденото лице и за здравствениот персонал.⁵²

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁵¹ ВМА: Изјава за телесен претрес на осудени лица, Будимпешта (1993, ревизија од 2005 г.) (WMA: Statement on body searches of prisoners, Budapest (1993, rev. 2005)).

⁵² СРТ/Inf (2011)29.

Професионална независност на затворскиот здравствен персонал

Здравствениот персонал во секој затвор потенцијално е персонал изложен на ризик. Нивната должност да обезбедат грижа за нивните пациенти, болни осудени лица, може често да биде во конфликт со ставовите на затворската управа и затворскиот персонал задолжен за обезбедување. Ова може да покрене сложени етички прашања и избор. Со цел да се гарантира независноста на затворскиот персонал во однос на прашања поврзани со здравствената заштита, важно е ваквиот персонал да биде што е можно потесно поврзан со системот на здравствена заштита кој функционира во заедницата пошироко.

Без оглед на тоа какви се институционалните аранжмани за обезбедување здравствена заштита во затворите, од суштинско значење е клиничките одлуки на затворските лекари да бидат раководени само од медицински критериуми, а квалитетот и делотворноста на нивната работа да се оценува од квалификувани здравствени органи.⁵³

Лекари кои обезбедуваат здравствена заштита истовремено и за осудените лица и за затворскиот персонал

Има одредени резерви во однос на практиката затворските лекари истовремено да обезбедуваат здравствена заштита и за осудените лица и за затворскиот персонал.⁵⁴ Ресурсите кои се доделуваат за здравствена заштита на осудените лица често се ограничени и поделбата на работното време на лекарот и за осудените лица и за затворскиот персонал може штетно да влијае на квалитетот на обезбедената здравствена заштита. Доколку тоа се бара во исклучителни случаи заради особените околности во одредена установа, таквата двојна одговорност на лекарот треба да биде придружена со многу конкретни заштитни мерки кои гарантираат правичен и непристрасен приод. На пример, треба претходно да се предвиди колкав дел од работното време на лекарот ќе биде посветен на грижа за персоналот. Исто така, пожелно е двете залихи на лекарства (за осудените лица и за затворскиот персонал) да се чуваат одвоено. Може дури и да се предвиди лекарот да има и две посебни ординации за извршување прегледи.

Осудени лица кои дејствуваат како персонал за здравствена заштита

Инволвирањето на осудените лица во обезбедувањето на здравствена заштита во затворите може да се смета како последна можна мерка, дури и кога осудените лица имаат медицински квалификации. Осудените лица не треба да бидат инволвирани во извршување задачи за здравствена заштита за кои е потребна специјализирана обука и под никакви околности тие не треба да извршуваат дистрибуција на лекарства.

⁵³ СРТ/Inf (2004)36.

⁵⁴ СРТ/Inf (2006)11.

Не е во надлежност на затворскиот персонал да дистрибуира препишани лекаства или да дава инјекции. Лекаствата треба да бидат дистрибуирани и давани само од страна на медицинска сестра или обучен фармацевт или аптекар, а инјекции може да дава само квалификуван здравствен персонал.⁵⁵

Хуманитарна помош

Има одредени специфични категории на особено ранливи осудени лица, на чии потреби здравствениот персонал треба да обрне особено внимание, затоа што ваквите осудени лица не се во состојба да се изборат за нивните интереси во затворската средина. КПТ повеќепати укажува на следниве групи во овој контекст.⁵⁶

Мајки со деца во затвор

Општо прифатеното начело е дека децата не треба да се родат в затвор и како правило ова начело се почитува. На мајката и детето треба да им се овозможи да останат заедно барам одреден период и треба да се сместени во услови во кои добиваат поддршка од персонал специјализиран за пост-натална грижа и медицинска нега. За долгорочните аранжмани, особено за пренесување на детето во заедницата, што повлекува одвојување од мајката, треба да се одлучува во секој поединечен случај, следејќи го медицинските и социјални потреби на детето.

Адолесценти

Додека се затворени, се претпочита адолесцентите да останат во истата средина каде се првично сместени и имаат право да ги задржат нивните лични предмети. Треба да се сведе на минимум ризикот од долгорочно лошо социјално прилагодување. Режимот кој се применува за нив треба да се заснова на интензивни активности, вклучително и социо-едукативни средби, спорт, образование, обука по занимања, излети со надзор и достапност на соодветни факултативни активности.

Осудени лица ранливи заради нивната здравствена или социјална состојба

Меѓу пациентите на затворската здравствена служба има одреден број на маргинализирани поединци кои имаат историја на семејни трауми, долготраен проблем со зависност од дрога, конфликт со властите или други социјални проблеми. Тие може да се насилни, суицидни или може да се карактеризираат со неприфатливо сексуално однесување и најголем дел од времето тие не се во состојба да се контролираат или да се грижат за себе.

⁵⁵ CPT/Inf (2011)19.

⁵⁶ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (The CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

Во суштина потребите на ваквите осудени лица не се од медицински карактер, но затворскиот лекар може да го промовира дефинирањето на социо-терапевтски програми за ваквите лица во затворски одделенија, кои се слични на установите кои постојат во заедницата и во кои ќе може да се врши внимателен надзор врз ваквите лица. Овие одделенија може да придонесат за ваквите осудени лица да се намали понижувањето, презирот и омразата, да им се помогне да развијат чувство на одговорност и да се подготват за реинтеграција. Уште една директна полза од програмите од ваков вид е што истите бараат активно учество и залагања од затворскиот персонал.

Исто така, има осудени лица кои не се во состојба да издржат подолго затворање заради сериозна болест, која не може соодветно да се третира во затворски услови, чија прогноза предвидува фатални последици за кратко време, лица со сериозен степен на попреченост или осудени лица во поодминати години. Во такви случаи, затворскиот лекар има задача да состави извештај кој ќе се упати до надлежните органи, а со цел да се најдат соодветни алтернативни аранжмани.

Во споредба со општата популација, има висока инциденца на психијатриски симптоми меѓу осудените лица.

Лицата затворени во затворени психијатриски болници и осудените лица во затворите имаат многу заеднички карактеристики. И двете групи лица се особено ранливи на развивање проблеми со менталното здравје. Често се среќава историја на злоупотреба, сиромаштија, бездомништво, невработеност, употреба на дрога и претходни контакти со служби за ментално здравје. Многу осудени лица имаат проблеми со бројки и со неписменост и најголем број од осудените лица имаат ниво на интелигенција пониско од просечното.⁵⁷ Има и индикации дека околу едно на седум машки осудени лица имаат ментални растројства или сериозна депресија и околу половина од сите машки осудени лица и една на пет жени-осуденички имаат антисоцијални растројства на личноста.⁵⁸ Сериозните ментални растројства се диспропорционално многу повеќе присутни, при што највисокото ниво на морбидитет се среќава меѓу лицата во притвор и меѓу жените-осуденички. Менталните растројства (вклучително и дијагнози за употреба на дроги) се утврдени кај 37% од осудените машки осудени лица, 63% од машките притворени лица, 57% од жените-осуденички и 76% од жените во притвор. Чести се повеќекратни дијагнози, особено меѓу притворените лица: приближно четвртина од мажите и третина од жените притворенички имаат две или повеќе дијагнози.⁵⁹

⁵⁷ Singleton N., Meltzer H. and Gatward R: Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales (Психијатриски морбидитет меѓу осудените лица во Англија и Велс). London: Office for National Statistics (1998); Her Majesty's Inspectorate of Prisons: Unjust deserts: a thematic review by HM Chief Inspector of Prisons of the treatment and conditions for unsentenced prisoners in England and Wales. (Инспекторат за затвори на Нејзиното Величество: Неправични пустини: тематски преглед на Главниот инспектор за третманот и условите на неосудените затворени лица во Англија и Велс) London: Home Office (2000).

⁵⁸ Fazel S. and Danesh J: "Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys". („Сериозни ментални растројства меѓу 23.000 осудени лица: систематичен преглед на 62 истражувања.")Lancet, 359 (2002), 545-50.

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

Јасно е дека товарот на сериозните ментални растројства, кои сепак може да се третираат во затворот е голем. Со оглед на ограничените ресурси на затворскиот систем, прашање е дали сите лица кои имаат потреба добиваат соодветна нега, како што е предвидено во ЕКЧП.

2.1. Услуги за ментално здравје во затворите

Високата инциденца на ментални растројства во затворскиот контекст ја зголемува одговорноста на системот на здравствена заштита во затворите. Најпрво, треба да има лекар со квалификации во областа на психијатријата, кој е поврзан со здравствената служба во секој затвор и дел од медицинските сестри вработени во затворите треба да имаат обука на ова поле. Бројот на медицински/лекарски персонал и на средниот медицински персонал и поставеноста на затворот треба да бидат такви за да овозможат редовно спроведување на фармаколошки, психо-терапевтски и окупациони програми за терапија.⁶⁰

Мерки во однос на ментални растројства во затворски услови

Нетретирањето на психијатриските растројства во затворски услови може лесно да се квалификува како нечовечно и понижувачко постапување,⁶¹ па затоа се потребни ад хок мерки. Одговорните треба да ги разгледаат следниве мерки за осудените лица со психијатриски растројства:

- Мотивирање и обука на медицинскиот персонал и психолози кои работат во затворот да дијагностицираат такви случаи и активно да учествуваат во управувањето со овие случаи,
- Обезбедување специјалистичка нега во затворот за таквите случаи преку ангажирање на психијатар кој редовно ќе врши консултации,
- Да се обезбеди дека има достапни соодветни количества на психотропни лекарства,
- Да се обезбеди дека кога е неопходно, возможна е долгорочна болничка нега, со активна психосоцијална компонента,
- Да се обезбеди дека преносот на осудено лице кое страда од ментална болест во психијатриска установа се третира како прашање од најголем приоритет.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁶⁰ Славомир Мусиал против Полска (Slawomir Musial v. Poland 28300/06), Аертс против Белгија (Aerts v. Belgium 25357/94).

⁶¹ СРТ/Inf (2005)18; Славомир Мусиал против Полска (Slawomir Musial v. Poland 28300/06), Аертс против Белгија (Aerts v. Belgium 25357/94).

Третман на осудени лица кои страдаат од ментална болест во психијатриски болници во заедницата

Секое осудено лице кое страда од ментална болест треба да биде сместено и да добива нега во болничка установа, која е соодветно опремена и има соодветно обучен персонал. Ова може да биде психијатриска болница од заедницата или посебно опремена психијатриска установа, која е дел од затворскиот систем.

Од етичка гледна точка, соодветно е осудените лица кои страдаат од ментална болест да бидат хоспитализирани надвор од затворскиот систем, во институции за кои е надлежен јавниот систем за здравствена заштита. Од друга страна, може да се изнесе аргументот дека обезбедувањето на психијатриски капацитети во рамките на затворскиот систем овозможува негата да се даде во оптимални безбедносни услови, а во тој систем може да се интензивираат активностите на здравствените и социјалните служби.

Кој и правец да се одбере, сместувачките капацитети на психијатриската установа која е одбрана треба да бидат соодветни, затоа што многу често има долг период на чекање пред лицето да биде пренесено во соодветната установа. Пренесувањето на засегнатото лице во психијатриска установа треба да се смета за прашање од највисок приоритет.

Осудените лица кои се сметаат за опасни, како резултат на сериозна ментална болест, не треба да бидат сместувани во затворените одделенија, туку во психијатриски капацитети. Ваквите осудени лица треба да имаат пристап, во болничка средина, кон третман и соодветни терапевтски активности, спроведени од достаточен броен квалификуван персонал кој може да им ја пружи потребната нега.⁶²

2.2. Психијатриски одделенија во затворите

Специјализираните психијатриски одделенија во затворите, како дел од затворската служба за здравствена заштита, може да послужат за различни цели. Нивната најчеста функција е третман на осудени лица со проблеми со менталното здравје, кои во ваквото одделение се сместени привремено за да добијат третман или додека чекаат да бидат пренесени во психијатриска установа надвор од затворот, односно во заедницата. Во ретки случаи, психијатриските одделенија, како дел од затворскиот систем, може исто така да се искористат за сместување и третман на лица за кои е донесена одлука дека не може кривично да одговараат, главно во отсуство на установа со потребен степен на безбедност вон затворскиот систем. Конечно, психијатриските одделенија може да се искористат за сместување на притворени лица во целите на оценување на нивната ментална состојба.

⁶² СРТ/Inf (2008)33.

Неретко, во отсуство на психијатриско одделение во затворскиот систем, затворите може да определат обезбедени простории или цели крила за поранливите осудени лица, вклучително и за оние кои имаат ментални растројства.

Општи начела за негата во затворското психијатриско одделение

Негата и затворањето на лице кое е предмет на одлука за сместување во затворска психијатриска установа, како безбедносна мерка, треба да се засноваат на третман и рехабилитација, истовремено земајќи ги предвид потребните прашања поврзани со безбедноста. Ваквиот приод треба да биде присутен и во начинот на уредување на условите за живот и останатите капацитети кои им се нудат на оваа специфична категорија на затворска популација, како и во нивниот третман и активности. Таквите установи треба да имаат соодветно обучени здравствени работници кои можат да воспостават позитивен однос со пациентите, преку стапување во директен контакт со нив.⁶³ Треба да има соодветен персонал и во однос на бројот на потребен персонал, категорија на персонал (психијатри, лекари по општа пракса, медицински сестри, психолози, специјалисти за окупациони терапија, социјални работници, итн.), така и во однос на искуството и обуката. Недостатокот на соодветен персонал може да доведе до високо-ризични ситуации за пациентите, без оглед на добрите намери и реалните напори на персоналот.

КПТ повеќепати коментирал за животните услови на луѓето сместени во психијатриски установи.⁶⁴ Ова меѓу другото се однесува и на психијатриските одделенија во затворскиот систем. Психијатриското одделение треба да понуди материјални услови кои се поволни за третманот и добросостојбата на пациентите и од психијатриска гледна точка треба да понудат позитивна терапевтска средина. Воспоставувањето на позитивна терапевтска средина првенствено бара обезбедување на соодветно голем простор за сместување и живот за секој пациент, потоа соодветно осветлување, греење и проветрување, соодветно одржување на установата и исполнување на барањата во однос на хигиената. Обезбедување сместување во мали групи е суштински фактор во зачувувањето на достоинството на пациентите, а исто така претставува клучен елемент на секоја политика за психолошка и социјална рехабилитација на пациентите. Овој вид на сместување исто така овозможува распоредување на пациентите според соодветни категории во терапевтски цели. Санитарните услови треба да им овозможат на пациентите одредена приватност. Натаму, треба должно да се земат предвид потребите на постарите лица и на лицата со попреченост во овој контекст: на пример, тоалети кои се така дизајнирани да не им овозможуваат на пациентите да седнат не се соодветни за такви пациенти. Исто така, мора да се обезбеди основна болничка опрема која на персоналот му овозможува да обезбеди соодветна нега (вклучително и лична хигиена) за лица врзани за болничкиот кревет; отсуството на таква опрема може да доведе до жалосни услови. Практиката која е забележана во одредени психијатриски установи пациентите постојано да ги облекуваат во пижами не е погодна за јакнење на личниот идентитет и самопочитта; индивидуализацијата на облеката треба да биде дел од терапевтскиот процес.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁶³ CPT/Inf (2007)28.

⁶⁴ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (The CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

На психијатриските пациенти, вклучително и пациентите кои се опфатени со форензички психијатриски третман, доколку тоа го дозволува нивната здравствена состојба, треба да им се понуди барем еден час физички активности на отворено во разумно голем обезбеден простор, каде ќе има и заштита од лоши временски услови.⁶⁵

2.3. План за третман

Психијатрискиот третман треба да се заснова на индивидуализиран приод, што значи составување на план за третман за секој поединечен пациент, вклучително и дефинирање на целите на третманот, терапевтските средства кои ќе се применат и одговорните членови од персоналот. Планот за третман исто така треба да ги содржи и резултатите од редовните прегледи на состојбата со менталното здравје на пациентот и преглед на лекарствата што ги прима пациентот. Пациентите треба да се вклучени составувањето на нивните индивидуализирани планови за третман и треба да бидат информирани за нивниот напредок.⁶⁶

Важно е различните категории на персонал кој работи со психијатриски пациенти редовно да се состануваат за да се овозможи тимска работа и да се разговара за потребните промени во планот за третман. Ова овозможува да се идентификуваат секојдневните проблеми, за истите да се дискутира и да се понудат насоки.

Психијатриски третман

Психијатрискиот третман треба да вклучи најразлични терапевтски, рехабилитативни и рекреативни активности, како што е пристап кон соодветни лекарства и медицинска нега. Мора да има дефинирани постапки за да се осигура дека препишаните лекарства се соодветно обезбедени и да се гарантира редовно снабдување со соодветни лекарства. Може да се препорача дефинирање на повеќе терапевтски опции и вклучувањето на долгорочните пациенти во рехабилитативни психосоцијални активности со цел да се подготват за независен живот или за враќање во нивните семејства. Окупационата терапија треба да биде составен дел од програмата за рехабилитација, со која се обезбедува мотивација, се развиваат вештини за учење и воспоставување односи, стекнување на специфични способности и подобрување на сликата која пациентите ја имаат за себе. Исто така пожелно е на пациентите да им се понудат образование и соодветна работа.

⁶⁵ CPT/Inf (2004)40, CPT/Inf (2012)4.

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

Треба да се посвети особено внимание на тоа да се обезбеди континуитет на третманот, кој се состои и од фармакотерапијата и најразлични рехабилитативни и терапевтски активности. Таквиот третман не е дефиниран на начин кој овозможува почеток и прекин на третманот со претходно известување со краток период; пренесувањето на пациенти кои страдаат од ментална болест од една во друга средина, во која има нови правила и ненадејното прекинување на терапијата може лесно да ја загрозат добросостојбата на пациентите.⁶⁷

Форензички психијатриски третман

Форензичкиот третман на лица за кои е определено дека не може кривично да одговараат треба да опфати најразлични терапевтски, рехабилитативни и рекреативни активности, вклучително и соодветни лекарства и медицинска нега. Третманот треба да има за цел и контролирање на симптомите на болеста и намалување на ризикот од повторување на делото. Исто така, треба да се нагласи дека обезбедувањето на терапевтски активности за лицата кои се предмет на форензичка психијатриска оценка нема да ја попречи форензичката оценка; сосема спротивно, тоа може да го олесни прибирањето на важни информации токму во целите на форензичката психијатриска оценка.⁶⁸

Психофармакотерапија

Употребата на лекарства во третманот на менталните растројства е вообичаено и за болничкиот и за амбулантскиот психијатриски третман. Најголем дел од психотропните лекарства се создадени за третман на депресија, анксиозни растројства и психотични растројства како што е шизофренијата. Сепак, се утврдило дека одредени лекарства создадени за други цели може да бидат од помош во психијатрискиот третман. Таков пример е употребата на антиконвулзивни лекарствата за третман на биполарно растројство или користењето на антипсихотици за третман на проблеми со контрола на нагоните. Психофармакотерапија може да се применува самостојно или заедно со психотерапија за третман на ментални растројства.⁶⁹

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁶⁷ СРТ/Inf (2006)26.

⁶⁸ СРТ/Inf (2009)24.

⁶⁹ Sadock B. J., Sadock V. and Sussman N: Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment, (Џебен прирачник за психијатриски третман со лекарства) 4th edn, Philadelphia (2005).

Главни групи на психотропни лекарства

Антипсихотици (невролептици) помагаат во справувањето со психотични симптоми, како што се вознемиреност, халуцинации (слушање и гледање на работи кои не постојат во реалноста), делузија (лажни верувања) и неорганизирано мислење. Антидепресивите се користат за третман на симптоми на депресија и анксиозност. Анксиолитиците (транквилизатори) го намалуваат нивото на анксиозност и вознемиреност.

Покрај тоа, одредени психостимуланси се корисни во третманот на синдромот на недостиг на внимание и хиперактивност (АДХД) и има лекарства за стабилизирање на расположението (тимостабилизатори).

Чести проблеми во однос на психофармакотерапијата

Лекарствата кои се користат во психофармакотерапијата често се неопходен дел од третманот определен за пациенти со ментални растројства. Мора да се утврдат постапки за да се обезбеди дека секое лекарство што се препишува на пациентот е соодветно обезбедено, дека пациентот го зема лекарството и дека е загарантирано редовното снабдување со соодветни лекарства. Исто така, треба да се внимава на какви било индикации за злоупотреба на лекарствата.

Како и секој друг третман, психофармаколошкиот третман на менталните растројства има свои добри и лоши страни. Најчестите проблеми се следниве:

- Недостаток на ефикасност, што често доведува до примена на дози кои ги надминуваат оние препорачани со терапијата,
- Несакани дејства на лекарствата, од кои некои не се тешки за откривање (паркинсонизам, дистонија), додека пак одредени несакани дејствија може да се откријат со тестови (агранулозија, хиперпролактинемија), со поставување прашања (сексуална дисфункција) или преку внимателно набљудување на секундарните симптоми (хирутизам, метаболички синдром),
- Потребата да се користи комбинација од лекарства, при што е битно содејството на различните лекарства: може да има и фармакокинетички содејство (промена во апсорпцијата, врзување со протеини, метаболизам или излучување) и фармакодинамични содејства.

2.4. Согласност за психијатриски третман

Во начело, психијатриските пациенти треба да бидат во можност да дадат слободна и информирана согласност за третманот. Упатувањето на лица во психијатриско одделение на недоброволна основа, без оглед дали се работи за граѓанска или кривична постапка, не треба да го спречи персоналот да побараат од пациентите информирана согласност за третманот.

Секој способен пациент, дали доброволно или недоброволно примен, треба да биде целосно информиран за третманот кој ќе биде препишан и треба да му се даде можност да одбие третман или каква било друга медицинска интервенција. Секој случај на непримена на ова основно начело треба да биде поврзан само со јасни и строго дефинирани исклучителни околности.⁷⁰

Согласноста за третманот може да се смета дека е дадена слободно и со претходни информации само доколку се заснова на целосни и точни информации за состојбата на пациентот и третманот кој се предлага. На сите пациенти систематски треба да им се даваат информации за нивната состојба и за третманот кој им е препишан.

Користењето на PRN (pro re nata „како што е потребно“) лекарства треба да биде само во исклучителни околности; лекарот треба веднаш да биде информиран секогаш кога е дадено лекарство кое пациентот го зема само доколку е потребно за да може да ги верификува околностите во кои е дадено такво лекарство.⁷¹

Користење на средства за присилба во психијатриските одделенија

Насоки за користење на средства за присилба во психијатриските одделенија може да се најдат во материјалните делови од 16-тиот Општ извештај на КПТ.⁷² Со пациент со ментално растројство (и можно насилно) треба да се постапува со внимателен надзор и поддршка преку неа и доколку се смета за соодветно во комбинација со лекарства. Секое психијатриско одделение треба да има сеопфатна политика за средствата за присилба. Од суштинска важност е инволвирањето и поддршката и од персоналот и од управата во дефинирањето на ваквата политика. Во таквата политика треба јасно да се определи кои средства за присилба може да се користат и во кои околности истите може да се употребат, практичните начини за нивна примена, потребниот надзор и активностите што треба да се преземат штом престане мерката. Политиката исто така треба да содржи делови за други важни прашања како што е обука на персоналот, политика за поднесување жалби, механизми за поднесување извештаи во самата установа и надвор од установата и давање повратни информации.

Има различни методи за контрола на вознемирени или насилни пациенти, кои може да се применат одвоено или комбинирано:

- Следење, што значи член на персоналот постојано е покрај пациентот и интервенира во неговите активности кога е неопходно,
- Рачна контрола,
- Механички средства за присилба како што се ремени, „лудачка кошула“ или затворени кревети,
- Хемиска присилба (давање на лекарства на пациент против неговата волја за да се контролира неговото однесување),
- Одвојување (недоброволно сместување на пациент сам во затворена просторија).

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

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

⁷¹ CPT/Inf (2012)34.

⁷² CPT/Inf (2006)35.

Методот избран за конкретен пациент треба да биде најпропорционалниот од достапните методи во дадената ситуација. Пациентите треба да се предмет на средства на присилба само во краен случај со цел да се спречи повреда или да се намали акутна вознемиреност и/или насилство. Примената на средства за присилба на коректен начин и во соодветна средина бара член на персоналот да врши директен, личен и континуиран надзор. Секој поединечен случај на употреба на средства за присилба треба да биде одобрен од лекар или за тоа веднаш да биде информиран лекар за да се побара одобрување за мерката.

Кога ќе престане ситуација на итна состојба заради која биле применети средствата за присилба, пациентот веднаш треба да биде ослободен од средствата за присилба. Не може да се оправда примената на средства за присилба за долги периоди (со денови).

Штом ќе се отстранат средствата за присилба, од суштинско значење е да се дадат повратни информации за пациентот. Ова дава можност да се објасни причината за примена на мерката, со што се намалува психолошката траума поврзана со таквата ситуација и одново се воспоставува односот меѓу лекарот и пациентот. Околностите во кои се применети средствата за присилба не треба да го влошат менталното и физичко здравје на пациентот кој бил предмет на мерки на присилба.

Местото на кое е ограничен пациентот треба конкретно да биде наменето за таква цел. Тоа треба да биде безбедно и да има соодветно осветлување, соодветно греење, со што се овозможува средина погодна за смирување. Пациентот предмет мерките на присилба треба соодветно да биде облечен и да не биде изложен пред другите пациенти. Средствата кои се користат за присилба на пациентот треба да се применуваат со соодветни вештини и грижа да не се загрози здравјето на пациентот или да не се предизвика болка. Не смеат да се попречат виталните функции како што се дишење, комуницирање, хранење, пиење. Доколку пациентот има тенденција да гризе, вшмукува или да плука потенцијалните повреди треба да се спречат на друг начин, а не со покривање на устата.

Треба да се води посебна документација за да се евидентираат сите случаи на употреба на средства на присилба. Ваквата евиденција треба да биде дополнение на медицинските податоци во личниот здравствен картон на пациентот. Информациите внесени во евиденцијата треба да вклучат време кога почнала и завршила мерката, околностите на случајот, причините за примена мерката, името на лекарот кој дал наредба или ја одобрил примената на средство за присилба и опис на повредите кои настанале кај пациентот или кај персоналот.

Намалувањето на примената на средства за присилба до остварлив минимум бара промена на културата, односно менталитетот во одделението. Улогата на раководниот персонал е од клучно значење во овој контекст. Доколку управата не го поттикне персоналот и доколку не му понуди алтернативи, многу е веројатно дека ќе преовладува веќе воспоставената практика на често користење на средства за присилба.

Психијатриска нега по отпуст

Во однос на лицата кои биле под психијатриски третман треба да се преземат чекори да им се обезбеди континуирана нега. Иако повеќе не треба да биде сместен во психијатриско одделение на пациентот сепак може сè уште да му е потребен третман или може да му помогне заштитена средина.⁷³ Неопходно е да се обезбеди континуитет на третманот кога осудените лица се враќаат во затворските простории.

2.5. Спречување на самоубиства

Со оглед на големата инциденца на ментални растројства во затворите, затворските здравствени служби треба да работат на прашањата поврзани со менталната хигиена, вклучително и спречување на штетното психолошко влијание на одредени аспекти на затворањето. Добро е познато дека делотворната превенција може да го намали ризикот од ментални растројства.⁷⁴

Организациски приод кон спречувањето на самоубиства

Спречувањето на самоубиства бара интервенции и надвор од здравствениот сектор.⁷⁵ Во 3-тиот Општ извештај,⁷⁶ КПТ дава неколку препораки во врска со ова. Затворската управа, вклучително и раководителот на здравствената служба треба да обезбедат дека има доволна свест за прашањето на спречување на самоубиствата во целата установа и дека се утврдени соодветни постапки во овој контекст.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁷³ СРТ/Inf (98)12.

⁷⁴ Спречување на менталните растројства: делотворни интервенции и опции за политиката. Извештај на Светската здравствена организација, Оддел за ментално здравје и злоупотреба на супстанции во соработка со Истражувачкиот центар за превенција на Универзитетите Нијмеген и Маастрихт, СЗО (2004 г.) (Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. A report of the World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, WHO (2004)).

⁷⁵ Акција од јавно здравје за спречување на самоубиствата, СЗО (2012 г.) (Public health action for the prevention of suicide, WHO (2012)).

⁷⁶ СРТ/Inf (93)12.

Потребни се активни напори за спречување на самоубиствата преку обезбедување на надзор за поддршка и градење на односи на доверба меѓу осудените лица и затворскиот персонал. Треба да се преземат мерки за да се обезбеди дека напорите за спречување се соодветно координирани, особено преку редовни и чести состаноци на мултидисциплинарен тим и преку соодветен придонес од специјализираниот персонал, како што се психијатрите и воспитувачите.

Доколку има висока стапка на самоубиства, треба да се воведат алтернативни мерки за спречување на самоубиства, како што се разновидни интензивирани активности, можности за дружење, контакти со надворешниот свет и делотворен мултидисциплинарен третман на зависноста.

Идентификување на ризикот од самоубиство

Покрај медицинскиот скрининг при приемот, приемот и постапката за првата ноќ мината во затвор во целина имаат важна улога. Доколку се соодветно спроведени, со овие постапки може да се идентификуваат барем некои од ризиците за само-повредување и да се ублажи вознемиреноста низ која минуваат ново примените осудени лица. Периодот веднаш пред и по судењето и во одредени случаи, периодот пред отпуст од затвор се поврзуваат со зголемен ризик од самоубиство.⁷⁷

Обука на персоналот да го препознае ризикот од самоубиство

Спречувањето на самоубиство, вклучително и идентификувањето на лицата под ризик од самоубиство, не треба да биде задача само на здравствените работници. Целиот затворски персонал кој е во контакт со осудените лица и првенствено персоналот кој работи на прифат и во приемното одделение треба да е обучен за препознавање на индикациите за ризик од самоубиство.⁷⁸

Оценка на ризикот од самоубиство

Треба да се воведат стандарден алгоритам за скрининг за оценка на ризикот од самоубиство (и само-повредување) во затворот. Таквата алатка треба особено да обезбеди дека зависноста од дроги и/или алкохол се соодветно земени предвид во постапката за скрининг, како фактори кои потенцијално го зголемуваат ризикот од самоубиство.

Треба да се преземат чекори за да се обезбеди дека информациите за осудените лица под ризик од самоубиство или само-повредување се пренесуваат веднаш и целосно на сите оние кои имаат улога во обезбедување грижа за осуденото лице, вклучително и кога осуденото лице се пренесува од една во друга установа.

Психијатриска нега и планови за третман

⁷⁷ CPT/Inf (2012)1.

⁷⁸ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (The CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

Постапување со лица под ризик од самоубиство

Лицето кое е идентификувано како лице под ризик од самоубиство треба да биде опфатено со посебен план за надзор онолку долго колку што е потребно. Исто така, овие лица не треба да имаат лесен пристап кон средства со кои може да извршат самоубиство (решетки на прозорците од ќелијата, скршено стакло, ремени или јажиња). За сите лица за кои ќе се утврди дека се под ризик од самоубиство треба да се обезбеди советување, поддршка и соодветно дружење.

Осуденото лице кое покажува особено сериозни знаси на суицидно или (авто)агресивно однесување треба веднаш да се пренесе во акутно одделение за ментално здравје. Доколку лицето остане во затворот, третманот и негата треба да бидат под надзор на здравствениот персонал и треба да се има редовни здравствени прегледи и следење на состојбата.⁷⁹

2.6. Останати проблеми со менталното здравје во затворите

Осудени лица со тенденција за само-повредување

Актите на само-повредување се одраз на проблемите и условите од психолошка или психијатриска природа и приодот кон истите треба да биде терапевтски наместо казнен. Многу е веројатно дека изолацијата на засегнатите осудени лица (дури и кога се смета дека ова не е дисциплинска мерка) ќе ги влоши нивните психолошки или психијатриски проблеми. Сите случаи на само-повредување треба да се оценат од медицинска гледна точка, веднаш по инцидентот, со цел да се оцени степенот на повредата и да се оцени психолошката состојба на осуденото лице.⁸⁰

Здравствено управување со штрајковите со глад во затворите

Управувањето со штрајковите со глад во затворите е контроверзно прашање. И според Препораката на Комитетот на Министри бр. R (1998) 7 за етичките и организациски аспекти на здравствената заштита во затворите и според Декларацијата на Светската медицинска асоцијација за штрајкувачите со глад, донесена во Малта во 1991, лекарот има дискреционо право да одлучи што ќе се прави во ситуации во кои штрајкот со глад почнува да го загрозува животот на осудените лица.⁸¹ Треба да се реши спротивставеноста меѓу должноста да се обезбеди правото на живот на осудените лица и должноста за почитување на автономноста на индивидуата, во склад со медицинската етика, како и во согласност со законодавството во конкретната земја. Во пресудата во случајот X против Германија (X v. Germany), Судот за човекови права утврдува дека кога затворено лице штрајкува со глад, ова неизбежно може да доведе до конфликт меѓу правото на лицето на физички интегритет и обврската на државата – членка според членот 2 од Конвенцијата, конфликт кој во самата Конвенција не е решен.⁸²

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁷⁹ CPT/Inf (2011)5.

⁸⁰ CPT/Inf (2009)35.

⁸¹ КМ: Етичките и организациски аспекти на здравствената заштита во затворите. Препорака R (1998) 7 (CM: The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation R (1998) 7); ВМА: Декларација од Малта за штрајкувачи со глад (WMA: Declaration of Malta on Hunger Strikers (2006)).

⁸² Случај X против Германија (Case of X v. Germany (1984) 7 EHRR 152).

Сепак Судот смета дека ситуација во која повеќепати има присилно хранење, а кое не е оправдано со валидни медицински причини, туку има за цел да го присили жалителот да го прекине протестот кое е извршено на начин кој непотребно го изложува осуденото лице на голема физичка болка и понижување, преставува тортура.⁸³

КПТ се осврнува на ова прашање во еден од извештаите по посета на земја.⁸⁴ Властите во државата имаат должност да се грижат за лицата кои се затворени од нив. Оваа должност за грижа, ја вклучува заштитата на животот на затвореното лице, вклучително и спречување на самоубиство или на кој било друг акт извршен од засегащото лице кој многу веројатно дека ќе предизвика смрт или трајни физички повреди. Затоа одлуката присилно да се нахрани осуденото лице против неговата волја, а кое штрајкува со глад може во начело да се оправда со цел да се спречи осуденото лице да претрпи трајни физички повреди или смрт. Од друга страна најголемиот број на национални законодавства во Европа, како и релевантните меѓународни медицински етички кодекси денес сметаат дека свесно возрасно лице може да избере да одбие медицински третман, дури и кога таквиот третман може да му го спаси животот. Следствено, органите инволвирани во управувањето со осудено лице кое штрајкува со глад може потенцијално да се соочат со две спротивставени вредности: нивната должност за грижа и заштита на животот и правото на осуденото лице на физички интегритет (вклучително и правото да не му се наметнува третман).

Препораката на КМ бр. R (1998) 7 ги дефинира основните начела за справување со прашањата на штрајк со глад.

- На штрајкувачите со глад треба да им се даде објективно објаснување на штетното влијание на нивните дејствија врз нивната физичка добростојба, со цел истите да ги разберат опасностите од продолжен штрајк со глад.
- Клиничката оценка на штрајкувачот со глад треба да се направи само со јасна дозвола од лицето, освен доколку лицето не страда од сериозни ментални растројства, кои бараат истото да се пренесе во психијатриска установа.
- Доколку според мислењето на лекарот, состојбата на штрајкувачот со глад значително се влошува, од суштинско значење е лекарот за ова да ги извести надлежните органи и да преземе дејствија во склад со националното законодавство и професионалните стандарди.

Психијатриска нега и планови за третман

⁸³ Циоран против Молдавија (Cioran v. Moldova 12066/02), Невмержитски против Украина (Nevmerzhitsky v. Ukraine 54825/00).

⁸⁴ CPT/Inf (2007)10.

Декларацијата на Светската медицинска асоцијација штрајкувачите со глад има поподробни одредби за справувањето со ова прашање. Нагласувајќи дека вистинското и пролонгирано гладување го носи ризикот од смрт или трајни последици за штрајкувачите со глад, Декларацијата укажува на фактот дека штрајкувачите со глад вообичаено не посакуваат да умрат, но дека може и да се подготвени да умрат за да ги постигнат нивните цели. Светската медицинска асоцијација дава јасни насоки за лекарите како да постапуваат во случај на штрајк со глад.

- Лекарот мора да ја оцени менталната способност на секој поединец. Ова значи да се провери и потврди дека лицето кое има намера да гладува нема ментална попреченост која сериозно би ја намалила способноста на лицето да донесува одлуки за сопствената здравствена заштита. Лицата со сериозно попречена ментална способност не може да се сметаат за штрајкувачи со глад. На нив треба да им се обезбеди третман за проблемите со нивното ментално здравје, наместо да им се дозволи да гладуваат со што го доведуваат во ризик нивното здравје.
- Што е можно поскоро, лекарот треба да ја утврди деталната и точна медицинска историја на лицето кое има намера да гладува. На лицето треба да му се објаснат сите здравствени импликации кои може да произлезат од веќе постоечките здравствени состојби или проблеми. Лекарот треба да обезбеди дека штрајкувачите со глад ги разбираат потенцијалните последици од гладувањето врз здравјето и со едноставен јазик да ги предупреди за последиците. Лекарите исто така треба да објаснат како може да се сведат на минимум или да се одложат последиците по здравјето, на пример со земање повеќе течности. Со оглед на тоа што одлуката на лицето да гладува може да биде пресудна за здравјето, од критично значење е да се обезбеди дека пациентот целосно ги разбира последиците од гладувањето. Во склад со најдобрите практики за информирана согласност во здравствената заштита, лекарот треба да обезбеди дека пациентот ги разбира информациите кои му се даваат со тоа што ќе побара од пациентот да повтори што разбрал.
- Штрајкувачите со глад треба детално да се прегледаат на почетокот на гладувањето. Со штрајкувачите за глад треба да се дискутира за управувањето со идните симптоми, вклучително и оние кои не се поврзани со гладувањето. Исто така, треба да се земат предвид и забележат вредностите и желбите на лицето во однос на здравствениот третман во случај на пролонгирани периоди на гладување.
- Понекогаш штрајкувачите со глад прифаќаат да им се даде инфузија со физиолошки раствор или друг вид на медицински третман. Одбивањето да се прифатат одредени интервенции не смее да ги спречи сите други аспекти на здравствената заштита, како што е третманот на инфекции или болка.

- Лекарите треба да разговараат со штрајкувачите со глад во услови на доверливост и на доволна оддалеченост од сите други луѓе, вклучително и од другите осудени лица. Од суштинско значење е јасната комуникација и кога е потребно треба да се достапни толкувачи кои не се поврзани со затворските власти, а толкувачите исто така треба да го почитуваат начелото на доверливост.
- Лекарите треба самите со сигурност да утврдат дека одбивањето храна или третман е доброволен избор на поединецот. Штрајкувачите со глад треба да се заштитат од присилба. Лекарите често може да им помогнат да го постигнат ова, а лекарите треба да се свесни дека присилбата може да резултира од притисокот што го извршува целата група осудени лица, потоа присилбата може да дојде од властите или од други лица, како што се членови на семејството. Лекарите и останатиот персонал за здравствена заштита не треба да извршуваат непотребен притисок од каков било вид врз штрајкувачите со глад да го прекинат штрајкот. Третманот или негата на штрајкувачите со глад не смее да се услови со прекин на штрајкот со глад.
- Доколку лекарот заради причини поврзани со совеста не може да го испочитува одбивањето на штрајкувачот со глад на третман или вештачко хранење, лекарот ова мора да го каже уште од самиот почеток и да го упати штрајкувачот со глад на друг лекар, кој се согласува да се придржува кон одбивањето од страна на штрајкувачот со глад.
- Од суштинско значење е континуираната комуникација меѓу лекарот и штрајкувачите со глад. Лекарот секојдневно треба да утврди дали штрајкувачот со глад сака да продолжи со штрајкот со глад и што сака да се направи кога штрајкувачот со глад нема да биде во состојба да комуницира. Овие наоди, односно одговори мора соодветно да се евидентираат.
- Кога лекарот ќе го преземе случајот, штрајкувачот со глад може веќе да ја изгубил ментална способност, па следствено нема можност да се дискутира за желбите на штрајкувачот со глад во врска со медицински интервенции за спасување на животот. Треба да се земат предвид секои насоки дадени однапред од страна на штрајкувачот со глад. Однапред искажаното одбивање на третман се почитува доколку така изразеното одбивање е одраз на доброволната желба на лицето кога имало ментална способност. Во затворски услови, треба да се разгледа и можноста однапред искажаното одбивање да се случило под притисок. Кога лекарот има сериозни сомневања во врска со намерата на лицето мора многу внимателно да се постапува во однос на упатствата дадени од истото. Доколку упатствата се добро информирани и доброволно дадени, однапред дадените упатства воопштено може да не се почитуваат само доколку истите станат неважечки затоа што ситуацијата во која била донесена одлуката радикално се сменила откако лицето ја изгубило менталната способност.

- Доколку не може да се разговара со лицето и нема претходно дадени насоки, лекарите мора да постапуваат во склад со она што сметаат дека во најдобар интерес на лицето. Ова значи земање предвид на претходно изразените желби на штрајкувачот со глад, неговите лични и културни вредности, како и неговото физичко здравје. Во отсуство на какви било докази за претходните желби на штрајкувачот со глад, лекарите треба да одлучат дали да се обезбеди или да не се обезбеди хранење, без вмешување на трети страни.
- Лекарите може да сметаат дека е оправдано да се дејствува спротивно на претходно дадените насоки за одбивање на третман затоа што на пример се смета дека одбивањето е дадено под притисок, Доколку по реанимацијата и откако повторно се стекнале со ментални способности, штрајкувачите со глад и натаму ја повторуваат нивната намера да гладуваат, ваквата одлука треба да се почитува. Етички е да му се дозволи на одлучен штрајкувач со глад да почине со достоинство наместо лицето да биде предмет на повторени интервенции против неговата волја.
- Вештачкото хранење може да биде етички соодветно доколку за тоа се согласат штрајкувачите со глад кои имаат ментална способност. Тоа може да биде прифатливо доколку штрајкувачи со глад без ментална способност не дале какви било претходни насоки без никаков притисок за одбивање на хранење.
- Присилното хранење никогаш не е етичко прифатливо. Дури и кога намерата е да се дејствува за добро на лицето, хранење придружено со закани, присилба, сила или со користење на физичко совладување е форма на нечовечно и понижувачко постапување. Подеднакво неприфатливо е присилното хранење на одредени затворени лица со цел да се заплашат или да се присилат останатите штрајкувачи со глад да го прекинат штрајкот.

Како што може да се види, Светската медицинска асоцијација смета дека присилното хранење е етички неприфатливо. Има конфликт на вредности меѓу должноста за грижа или заштита на животот и правото на физички интегритет. Сепак лекарите треба да спречат каков било акт кој може да се квалификува како тортура или нечовечно или понижувачко постапување.

Доколку сепак се донесе одлука за присилно хранење на осудено лице кое штрајкува со глад, таквата одлука треба да се заснова на медицинска неопходност и треба да се изврши во соодветни услови кои се одраз на медицинската природа на мерката. Процесот на донесување одлуки треба да се одвива според утврдена постапка, која е придружена со достаточни заштитни мерки, вклучително и независност во донесувањето на медицинските одлуки. Психијатриската оценка на менталното здравје на осуденото лице кое штрајкува со глад може да биде од помош при определување на случаите во кои причините за одбивање на храна се од психијатриска природа. Исто така, психијатриските прегледи во текот на штрајкот со глад би му помогнале на тимот за здравствена заштита во откривањето на какви било влошувања на менталната состојба, што пак може да има влијание врз способноста на штрајкувачот со глад да направи добро информиран избор за неговиот живот и здравје. Треба да биде достапна и правна постапка и сите аспекти на спроведувањето на одлуката треба да бидат предмет на соодветен надзор. Методите кои се користат за да се изврши мерката на присилно хранење не треба да бидат непотребно болни и треба да се применуваат со соодветни вештини и со минимално користење на сила. Присилното хранење треба што е можно помалку да го повредува физичкиот интегритет на штрајкувачот со глад.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

Третман на сексуални престапници во затворот

Третманот на пациенти со парафилија (патолошка сексуална наклонетост), без оглед на методот на третман кој се користи, секогаш се одвива движејќи се низ минско поле од клинички и етички дилеми. Главните етички прашања во врска со сексуалните престапници, вклучително и оние со парафилија, може да бидат одраз на потребата од јавна безбедност и дури професионална ориентација кон казнување, наместо третирање, дури и тогаш кога третманот е соодветен и делотворен.⁸⁵

КПТ во неколку извештаи се осврнува на ова прашање.⁸⁶ Препораките на КПТ може на кратко да се сумираат како што следи:

- Мерките кои се преземаат за справување со повторување на делото никогаш не треба да се засноваат само на ефикасност. Ограниченото фокусирање само на намалување на стапката на рецидивизам може да го отвори патот кон сериозни злоупотреби на човековите права. Достапни се различни опции за третман, врз основа на психотерапија (вклучително и групна терапија), фармакотерапијата (вклучително и користењето на антиандрогени) или комбинација на двете;
- Пред да се започне со каков било медицински третман, треба да се добие слободно дадената, информирана согласност на засегнатото лице на писмено пред да се започне со фармакотерапијата (вклучително и третман со антиандрогени), при што ќе се овозможи согласноста да се повлече во кое било време. На предметното осудено лице треба да му се даде детално објаснување (и на писмено) за целите и можните несакани дејства на третманот, како и за последиците од одбивањето на таков третман.

Антиандрогениот третман треба секогаш да се заснова на темелна индивидуална психијатриска и медицинска оценка и таквиот третман треба да биде спроведен само на доброволна основа. Треба да се дефинира сеопфатна и детална постапка, која вклучува и заштитни мерки: критериуми за вклучување или исклучување од таков третман; медицинските прегледи пред, во текот и по третманот; пристап кон консултации надвор од затворот, вклучително и независно второ мислење; и редовна оценка на третманот од страна на независен здравствен орган. Примената на антиандрогени треба да се комбинира со психотерапија и други форми на советување со цел натаму да се намали ризикот од повторно сторување на делото. Исто така, третманот со антиандрогени не треба да биде општ услов за ослободување на сексуалните престапници, туку треба да се применува на селектирани поединци, врз основа на индивидуална оценка на ваквите престапници.

Психијатриска нега и планови за третман

⁸⁵ Bowden P., "Treatment: use, abuse and consent". *Criminal Behaviour and Mental Health* 1 („Третмани: користење, злоупотреба и согласност“ Криминалното однесување и менталното здравје) (1991), 130-41; Berlin F., "Sex offender treatment and legislation". („Третман на сексуални престапници и законодавството“) *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 31 (2003), 510-13; Ward T., Gannon T. A. and Birgden A., "Human rights and the treatment of sex offenders". („Човековите права и третманот на сексуалните престапници“) *Sex Abuse* 19/3 (2007), 195-204; Elger B. S., "Research involving prisoners: consensus and controversies in international and European regulations" („Истражување на осудените лица: консензус и контроверзии во меѓународните и европски регулативи“). *Bioethics* 22 (2008), 224-38.

⁸⁶ СРТ/Inf (2009)8; (2011)20.

Хируршката кастрација е интервенција која има неповратни физички дејства и директни или индиректни последици по менталното здравје. Натаму, нема гаранции дека бараните резултати (намалување на нивото на тестостерон) ќе траат. Легитимна цел за намалување на стапките рецидивизам мора да се избалансираат наспроти етичките барања поврзани со основните права на лицето.⁸⁷ Хируршката кастрација повеќе не е општо прифатена медицинска интервенција во третманот на сексуалните престапници. Медицински интервенции со трајни, односно неповратни дејствија никогаш не треба да се извршуваат врз осудени лица или други затворени лица, освен доколку за тоа не постојат јасни медицински причини.

2.7. Двојна дијагноза во затворите

Се проценува дека 3-11% од осудените лица имаат проблеми со менталното здравје (како што се психотични растројства и растројства во расположението) кои се појавуваат истовремено со растројството кое произлегуваат од злоупотреба на супстанции.⁸⁸

Терминот „двојна дијагноза“ опфаќа најразлични проблеми, чијшто заеднички именител се менталното здравје и злоупотреба на супстанции. Двојната дијагноза може да има различно значење за различни здравствени служби, но четирите најчести комбинации се следниве:

- Примарен проблем со менталното здравје кој предизвикува користење на супстанции (како на пример лице што страда од шизофренија кое чувствува дека хероинот му ги намалува некои од симптомите),

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁸⁷ Alexander M., Gunn J., Cook D. A. G., Taylor P. J. and Finch J., "Should a sexual offender be allowed surgical castration?" („Дали на сексуалниот престапник треба да му се дозволи хируршка кастрација?") British Medical Journal 307 (1993), 790-93.

⁸⁸ Edens J. F., Peters R. H. and Hills H. A., "Treating prison inmates with co-occurring disorders: an integrative review of existing programs" („Третман на осудени лица со повеќе истовремени растројства: интегративен преглед на постоечките програми) . Behavioral Sciences & the Law 15/4 (1997), 439-57.

- Користење дроги и/или повлекување од дроги што води до психијатриски симптоми или болест (појава на депресија во периодот по детоксикација, придружено со инсомнија и нерасположение),
- Психијатриски проблем кој се влошува од злоупотреба на дроги (лице со висок степен на анксиозност дека е изложено на опасност од другите користи канабис за да се релаксира, но утврдува дека канабисот може да ја зајакне неговата параноја, што води до зголемување на степенот на отуѓеност),
- Злоупотреба на дроги и проблеми со менталното здравје кои не се чини дека се поврзани меѓусебно (лице кој има тековен проблем со анксиозност, кој се чини дека ниту се олеснува ниту се влошува со користење на дрога или алкохол).

Додека се издржува казната во затвор, каде има помал пристап кон нелегални дроги, менталната состојба на пациентот може да се чини стабилна. Од друга страна, средина во која има релативно мал број на стимулативни фактори, како што е затворот, може понатаму да ги маскира постоечките проблеми со менталното здравје. Дури и ниско или умерено ниво на користење на дроги (релативно мало и ретко користење на дроги како што се канабис или амфетамин) што не е проблематично за најголемиот дел на корисници на дрога може да има тешки последици врз лицата со сериозни проблеми со менталното здравје. Потребни се различни интервенции за управување со повлекувањето од користење алкохол и сите дроги кои предизвикуваат зависност, како и да се управува со одржувањето со опиоиди и спречување на враќање на проблемите со користење на дрога или алкохол по отпуст од затвор.⁸⁹

- Пациентите зависници од опијати кои пристигнуваат во затворот со сериозни проблеми со менталното здравје треба да се стабилизираат, наместо да се подложат на постапка за детоксикација, за минимален период од две недели. Треба да се одбегнува брза детоксикација.
- Повлекувањето од употреба на бензодиазепини може да предизвика појава на симптоми на психоза; пациентите со претходна историја на растројство на мисловниот процес може да се поранливи на ваквата последица. Може да е потребен период на стабилизација пред да се земе предвид какво било намалување на дијазепам. Како резултат на повлекување од употреба на бензодиазепини може да се појават анксиозност и само-повредување; во вакви случаи повторно може да биде индицирана стабилизација по што ќе следи период на намалување на користењето.

⁸⁹ Водич за управување со двојната дијагноза во затворите (A guide for the management of dual diagnosis for prisons. Department of Health, London (2009)).

- Повлекувањето од употреба на стимуланси може да предизвика кратка, но понекогаш тешка депресија. Може да биде потребно од една недела до неколку месеци за да се реши овој проблем, со оглед на тоа што централниот нервен систем психолошки се адаптира на сменетата хемиска средина. Во текот на овој период осуденото лице може да биде изложено на повисок ризик од самоубиство или само-повредување. Исто така, користењето на стимуланси може да предизвика психотични епизоди („амфетаминска психоза“). Престанокот на користење на стимуланси, спиење и добро хранење вообичаено помагаат да се реши проблемот. Исто така, важно е да се запомни дека користењето на стимуланси е често меѓу лицата кои страдаат од хронична здодевност или оние кои имаат висок праг на толеранција на стимуланси, што пак е често меѓу пациентите со растројства на личноста, особено оние кои се гранични случаи или кои имаат антисоцијално растројство на личноста. Така, идентификувањето на основното растројство на личноста е од важност за планирање на третманот.

Треба внимателно да се разгледа прашањето на упатување на лица со двојна дијагноза на групна терапија. Многу луѓе со сериозни тешкотии со менталното здравје имале детство полно со трауми, како и трауми во нивното блиско минато. Многу е веројатно дека ваквите лица ќе имаат одредени тешкотии во социјализацијата. Овие прашања се особено важни за оние кои имаат растројства на личноста. Оттука, внимателната и целосна оценка на психолошката формулација е важна за донесување одлуки за тоа дали третманот ќе биде индивидуален или групен.

2.8. Осудени лица со растројства на личноста

Терминот „растројство на личноста“ главно се користи за да се опишат проблематични начини на справување со секојдневниот живот и справување со самиот себеси, останатите и светот. Растројството на личноста се верува дека е резултат на содејството на генетски и фактори од средината и пореметен ран развој.

Растројствата на личноста се вообичаени во општеството Според епидемиолошките оценки 5-13% од луѓето имаат проблеми кои ги исполнуваат дијагностичките критериуми за растројство на личноста. Епидемиолошките студии исто така укажуваат на тоа дека 20-50% од луѓето со растројство на личноста злоупотребуваат психоактивни супстанции и 5-30% од лицата кои им се познати на службите кои даваат услуги на лица кои користат дроги се дијагностицирани со растројство на личноста.

Меѓу пациентите третирани од затворската здравствена служба секогаш ќе има одреден број на нераумнотежени, маргинални поединци кои имаат историја на семејни трауми, долготрајна зависност од дроги, конфликт со властите или други социјални тешкотии. Тие може да бидат насилни, суицидни или да се карактеризираат со неприфатливо сексуално однесување и најголем дел од времето тие не се во состојба да се контролираат или да се грижат за себе. Студиите спроведени во затворите укажуваат на тоа дека кај околу 50-78% од осудените лица се утврдени растројства на личноста.⁹⁰

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁹⁰ Coid J. and Yang M., "Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain". („Преваленца и корелациите на растројствата на личноста во Велика Британија) British Journal of Psychiatry 188 (2006), 423-31; Linehan M., Schmidt H. et al., "Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence" („Дијалектичка бихевиорална терапија за пациенти со гранични растројства на личноста и зависност од дроги"). American Journal on Addictions 8/4 (1999), 279-92; Nace E., Davis C. and Gaspari J., "Axis II co-morbidity in substance abusers". (Оска 2 ко-морбидитет кај зависниците од дрога") American Journal of Psychiatry 148 (1991), 118-20; Singleton N., Meltzer H. et al., Study of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. („Студија на психијатрискиот морбидитет меѓу осудените лица во Англија и Велс") Office for National Statistics, London (1998).

Осудените лица со растројства на личноста се предизвик. За релативно мал број, во најсериозните форми, ова се поврзува со сериозен ризик од само-повредување и повредување на други. Овие осудени лица имаат особено сложени психолошки потреби, кои резултираат со предизвици во смисла на управување, третман и одржување на безбедна работна средина.

Специјализираните одделенија се покажале како способни за управување со најтешките осудени лица на безбеден и конструктивен начин, со примена на терапевтски период од висок квалитет; почнуваат да се јавуваат докази за значајно намалување на пресудите и насилните инциденти. Дефинирани се насоки за третман и управување со растројствата на личноста⁹¹ кои помагаат во планирање на услугите за овие категории на осудени лица. Фокусот треба да биде врз намалување на престапничкото однесување, насилството, агресијата и употреба на дрога.

Лицата со психопатија и оние кои ги исполнуваат критериумите за опасни и сериозни растројства на личноста преставуваат мал дел од луѓето со антисоцијални растројства на личноста. Сепак, тие носат голем ризик од повредување на другите лица и земаат значителен дел од активностите на социјалните служби. Когнитивните и бихевиоралните интервенции на пример може да се фокусираат врз намалување на престапништвото и друго антисоцијално однесување. Таквите интервенции треба да се прилагодат за оваа група, преку комбинирање на индивидуални и групни сесии и треба да бидат со подолго траење и поддржани од континуирано следење на резултатите и надзор.

Фармаколошките интервенции не треба да се користат рутински за да се третираат лица со растројства на личноста или придружното однесување на агресија, лутина и импулсивност. Сепак, може да бидат неопходни фармаколошките интервенции за коморбидитетни ментални растројства, особено депресија и анксиозност. Кога се почнува и се ревидира давањето лекарства за коморбидитетни ментални растројства особено внимание треба да се посвети на прашањето на придржување кон дозите, ризиците од злоупотреба и предозирање.

Третманот за какви било коморбидитетни растројства е од суштинска важност и треба да се примени без оглед на тоа дали лицето прима третман за растројства на личноста, затоа што делотворниот третман на коморбидитетни растројства може да го намали ризикот поврзан со психопатија или опасни и сериозни растројства на личноста.

⁹¹ NICE Clinical Guidelines: Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. (НИЦЕ Клинички насоки: Антисоцијални растројства на личноста: третман, управување и превенција) NHS (2009); NICE Clinical Guidelines: Borderline personality disorder: the NICE guideline on treatment and management. (НИЦЕ Клинички насоки: Гранични растројства на личноста: НИЦЕ насоки за третман и управување) British Psychological Society/Royal College of Psychiatrists (2009).

Персоналот кој работи со луѓето со анти-социјални растројства на личноста треба да прифати дека многу е поверојатно дека позитивен приод кој носи резултати, а не казнен приод, ќе донесе успех во вклучувањето и задржувањето на луѓето во третманот. Персоналот треба да ги истражи опциите за третман во клима на надеж и оптимизам, објаснувајќи дека опоравувањето е можно и остварливо. Тие треба да изградат однос на доверба, да работат на отворен, охрабрувачки начин без предрасуди и да бидат конзистентни и сигурни. Персоналот кој работи со такви пациенти треба да има соодветна обука, поддршка и надзор, по можност надзор од орган надвор од одделението. Ова помага во справувањето со емоционалниот притисок и спречува персоналот да се чувствува истрошено и преморено.

3.1. Епидемиолошки историјат

За разлика од намалувањето во светски рамки на инциденцата на нови ХИВ инфекции и смртност поради СИДА во измината деценија, има пораст од повеќе од 25% на нови ХИВ инфекции и смртност поради СИДА во истиот период во Источна Европа и Централна Азија. Бројот на луѓе со ХИВ инфекција во регионот е три пати поголем од нивниот број во 2000 г. и динамиката на инфекцијата главно ја диктира пренесувањето на болеста меѓу луѓе кои користат дроги интравенозно: барем една четвртина од проценетата бројка од 3,7 милиони луѓе кои користат дроги интравенозно во овој регион имаат ХИВ инфекција.⁹² Стапките на вирусната инфекција со хепатитис Ц меѓу луѓето кои користат дроги интравенозно се наведува дека е 40-90%.⁹³

Зголемувањето на затворската популација во многу земји во најголема мерка е резултат на интензивирањето на активностите за органите за спроведување на законот во борбата против снабдувањето, поседувањето или употребата на нелегални дроги и истото е придружено со пораст на бројот на осудени лица кои користат дроги или користат дроги интравенозно. До 30% од осудените лица имаат историја на интравенозно користење на дроги. Ова е главната причина зошто стапките на преваленца на ХИВ и хепатитис Ц меѓу осудените лица е скоро 30 пати повисока отколку меѓу луѓето од слична возраст кои живеат во заедницата. Оттука, затворите мора да се сметаат како епидемиолошки епицентри за таквите парентерални преносливи инфекции, како што се крвно-преносливите инфекции и/или сексуално преносливите инфекции, заради неколку причини.

- Во затворите има концентрација на лица со ризично однесување во однос на инфекции заради интравенозно користење дроги (ИКД), споделување, односно користење на исти инструменти за интравенозно внесување на дроги, тетовирање со истиот инструмент и промискуитетен сексуален однос без заштита. Епидемијата на ХИВ во затворите главно е предизвикана од ИКД, но би било грешка да се запостави сексуалното пренесување на болеста во затворот.

⁹² УНАИДС: Извештај за глобалната епидемија на СИДА 2010 г. (UNAIDS: Report on the global AIDS epidemic 2010 (November 2010).

⁹³ ЕМЦДДА (Европски мониторинг центар за дрога и зависност од дрога (EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)).

- Таквото ризично однесување продолжува, одново се воспоставува или почнува во затворот често во уште поризични услови, отколку во заедницата, па така се пренесуваат инфекциите, па дури и се појавиле епидемии, кои сè уште се појавуваат.⁹⁴
- Превентивните и мерки за намалување на штетите тешко се применуваат и често не се достапни во затворите.
- Пристапот кон дијагностички мерки и третмани чија цел е намалување на бројот на инфицирани лица во затворите често недостасува, или ваквите мерки и третмани се помалку достапни отколку во заедницата или воопшто не се достапни.
- Ослободените осудени лица кои се инфицирале за време на затворската казна може често и без да знаат да ја пренесат инфекцијата во заедницата. Високото ниво на мобилност меѓу затворите и заедницата типично за корисници на дрога, кои најчесто се осудени на кратки казни, кои се повторуваат, го зголемуваат ризикот по јавното здравје.

3.2. Меѓународни документи

Необезбедувањето на пристап кон основните превентивни мерки и третман кои се еквиваленти на оние кои се достапни во заедницата претставува повреда на правото на осудените лица на здравје, како и повреда на меѓународното право, како што е Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права и Европската социјална повелба.⁹⁵ Голем број на препораки, правила, декларации и резолуции на Советот на Европа и други меѓународни тела ја нагласуваат обврската на затворските власти да обезбедат превентивна здравствена заштита, особено против епидемиите на ХИВ и хепатитис Ц во затворите.⁹⁶

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

⁹⁴ Jürgens R., Nowak M. and Day M: "HIV and incarceration: prisons and detention" („ХИВ и затворањето: затвор и притвор“) . Journal of the International AIDS Society 14:26 (2011); WHO/UNODC/UNAIDS: Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review, Evidence for Action Technical Paper (Интервенции за справување со ХИВ во затворите: сеопфатен преглед, Технички документ со докази за акција) (Geneva 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, Evidence for Action Technical Paper („Делотворност на интервенциите за справување со ХИВ во затворите, Технички документ со докази за акција) (Geneva 2007); WHO Europe: Policy guidance on HIV in prisons (СЗО Европа: Насоки за политиката за ХИВ во затворите), достапно на: www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons.

⁹⁵ Член 12 од Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права; член 11 од Европската социјална повелба.

⁹⁶ WHO Europe: Policy guidance on HIV in prisons (СЗО Европа: Водич за политиката за ХИВ во затворите), достапно на: www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons; CM: Prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison. Recommendation R (1993) 6 (КМ: Затворите и криминолошките аспекти на контролата на преносливите болести, вклучително и СИДА и поврзаните здравствени проблеми во затворите, Препорака R (1993) 6; CM: The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation R (1998) 7 (КМ: Етичките и организациски аспекти на здравствената заштита во затворите. Препорака R (1998) 7); The CPT Standards 2002 (rev. 2011) (КПТ Стандарди 2002 г. (ревизија од 2011г.)); UNAIDS/UNODC/WHO: HIV/AIDS Prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response (ХИВ/СИДА Превенција, нега, третман и поддршка во затворски услови: рамка за делотворен одговор на национално ниво) (New York 2006); WHO Europe: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons (СЗО Европа: Насоки на СЗО за инфекција со ХИВ и СИДА во затворите) (Geneva 1993); Møller L. et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Здравјето во затворите: Водич на СЗО за основите на здравјето во затворите) (Geneva 2007); Penal Reform International: Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia (Даблинска декларација за ХИВ/СИДА во затворите во Европа и Централна Азија) (Dublin 2004); World Medical Association: Declaration of Edinburgh on prison conditions and the spread of tuberculosis and other communicable diseases (Светска медицинска асоцијација; Декларација од Единбург за затворските услови и ширењето на туберкулозата и останатите преносливи болести) (Edinburgh 2000, rev. Montevideo 2011); UNODC: HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, Policy Brief (УНОДОЦ: Превенција на ХИВ и нега во затворите и останатите затворени средини: сеопфатен пакет на интервенции, Документ за политиката) (Vienna 2012).

Во текот на неодамнешните посети на земјите, КПТ утврдил сериозни недостатоци на превентивните мерки против ширење на ХИВ/СИДА и хепатитис Ц.⁹⁷ Превентивните мерките против ширење на ХИВ/СИДА и хепатитис во Ц во затворите може на кратко да се прикажат преку четири чекори: подобрување на ставовите и знаењата, намалување на снабдувањето и побарувачката на дрога, намалување на штетите и медицински мерки.

3.3. Подобрување на ставовите и знаењата

Прифаќање на табу реалностите

Затворските власти и политичарите во целиот свет не се волни да го прифатат и признаат фактот дека има дроги, користење на дроги и сексуални односи во затворите заради стравот дека јавноста ќе ги повика на одговорност и дека ќе одговараат за овој факт. Сепак, сè додека овие факти се табу и натаму ќе биде тешко, ако не и невозможно, да се спроведат соодветни мерки против пренесувањето вирусите во затворите. Политичарите и јавноста треба да научат дека спречувањето на ширењето на ХИВ и хепатитис Ц и други инфекции во затворите е важно не само за здравјето на осудените лица, што пак не е прашање со голем политички приоритет, туку е во корист на општото јавно здравје. Молдавскиот модел на програма на размена на игли/шприцеви во затворите, импресивен и исклучителен пример на добра практика во спречувањето на ширењето на овие инфекции, беше овозможен само откако властите и подоцна јавноста ги прифатија овие реалности. Ова е добар пример за делотворна политика, која е неопходна за да се воведат нови стратегии.⁹⁸

Алтернативи за затворска казна

Исцрпувањето на сите достапни алтернативи пред да се одреди затворска казна за престапници-зависници од дроги најверојатно е најделотворната стратегија во спречувањето на ширењето на парентералните преносливи инфекции во затворот. Има големи разлики меѓу земјите во однос на тоа како го казнуваат користењето на нелегални дроги и поседувањето на нелегални дроги за лична употреба. Со оглед на ризикот од пренесување на инфекцијата, треба сериозно да се разгледаат прашањата на негативното психолошко влијание на затворањето, особено врз младите зависници од дрога, потоа недостатокот на соодветен третман и капацитетите за рехабилитација за зависност од дрога во затворската средина, правната рамка и практиката во однос на изрекувањето на казни, особено затворските казни за престапници-зависници од дрога. Треба да се разгледаат сите можни алтернативи за затворската казна за многуте полесни кривични дела сторени од корисници на дроги на сите нивоа на кривично-правниот систем – полиција, периодот пред судењето, судењето, периодот по судењето- и треба да се комбинираат различните алтернативи за затворска казна – пренасочување, алтернативни мерки, условен отпуст- со третман кој се обезбедува во заедницата.⁹⁹

Спречување на ширењето на ХИВ/СИДА и хепатитис Ц во затворите

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

⁹⁸ Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience, (Размена на игли во затвор: Поуки од сеопфатниот преглед на меѓународните докази и искуства) 2nd edn (2006), Canadian HIV/AIDS Legal Network.

⁹⁹ UNODC: From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care not punishment, Discussion paper of a scientific workshop, (УНОДОЦ: Од присилба до кохезија: третман на зависноста од дроги преку здравствена заштитата не казнување, Документ со дискусии од научна работилница) 28-30 October 2009 (Vienna 2010); EMCDDA: Alternatives to imprisonment — targeting offending problem drug users in the EU (ЕМЦДДА: Алтернативи на затворска казна- насочување кон проблемот на престапници-корисници на дроги во ЕУ) (Lisbon 2005).

Едукација и обука

Во склад со начелата за унапредување на здравјето во затворите¹⁰⁰ континуираните програми за едукација и обука за ХИВ/СИДА и хепатитис Ц треба да ја вклучат целата затворска заедница: осудените лица, затворскиот персонал, затворската администрација и лицата со или без ризично однесување. Програмите треба да вклучат информации за етиологијата и патогенезата на релевантните инфективни болести, нивното одвивање, симптоми, дијагноза и третман и особено начини и средства за пренесување, начини на кои инфекцијата не може да се пренесе, како да се заштити лицето и како да се заштитат другите, мерките за намалување на штетатата и што да се прави по можната изложеност на инфекцијата. Програмите исто така треба да вклучат и покана за доброволно доверливо советување и тестирање. Сепак, информациите за мерките за намалување на штетите и за тестирањето ќе бидат превентивни само доколку исто овие мерки се обезбедени и се пристапни и во затворите. Програмите за обука мора го земат предвид високото ниво на неписменост, тешкотиите во учењето и јазичните бариери меѓу затворската популација. Динамиката на одржување на вакви редовни програми за едукација и обука за ова прашање треба да ја следи стапката на одлив и прилив на осудени лица и персонал, како и важноста за одржување на знаењата и свеста за оваа тема.

Здравствените работници имаат обврска дадат информации индивидуално, лице в лице, во текот на здравствениот преглед при прием (видете погоре, Медицински консултации при прием), како и да обезбедат дека едукацијата и обуката за превентивна здравствена заштита се организираат со поддршка на затворската управа. Тие може и треба да се потпрат на искуствата, капацитетите и алатките кои многу НВОа ги имаат за обука за ХИВ/СИДА и хепатитис Б и Ц, а треба исто така да се обидат да ја убедат затворската управа да се побара поддршка од ваквите организации за ова прашање.

Може и треба да се применат различни методологии за едукација: едукација лице в лице, групни дискусии, играње улоги, татарски скечеве по што следи дискусија, брошури, филмови и други аудио-визуелни помагала. Врсничкото учење се чини дека е особено делотворно за лицата кои користат дрога интравенозно. Поканите за скрининг преку ДДСТ (доброволно доверливо советување и тестирање) треба да биде составен дел од едукацијата.

¹⁰⁰ Moller L. et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Geneva 2007). (Здравјето во затворите: Водич на СЗО за основите за здравјето во затворите).

3.4. Намалување на снабдувањето и побарувачката на дрога

Несомнена е важноста на интензивирани контроли и претреси за да се спречи снабдувањето со дрога во затворот. Поради високиот број на затворени зависници од дрога, затворите се омилена цел на нелегалниот пазар за дроги; затворските супкултури и неофицијалните структури на моќ во многу затвори во светот се доминирани од интересите на овој нелегален пазар за дрога. Реалноста покажала дека контролите и претресите не овозможуваат затворот да биде целосно без дрога. Се изнесува аргументот дека претресите сами по себе, доколку не се придружени со други превентивни мерки, може дури и да бидат контра-продуктивни во спречувањето на парентералните преносливи инфекции: дрогата се пакува во мали количини кои лесно може да се внесат во затворот, во споредба со инструментите за интравенозно внесување дрога кои се поголеми. Ова резултира со снабдување на дрога без снабдување со соодветна опрема за интравенозно користење, а последицата е повтореното и заедничко користење на опрема за интравенозно користење на дрога која и онака недостига, што пак од своја страна води до пренесување на вирусот. Како и во заедницата, добро избалансирана политика која се потпира на четири столба – спроведување, превенција, намалување на штетите и третман – може поделотворно да ги намали ризиците од користење дрога во затворите, истовремено спречувајќи го и ширењето на преносливи болести преку интравенозно користење на дроги.

Треба да се има на ум дека според начелата на медицинската етика и меѓународните препораки, здравствените работници кои обезбедуваат нега за осудените лица никогаш не треба да бидат инволвирани во контролите, претресите, телесните претреси или тестирање за користење дрога кое се извршува во безбедносни цели, затоа што доколку се дел од такви активности може да ја изгубат довербата на нивните пациенти.¹⁰¹ Овие активности се во исклучива надлежност на затворскиот персонал задолжен за безбедност. Доколку е потребен лекар за претрес на телесни отвори, тогаш таквиот претрес треба да го изврши лекар од јавниот здравствен систем или лекар кој не е инволвиран во здравствената заштита на осудените лица.

Спречување на ширењето на ХИВ/СИДА и хепатитис Ц во затворите

¹⁰¹ КМ: етичките и организациски аспекти на здравствената грижа во затворите. Препорака R (1998) 7 (CM: The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation R (1998) 7); Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г. (The CPT Standards 2002 (rev. 2011))); Светска медицинска асоцијација: Изјава на ВМА за телесните претреси на осудените лица (World Medical Association: WMA Statement on Body Searches of Prisoners (Budapest 1993, rev. 2005)).

Затворски одделенија без дрога

Неколку земји имаат воспоставено зони без дрога или одделенија без дрога во затворите, каде осудените лица кои дале согласност за чести тестови на урината кои се прават по случаен избор докажуваат дека не користат дрога, а за возврат тие се поттикнати со користење погодности и/или подобри животни услови споредено со вообичаените затворски одделенија. Осудените лица чиј тест ќе биде позитивен на присуство на дрога веднаш се враќаат во редовните затворски одделенија. Оваа комбинација од стимулирачка мотивација со контрола и надзор се покажала како успешна во спречувањето на побарувачката и снабдувањето со дрога, при што се јакне автономноста на осудените лица, се намалуваат конфликтите и се подобруваат работните услови за персоналот. Ова е соодветно само за осудени лица кои се особено мотивирани да не бидат во контакт со дрога додека ја отслужуваат нивната затворска казна.¹⁰²

Програми за супституциски третман

Одржувањето со супституциски орално применети опоици не само што е најделотворниот и најдобро документиран третман за зависност од опијати, со што се смета за најразвиен третман на корисници на дрога кои ја земаат дрогата интравенозно, туку исто така е една од најмоќните превентивни мерки против ширењето на ХИВ/СИДА и хепатитис Б и Ц. Со тоа се намалува ризичното интравенозно користење на опијати, се стабилизира пациентот, кој така може да оди на дополнителен психотерапевтски третман и помага ваквите осудени лица да останат во психосоцијалната третманска програма.¹⁰³

Во склад со начелото на еквивалентност на здравствената заштита, кое се применува не само за терапевтската, туку и на превентивната здравствена заштита,¹⁰⁴ во сите земји каде во заедницата пошироко се спроведуваат програми за супституциска терапија, таквите програми треба да бидат достапни и во затворите. Ова е од суштинско значење не само заради етичките причини, туку и поради јасни клинички и превентивни причини: прекин на супституциска терапија за опијати води до синдром на повлекување од користење на опијати во ранливата фаза од служењето на затворската казна и го зголемува ризикот одново да започне интравенозното користење дрога. Како правило, пренесувањето на вирусот е многу поризично во затворската средина, отколку во заедницата. Покрај тоа, одржувањето со супституциска терапија за опијати во затворот се покажало дека значително ја намалува големата стапка на смртност на корисниците на дрога првиот ден по отпуштот од затвор.¹⁰⁵

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

¹⁰² ЕМЦДДА: Портал за најдобри практики: Зони без дрога во затворот во Хиртенберг (2011) (EMCDDA: Best practice portal: Drug free zone in Hirtenberg prison (2011)), достапно на: www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview.

¹⁰³ СЗО/УНОДОЦ/УНАИДС: „ Супституциска терапија за одржување во управување со зависноста од опоици и спречувањето на ХИВ/СИДА“ (WHO/UNODC/UNAIDS: “Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention”, position paper (2004)).

¹⁰⁴ Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011 г.) (The CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

¹⁰⁵ СЗО Европа: Спречување на акутна смртност поврзана со дроги во затворската популација во периодот веднаш по испуст од затвор (WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period (Geneva 2010)).

Заради сите овие фактори, барем 26 земји во Европа вовеле програми за супституциска терапија за одржување во затворите и во седум европски земји повеќе од 10% од сите осудени лица примаат супституциска терапија за одржување.¹⁰⁶ Најчесто се користи метадон како супституциско лекарство, но се користат и други опиоиди кои се примаат орално. Веќе има богато искуство со детални насоки за тоа како да се спроведе програма за супституциска терапија за одржување во затворите.¹⁰⁷ Сепак во извештаите на КПТ по неодамнешните посети на земји се нагласува дека во неколку затворски системи во Европа, сè уште треба многу да се работи со цел соодветно да се спроведе оваа важна стратегија за превенција.¹⁰⁸

Психотерапевтскиот третман и психосоцијалната грижа може да помогнат да се намали побарувачката на дрога меѓу корисници на дрога – зависници од опијати кои ги внесуваат интравенозно, особено кога ова се комбинира со програми за супституциска терапија, со што може да помогне да се спречи ширењето на вирусни крвно-преносливи болести, особено со оглед на тоа што концептите за психотерапевтски третман сега повеќе се фокусираат врз намалувањето на штетите, отколку на целосна апстиненција.

3.5. Намалување на штетите од ризичното однесување

Доказите покажуваат дека не е реално да се претпостави дека безбедносните мерки во затворот можат да стават крај на ризичното однесување поврзано со ширењето на ХИВ/СИДА и хепатитис Б и Ц. Исто така се покажало дека ризичното однесување во затворски услови може да создаде уште поголеми ризици отколку во заедницата, а мерките за намалување на таквите последици односно штета се исто толку важни за затворите, како и за заедницата.¹⁰⁹

Спречување на ширењето на ХИВ/СИДА и хепатитис Ц во затворите

¹⁰⁶ EMCDDA: (2010)

¹⁰⁷ WHO Europe: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons (СЗО Европа: Насоки на СЗО за ХИВ инфекција и СИДА во затворите) (Geneva 1993); Moller L. et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Здравјето во затворите: Водич на СЗО за основите на здравјето во затворите) (Geneva 2007); Kastelic A., Pont J. and Stover H: Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide (Супституциска програм со опиоиди во затворски контекст: практичен водич) (Oldenburg 2009).

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

¹⁰⁹ WHO Europe: Policy guidance on HIV in prisons (СЗО Европа: Водич за политиката за ХИВ во затворите), достапно на: www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons; CM: Prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison. Recommendation R (1993) 6 (КМ: Затворите и криминолошките аспекти на контролата на преносливите болести, вклучително и СИДА и поврзаните здравствени проблеми во затворите, Препорака R (1993) 6; CM: The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation R (1998) 7 (КМ: Етичките и организациски аспекти на здравствената заштита во затворите. Препорака R (1998) 7); The CPT Standards 2002 (rev. 2011) (КПТ Стандарди 2002 г. (ревизија од 2011г.)); UNAIDS/UNODC/WHO: HIV/AIDS Prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response (ХИВ/СИДА Превенција, нега, третман и поддршка во затворски услови: рамка за делотворен одговор на национално ниво) (New York 2006); WHO Europe: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons (СЗО Европа: Насоки на СЗО за инфекција со ХИВ и СИДА во затворите) (Geneva 1993); Møller L. et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Здравјето во затворите: Водич на СЗО за основите на здравјето во затворите) (Geneva 2007); Penal Reform International: Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia (Даблинска декларација за ХИВ/СИДА во затворите во Европа и Централна Азија) (Dublin 2004); World Medical Association: Declaration of Edinburgh on prison conditions and the spread of tuberculosis and other communicable diseases (Светска медицинска асоцијација; Декларација од Единбург за затворските услови и ширењето на туберкулозата и останатите преносливи болести) (Edinburgh 2000, rev. Montevideo 2011); UNODC: HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, Policy Brief (УНОДОЦ: Превенција на ХИВ и нега во затворите и останатите затворени средини: сеопфатен пакет на интервенции, Документ за политиката) (Vienna 2012)

Помалку ризично користење

Информациите и едукацијата за ризиците од пренесување на вирусот на ХИВ и хепатитис Б и Ц преку заедничко користење на заразена опрема за интравенозно земање дрога се предуслов за намалување на штетите од користењето дрога. Во обидот да се постигне најголемото влијание со најмалата доза на дрога, најголем број на осудени лица -зависници од опијати се одлучуваат дрогата да ја земат интравенозно, однесување кое делотворно може да се намали со соодветно дозирана орална супституциска терапија. Оттука, супституциска терапија за опијати е мерка за намалување на побарувачката за користење на нелегални опијати и е побезбедна за користење. Во оние земји каде не се достапни стерилни инструменти и опрема за интравенозно користење дроги (видете подолу, Програми за размена на игли/шприцеви) осудените лица барем треба да имаат пристап до средства за дезинфекција, а треба да им се дадат и информации како да ја измијат и дезинфицираат заразената опрема за интравенозно користење дрога за да се намали ризикот од пренесување на вирусот. Сепак, мора многу јасно да им се каже на осудените лица дека дезинфицирање на инструментите воопшто не преставува безбедно користење на дрога и дека единствениот начин да се одбегне пренесување на вирусот е воопшто да не се користат заразените инструменти за интравенозна примена на дрогите. Кога се користи варикина која се користи и во домаќинствата (5.25% sodium hypochlorite) како средство за дезинфекција, варикината мора да биде нова и неразредената со цел да има било какво дејство.¹¹⁰

Програми за размена на игли/шприцеви

Има убедливи докази дека програмите за размена на игли/шприцеви во заедницата се делотворни во намалувањето на ХИВ инфекцијата меѓу корисници на дрога кои истата ја користат интравенозно; тие програми се економични и немаат негативни несакани последици.¹¹¹ Целта и логиката на програмите за размена на игли не само да се обезбеди стерилна опрема за оние кои ја користат дрогата интравенозно, туку и безбедно да се отстранат заразените инструменти, што исто така е важно. Како што се наведува погоре, во склад со начелото на еквивалентност на здравствената заштита, кое се применува и во целите на превентивната здравствена заштита¹¹² и за сериозни епидемиолошки потреби, во земјите каде во заедницата се достапни програми за размена на игли/шприцеви, како и програми за супституциска терапија за опијати за оние кои користат дрога интравенозно, истите такви програми треба да бидат достапни и во затворите.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

¹¹⁰ ЦДЦ: Дезинфекција на игли за корисници на дрога (CDC: Syringe disinfection for injection drug users (Atlanta GA 2004)).

¹¹¹ СЗО Европа: Делотворност на воспоставувањето на програми за стерилни игли и шприцеви во намалувањето на ХИВ/СИДА меѓу корисници на дрога интравенозно, Технички документ со докази за акција) WHO Europe: Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users, Evidence for Action Technical Paper (Geneva 2004).

¹¹² Стандарди на КПТ 2002 г. (ревизија од 2011) The CPT Standards 2002 (rev. 2011).

Во 2012 г. имаше 74 затвори во осум земји (некои со добро финансирани некои со многу лошо финансирани затворски системи) – Швајцарија, Германија, Шпанија, Република Молдавија, Киргистан, Романија, Луксембург и Таџикистан- каде во затворите се спроведуваат програми за размена на игли/шприцеви за мажите и за жените, на сите нивоа на безбедност и обем, а во одредени затвори овие програми се применувале повеќе од 10 години. Се користат различни начини за собирање на приборот за интравенозно користење дрога: од страна на здравствените работници, од страна на персонал од НВОа, автоматизирани машини за собирање отпад или од страна на внимателно избрани осудени лица. И покрај различностите, резултатите на овие програми се извонредно конзистентни. Со нив се подобрува здравјето на осудените лица, се намалува заедничко користење на игли и се намалува стравот од насилство. Истовремено, нема докази за зголемено користење на дрога или други негативни последици.¹¹³ Во земјите со висока преваленца на ХИВ меѓу корисниците на дрога во заедницата и во затворите, спроведувањето на програмите за размена на игли/шприцеви во затворите мора да се смета како прашање од висок приоритет.¹¹⁴ За да се постигне оваа цел требаат лидерство и вештини да се убеди јавноста и политичарите за важноста на овој метод за намалување на штетите во затворите, а во полза на општото јавно здравје.

Спречувањето на другите можни причини за крвно-преносливи инфекции кои може преовладуваат во затворите како што се користење на исти алати за тетовирање или пирсинг или жилети, или ритуали за мешање крв како знак за збратимување исто така треба соодветно да бидат опфатени со програмите за едукација и обука и/или со соодветни мерки.

Обезбедување кондоми и спречување на сексуално насилство

Меѓународните истражувања во затворите нудат докази дека сексуалната активност во затворите се случува низ целиот свет. Разбирливо најголем дел од сексуалните контакти се меѓу лица од ист пол; таквите сексуални односи може да се со согласност на двете лица или може сексуалниот однос да биде со присила (во клима на присила во затворот ова често не може јасно да се утврди) и 1-3% од осудените лица стануваат жртва на силување.¹¹⁵

Спречување на ширењето на ХИВ/СИДА и хепатитис Ц во затворите

¹¹³ Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience, (Размена на игли во затворите: Поуки од сеопфатниот преглед на меѓународни докази и искуство) 2nd edn, Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006); WHO/UNAIDS/UNODC: Guide to starting and managing needle and syringe programmes: needle and syringe programmes in closed settings (Водич за воспоставување и управување со програми за игли и шприцеви: програми за игли и шприцеви во затворени средини) (Geneva 2007).

¹¹⁴ WHO/UNAIDS/UNODC: Guide to starting and managing needle and syringe programmes: needle and syringe programmes in closed settings (Водич за воспоставување и управување со програми за игли и шприцеви: програми за игли и шприцеви во затворени средини) (Geneva 2007).

¹¹⁵ Jurgens R., Nowak M. and Day M: "HIV and incarceration: prisons and detention". („ХИВ и затворањето: затвор и притвор“) Journal of the International AIDS Society 14:26 (2011) .

Ризикот од пренесување на ХИВ е најголем при насилни сексуални активности. Веќе неколку години најголем дел од земјите од Западна Европа обезбедуваат кондоми во затворите и сега има јасни докази дека кондомите, лубрикантите и стоматолошките брани се користат за сексуални активности на осудените лица, доколку се лесно и анонимно достапни, потоа тука се докажале дека обезбедувањето на кондоми не поттикнало зголемување на сексуалните активности во затворите и дека со оглед на тоа што нема докази за негативно несакано дејство, обезбедувањето на кондоми се прифаќа од најголемиот дел од осудените лица и персоналот, штом се воведат таква програма.¹¹⁶

Сепак, јасно е дека обезбедување на кондоми без делотворни политики за спречување на сексуално насилство не е достаточо за да се спречи пренесување на вирусот преку сексуални односи. Политиките за спречување на сексуално насилство мора да вклучат одбегнување на пренатрупаност, соодветен број на персонал и надзор, нетолеранција за неформалните хиерархии меѓу осудените лица и структурни подобрувања кои ќе му овозможат на персоналот да ги заштити ранливите осудени лица од сексуално насилство.

Во извештаите за неколку земји, КПП изразил загриженост за немање програми за обезбедување кондоми¹¹⁷ и за недостатоците во заштитата на осудените лица од сексуално насилство.¹¹⁸

3.6. Превентивни медицински интервенции

Вакцинација

Во согласност со документот за политиката на Канцеларијата на Обединетите нации за дрога и криминал (УНОДОЦ) за спречување на ХИВ и грижа во затворите и другите затворени средини¹¹⁹ се препорачува обезбедувањето на бесплатни вакцини за осудените лица и за затворскиот персонал против хепатитис Б. Разумно е да се понуди вакцина против хепатитис А на пациенти со хроничен хепатитис Б или Ц, со оглед на тоа што дополнителна инфекција со вирусот на хепатитис А може да предизвика смртоозна инсуфициенција на црниот дроб.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

¹¹⁶ WHO/UNODC/UNAIDS: Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review, Evidence for Action Technical Paper (Интервенции за справување со ХИВ во затворите: сеопфатен преглед, Технички документ со докази за акција) (Geneva 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, Evidence for Action Technical Paper (Делотворност на интервенциите за справување со ХИВ во затворите, технички документ со докази за акција) (Geneva, 2007).

¹¹⁷ CRT/Inf (2005)1; (2007)40; (2011)20.

¹¹⁸ CRT/Inf (2007)32; (2009)8; (2011)22; (2011)24; (2012)9.

¹¹⁹ УНОДОЦ: Спречување на ХИВ и грижа во затворите и останатите затворени средини: сеопфатен пакет на интервенции, Документ за политиката (UNODC: HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, Policy Brief (Vienna 2012)-).

Антивирусниот третман на ХИВ и хепатитис Б/Ц покрај тоа што има терапевтско влијание, има и силно превентивно влијание со брзо намалување на вирусното оптоварување кај третираните пациенти, кај кои следствено се намалува веројатноста да станат извор на инфекција.

Профилакса

Не е достаточо докажано, но е многу веројатно превентивното дејство на давање профилакса по изложеност на болеста. Медицинските консултации и профилактскиот третман по изложеност на болеста треба да бидат веднаш достапни за жртвите на сексуално насилство, како и за осудените лица и за затворскиот персонал по друго изложување на инфекција со ХИВ и хепатитис Б и Ц кое се должи на невнимателност. Затворите треба да бидат подготвени за такви случаи со дефинирање на стандардни оперативни постапки или насоки.¹²⁰

Спречување на ширењето на ХИВ/СИДА и хепатитис Ц во затворите

¹²⁰ Ibid.

ХИВ/СИДА и ТБ се најголемите убијци на светско ниво од инфективните вируси.¹²¹ Епидемијата на ХИВ/СИДА и истовременото зголемување на ТБ епидемијата се нарекува двојна епидемија или вкрстена епидемија., не само заради нивното временско и географско преклопување, туку главно затоа што двете болести и епидемии имаат силно негативно влијание една врз друга. За двете болести највисоката преваленца може да се најде меѓу сиромашните земји. На светската карта, регионите со висока ХИВ инциденца и преваленца во голема мерка се преклопуваат со регионите каде има висока преваленца и инциденца на ТБ. Околу една третина од 34 милиони луѓе кои живеат со ХИВ инфекција истовремено имаат и ТБ инфекција и кај нив веројатноста да се разболат од ТБ е 30 пати поголема отколку кај луѓето со зачуван имунолошки систем. Повеќе од половина од пациентите со СИДА покажуваат знаци на ТБ болест и ТБ е најчестата сериозна опортунно инфекција меѓу ХИВ пациентите. Скоро 25% од смртните случаи меѓу луѓето со ХИВ се предизвикани од ТБ.¹²²

Исто така, тука е новонастанатиот проблем на зголемување на случаите на резистентна ТБ, а примарната причина е несоодветен третман на ТБ. Во земјите од Источна Европа повеќе од 10% од ново инфицираните луѓе се инфицирани со варијанти на бактеријата кои се отпорни на лекаства и оваа стапка секако е повисока кај претходното третираните и пациентите кај кои се вратила болеста. Поранешната ДОТС стратегија (краток курс на директно набљудуван третман) на Светската здравствена организација (СЗО) мораше да се надгради во ДОТС плус поради потребата за дополнителна и поскапа дијагностичка опрема, како и продолжен второлиниски третман со повеќе несакани дејства.¹²³

¹²¹ СЗО Информативен материјал (WHO Fact sheets (October 2012)).

¹²² Ibid.

¹²³ Ibid.

ХИВ и ТБ инфекциите/болестите имаат многу заеднички карактеристики, иако имаат сосема различни начини на пренесување.

- Тие се несразмерно повеќе раширени меѓу сиромашното население, па следствено и двете инфекции имаат многу повисока преваленца меѓу затворската популација, отколку во заедницата. Преваленцата на ХИВ во затворите е скоро 25 пати повисока, а ТБ преваленцата е 100 поголема отколку во заедницата пошироко,¹²⁴ во затворите многу полесно се пренесува ХИВ (видете го претходното Поглавје) како и ТБ; затворските услови како што се пренатрупаност, лошо проветрување, лоша исхрана и несоодветната и непристапна здравствена заштита го поттикнуваат ширењето на ТБ во затворите; затворите се како резервоари за ТБ, од кои болеста се прелева во заедницата преку персоналот, посетителите и несоодветно третираниите ослободени осудени лица; и факторите погодни за ширење на ТБ исто така го поттикнуваат ширењето на резистентна ТБ.¹²⁵ Следствено, затворите мора да се сметаат како епидемиолошки епицентри за епидемијата на ТБ, исто како и во однос на ХИВ/СИДА епидемијата (споменато претходно): затворите се епидемиолошки епицентри за двојната епидемија и мора да бидат така препознаени од заедницата.
- ТБ е болест која ја поттикнува сиромаштија, а зависноста од дроги во многу земји е главна причина за ХИВ инфекцијата, која исто така се поврзува со и/или води до сиромаштија. И двете инфекции, ХИВ и ТБ, се придружени од социјална стигматизација и натамошна маргинализација.
- Сè побрзо растечки број на поединечни пациенти се погодени од двете инфекции; и кај двете инфекции погоден е Т-лимфоцитниот клеточен имунитет, па така секоја од нив го влошува клиничкиот тек на другата болест. Додека од една страна не повеќе од 10% од лицата со зачуван имунолошки систем инфицирани со ТБ развиваат клинички индикации за болеста, има 30 пати повеќе веројатност пациентите инфицирани со ХИВ да развијат клинички знаци за ТБ. Проблемот натаму се влошува од фактот што дијагнозата на ТБ болеста кај лицата со компромитиран имунолошки систем е многу потешко да се воспостави отколку кај пациенти со зачуван имунолошки систем заради ниското ниво на сигурност на спутум анализата со микроскоп на пулмонална туберкулоза, заедно со повисоката преваленца на вон-пулмонална ТБ, што резултира со понесигурни рендгенски дијагнози. Исто така комбинираната терапија со антиретровирусни лекаства за ХИВ/СИДА и за ТБ, особено лекувањето на резистентна туберкулоза е потешка и преставува предизвик заради многуте содејства на лекаствата и неповолните несакани дејства, со што истата може да не биде толку делотворна.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

¹²⁴ WHO: Tuberculosis in prisons (web page) (СЗО: Туберкулозата во затворите (интернет страница) достапно на: www.who.int/tb/challenges/prisons/en/.

¹²⁵ Ibid.

Сите различни ажурирани насоки за контрола на туберкулозата во затворите¹²⁶ го вклучуваат следново:

- Потребата контролата на ТБ во затворите да се спроведува според истите стандарди како контролата на ТБ во заедницата, потоа треба да биде организирана во тесна соработка со здравствените власти во заедницата, да биде вклучена во националната програма против туберкулоза и да подлежи на истите постапки за документација, оценка и обезбедување квалитет,
- Подобрување на затворските услови преку одбегнување на пренатрупаност и обезбедување добра вентилација, односно проветрување, пристап до сончева светлина, пристап до здравствена заштитата, сместување на осудените лица во мали одделенија, соодветна исхрана и вежбање на отворено,
- Едукација и унапредување на здравјето во однос на ТБ,
- Рано дијагностицирање (скрининг при прием, само-упатување, активно наоѓање на случаи),
- Одвојување на инфицираните пациенти и утврдување со кого контактирале,
- Делотворен стандарден третман, со стриктно придржување кон протоколите на СЗО за програмите ДОТС и/или ДОТС плус,
- Континуитет на третманот по пренесување на осуденото лице од една во друга институција или по неговиот отпуст.

Неколку европски земји сè уште не се усогласени со таквите насоки за контрола на ТБ во затворите. Во одреден број на пресуди на Европскиот суд за човекови права утврдена а повреда на членот 2 и/или членот 3 од ЕКЧП заради недостатоци во негата на осудените лица со туберкулоза,¹²⁷ а за затворските услови е утврдено дека го поттикнуваат ширењето на ТБ и се квалификуваат како понижувачко и нечовечно постапување заради пренатрупаноста, немањето проветрување и дневна светлина, Исто така, по неодамнешните посети на земји,¹²⁸ КПТ изразил загриженост за недостатоците во однос на превенцијата и негата за ТБ во затворите.

Во целите на борбата против резистентна туберкулоза и двојната епидемија на ХИВ/СИДА и ТБ, потребни се одреден број на дополнителни мерки.

Двојната епидемија на ХИВ/СИДА и туберкулоза (ТБ)

¹²⁶ WHO: Tuberculosis control in prisons: a manual for programme managers (СЗО: Контрола на туберкулозата во затворите: прирачник за раководителите на програмите) (Geneva 2000) at WHO/CDS/TB/2001/.281; Møller L. et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Здравјето во затворите: Водич на СЗО за основите на здравјето во затворите- (Geneva 2007); USAID/TBCTA/ICRC: Guidelines for control of tuberculosis in prisons (2009) (Насоки за контрола на туберкулозата во затворите-; CDC: Morbidity and Mortality Weekly Report, (ЦДЦ: Неделен извештај за морбидитет и морталитет)-7 July 2006 (Atlanta GA 2006); CDC: Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC (ЦДЦ: Спречување и контрола на туберкулозата во казнето поправни установи: препорака на ЦДЦ) (Atlanta GA 2006).

¹²⁷ Мелник против Украина (Melnik v. Ukraine 72286/01); Маленко против Украина (Malenko v. Ukraine 18660/03); Васјуков против Русија (Vasyukov v. Russia 2974/05); Хуматов против Азербејџан (Hummatov v. Azerbaijan 9852/05); Логвиненко против Украина (Logvinenko v. Ukraine 13448/07); Маххарадзе и Сикхарулидзе против Грузија (Makharadze and Sikharulidze v. Georgia 35254/07).

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

- Анализата на спутум со микроскоп има ниско ниво на сензитивност за откривање на бактеријата на туберкулоза, а класичните методи со култура од туберкулоза дава резултати дури по два месеца. За рана и сензитивна идентификација на инфекции на ТБ и инфекции со резистентна ТБ треба да се применуваат што е можно поскоро нови технологии со брзо откривање на бактеријата на туберкулоза и резистентните бактерии.¹²⁹ Ова е од особена важност во средини во кои луѓето се блиско еден до друг, како што се затворите, заради потребата од итно одвојување на инфицираните и пациентите со резистентна ТБ и заради ран третман според матрицата на резистентност, со цел делотворно да се прекине пренесувањето на болеста. Исто така потребни се високо сензитивни методи на откривање на бактеријата на туберкулозата заради ниската концентрација на бактеријата во спутумот кај пациенти ко-инфицирани со ХИВ и ТБ.
- Со оглед на високата стапка на ко-инфекции со ХИВ и ТБ и во склад со политиката на СЗО за двојната епидемија,¹³⁰ мора да се интензивира идентификацијата на ХИВ пациенти меѓу идентификуваните ТБ пациенти и дијагностицирањето на ТБ кај идентификуваните ХИВ пациенти. Со оглед на тоа што имаат долга историја на борба со ТБ, многу земји и затворски системи ги децентрализираа установите за ТБ, додека установите за ХИВ се главно централизираани. Во целите на справување со двојната епидемија, се сугерира дека персоналот во постоечките установи за ТБ во заедницата и персоналот во затворите треба да добијат обука за да можат потоа да спроведат едукација за спречување ХИВ/СИДА и да извршуваат доброволно доверливо советување и тестирање на ХИВ на нивните ТБ пациенти и дека оние кои имаат позитивен тест треба да почнат што е можно поскоро со превенција со котримаксозол и да бидат упатени за антиретровирусен (АРВ) третман.
- Исто така, меѓу идентификуваните ХИВ пациенти треба да се интензивира едукацијата за спречување на ТБ, контрола на ТБ инфекцијата, како и активностите за активно наоѓање на случаи. За лицата изложени на ТБ инфекција и/или со латентна ТБ инфекција, треба да се разгледа можноста за превентивен третман со изониазид (ИНХ) (под услов да нема високо ниво на преваленца на ТБ бактерија резистентна на ИНХ). ХИВ пациентите со дијагностицирана ТБ болест мора веднаш да почнат со ТБ третман, во согласност со резултатите од нивниот тест на сензитивност на лекаствата.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

¹²⁹ Small P. M. and Pai M: "Tuberculosis diagnosis – time for a game change". (Дијагноза на туберкулоза – време за промени") New England Journal of Medicine 363 (2010), 1070-71; Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. et al: "Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampicin resistance". („Брзо молекуларно откривање на туберкулозата и на резистентноста на рифампицин") New England Journal of Medicine 363 (2010), 1005-15; WHO Global Tuberculosis Report 2012.

¹³⁰ Политика на СЗО за колаборативна активности во однос на ТБ/ХИВ: насоки за националните програми и останатите засегнати страни) WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders (Geneva 2012).

Таквите политики на ниво на пациенти треба да бидат дел од стратегијата за тесна соработка и координација на надзорот, планирањето, финансирањето, мониторинг на комбинираните програми за ХИВ и ТБ на меѓународно, национално, регионално и на институционално ниво. Националните програми за ТБ и националните програми за ХИВ/СИДА треба да се тесно поврзани; сите затвори, каде двете болести од двојната епидемија имаат многу повисоко ниво на преваленца отколку во заедницата, мора да бидат вклучени во националните програми и иницијативи за ХИВ/СИДА и ТБ.¹³¹

¹³¹ Ibid.

5.1. Психоактивни супстанци

Нема култура во историјата без психоактивни дроги. Тие се користат на три начина: во верски или божествени ритуали, како лекарство и „рекреативно“.

Во старите култури познавањето и поседувањето на психоактивни супстанци било ограничено на привилегирани лица – свештеници, шамани и лекари (често ова е едно лице) – кои имаат моќна позиција во општеството. Пристапот кон и користењето на психоактивни супстанци од страна на непривилегирани луѓе се сметало како преврат и било казнувано од луѓето на позиција на моќ. Ова делумно ја објаснува историјата на регулирање на психоактивните супстанци и термините „дозволена/недозволена“ и „легална/нелегална“ кои се употребуваат за дрогата.

Од медицинска и социолошка гледна точка, употребата на која било психоактивни супстанца повлекува ризик за здравјето на индивидуата и за општеството. Следствено, потребни се регулативи кои ги земаат предвид ризиците. Психоактивните супстанци кои денес се општествено и законски прифатени за рекреативна употреба, како што се алкохолот и тутунот, исто така се предмет на регулација до одреден степен (при патување, на работното место, за малолетни лица). Сепак, поттикнати од масовниот пораст на производство, трговија, нелегална трговија и користење на психоактивни супстанци во рекреативни цели во 20-тиот век три конвенции на ОН за психоактивни супстанци¹³² утврдуваат строго прохибитивен приод (наместо регулаторен приод) за немедицинската употреба на психоактивни супстанци, кои се дефинираат како недозволени дроги. Ова исто така е случај и со националните закони за психоактивни дроги во најголем дел од земјите. Како резултат на ова, пресудите за повреда на прохибитивните закони против дрогите – и следствено стапките за затворање – драматично се зголемиле во многу земји од 60-тите години од минатиот век, без да се постигне целосна контрола врз постоењето на црн пазар на недозволени дроги, со сето негово насилство, анархија и моќна динамика. Сега станува јасно дека овој приод не донесе никаков успех во „војната против дрогата“ и дека мора да се дефинираат пост-прохибитивни модели на регулирање на дрогите.¹³³

¹³² Конвенција на ОН за наркотични дроги, 1961; Конвенција на ОН за психотропни супстанци 1971 г.; Конвенција на ОН против незаконска трговија со наркотични дроги и психотропни супстанци 1988 г. (UN Single Convention on Narcotic Drugs 1961; UN Convention on Psychotropic Substances 1971; UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychoactive Substances 1988.)

¹³³ Фондација за трансформација на политиката за дрогата: По војната против дрогата: план за регулирање) Transform Drug Policy Foundation: After the war on drugs: blueprint for regulation (Bristol 2009).

Ако се погледне списокот на општествено прифатените („дозволени“) психоактивни дроги (тутун, алкохол, кофеин, во некои земји хат, бетел ореви и други супстанции) и недозволени дроги (опијати, кокаин, деривати од амфетамин, канабис, халуциногени дроги, бензодијазепини и други) станува јасно дека:

- Општественото и законското прифаќање на психоактивните дроги се разликува низ историјата (прохибиција на алкохол во 30-тите години од минатиот век во САД) и според географската позиционираност (канабис продажба во Холандија, хат е прифатен во Јемен, но не и во соседна Саудиска Арабија);
- Општественото и законско прифаќање на психоактивните дроги не зависи од големината или сериозноста на ризиците по здравјето: штетите по здравјето на поединци, за јавното здравје и влијанието врз глобалното оптоварување со болести кои произлегуваат од алкохол и тутун во огромна мерка ги надминуваат ризиците по здравјето кои произлегуваат од останатите психоактивни супстанции.¹³⁴

Генерално, психоактивните дроги се класифицираат според нивната хемиска структура и/или нивното дејство врз централниот нервен систем, со одредени преклопувања на одредени категории: етанол, никотин во тутунот, седативи и хипнотици, канабоиди, опијати и опоици, кокаин, амфетамини и деривати, халуциногени и испарливи супстанции. Со исклучок на кофеинот, хроничното користење на погоре наведените супстанции се поврзува со лошо дејство врз здравјето и ризикот од создавање на зависност. Покрај тоа појавата на нови синтетички психоактивни дроги на европскиот црн пазар на дроги - појава која е во постојан раст - е проблем кој предизвикува сè поголема загриженост.¹³⁵

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

¹³⁴ СЗО: Невронаука на користењето на психоактивни супстанции и зависноста (WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence (Geneva 2004)).

¹³⁵ ЕМЦДДА: Нови дроги откриени во ЕУ со стапка од околу една нова дрога неделно, велат агенциите (EMCDDA: New drugs detected in the EU at the rate of around one per week, say agencies, News Release No. 2/2012 (26 April 2012)).

Сите тие дејствуваат врзувајќи се со специфични рецептори во централниот нервен систем кои ги мобилизираат неуротрансмитерите активирајќи ја или инхибирајќи ја активноста на неуроните, според различни сложени биохемиски и електрофизиолошки матрици на врската меѓу синапсите. Со повторено користење на психоактивни супстанции, рецепторите ја интензивираат регулацијата и зголемувањето на ензимската индукција (потребна за деградација на дрогата) ја формира биохемиската основа за толеранцијата.

Невронауката и современите техники за создавање слики кои прават визуелен приказ на мозочната активност покажале дека три области од мозокот имаат доминантна улога во реакцијата на психоактивни дроги и создавањето на зависност: вентрално тегментланата област, месолимбичниот допамин систем и кортексот.

Сите психотропни супстанции предизвикуваат поволно чувство на ист начин и во истите области од мозокот како дразби кои се критични за преживувањето, како што се храна и репродукција. Допаминот се зголемува во месолимбичниот допамински систем, биохемиската реакција на сите неочекувани награди е измерено дека е многу повисока под дејство на психоактивни дроги, отколку на природни дразби, како што е внесување храна. Мезолимбичниот допамински систем исто така има главна улога во емотивната мотивација и јакнење на процесот на учење, механизам кој во комбинација со реорганизацијата на неуроните - „синаптичка пластичност,“ - за кортекс (сензорна) и лимбична (емотивна) проекција може да преставува био-бихејвиоралната заднина на зависноста.¹³⁶

5.2. Физичка и клиничка зависност од дрога

И покрај таквите биолошки реакции кои се идентификуваат преку истражувања на невроануката, не секој кој зема психоактивни дроги станува физички или зависен од психоактивните супстанции. Терминот „клиничка зависност“ општо се однесува на компулзивно однесување, не само поврзано со користење супстанции, туку и поврзано на пример со коцкање.

Физичка зависност

Има одреден број на фактори, освен хемиската структура на супстанцата и нејзините биолошки реакции во мозокот кои го поттикнуваат развојот на физичка или клиничка зависност од дроги:

- Супстанцата, нејзината достапност, дозата, фреквенцијата на користење, колку долго се користи и како се зема- сето ова може да има своја улога;

Психоактивните супстанции и медицинското управување со осудените лица -зависници од дроги

¹³⁶ СЗО: Невронаука на користењето на психоактивните супстанции и зависноста (WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence (Geneva 2004)).

- Појавата на растројства на личноста кај корисник на дрога може да има силно влијание врз веројатноста кај него да се појави клиничка зависност од супстанции: недостатоците во развојот на егото и последователната слаба контрола на супер егото се смета дека се одговорни на недостаток на лична автономија, што води кон однесување на повлекување од конфликти и барање сурогат решенија, како што е користење дрога; растројствата на личноста, кои често се дијагностицирани кај пациентите зависни од дрога и историјата да биле злоупотребувани во детството се најверојатните фактори кои придонесуваат кон појавата на злоупотреба на супстанции;
- Други психијатриски коморбидитети, како што е биполарното растројство и шизофренија, често го придружуваат користењето на дрога и физичка зависност од дрога и може да имаат силно влијание врз развојот на физичка зависност од дрога. Познато е дека заедничка црта на менталните болести и физичката зависност од супстанции е дисфункцијата на месолимбичниот допамински систем;
- Ниското ниво на образование, лошата социјална и лична состојба, социјалната изолација, невработеноста, немање перспективи за иднината и неспособноста за справување во ваквите негативни околности ги прават (особено младите) луѓе подложни на физичка зависност од дрога;
- Исто така може да придонесат социјалното опкружување – културата и она што го нарекуваме „супкултура“ на корисниците на дрога, која е исполнета со кодекси на однесување и ритуали;
- Има сè повеќе докази дека генетските фактори извршуваат значајно влијание врз појавата на физичка зависност од супстанции.¹³⁷

Следствено, физичката зависност од дроги е растројство кон кое придонесуваат најразлични елементи, кои се резултат на сложениот сооднос на индивидуалните, психолошки, социјални и невробиолошки фактори кои го прават лицето кое е изложено на психоактивни дроги подложно да ги развие оние постојани неуропсихолошки промени во мозокот кои се одговорни за физичката зависност од дрога и кои придонесуваат кон тоа апстиненцијата тешко да се постигне во краток период. Врз основа на овие постојани промени во мозокот, физичката зависност од супстанции е хронична болест и како и останатите хронични болести, како што е дијабетесот и високиот крвен притисок, се карактеризира со долго траење и често враќање кон употреба на супстанции; физичката зависност може да се третира, но ретко може да се излечи за краток период.

Клиничка зависност

Клиничката зависност се опшива (не се дефинира) како „монополизација на системот за внимание од страна на стимуланти на кои се потпира зависноста“ или „континуирано компулсивно однесување и покрај свеста за негативните последици врз здравјето и негативните социјални последици“. За разлика од ова, има многу јасни дијагностички критериуми за клиничката зависност од дроги. Според, меѓународната класификација на болестите, верзија 10 (МКБ-10), треба да се утврди дијагноза за постоење клиничка зависност доколку се присутни повеќе од три од следниве елементи:¹³⁸

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

¹³⁷ СЗО: Невронауката на користењето на психоактивни супстанции и зависноста (WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence (Geneva 2004)).

¹³⁸ СЗО: МКБ-10 (WHO: ICD-10 (Geneva 2010)).

- Силна желба или чувство на примораност да се земе супстанцата;
- Тешкотии во контролирањето на однесувањето во однос на земањето на супстанцата, во смисла на тоа кога ќе се почувствува потребата за земање супстанца, кога да се престане или нивоа на користење;
- Психолошка состојба на повлекување од користење, кога користењето на супстанцата престанало или е намалено, како што покажуваат карактеристиките на синдромот на повлекување од користење на супстанцата;
- Докази за толеранција, како што фактот дека се потребни зголемени дози на психоактивни супстанции за да се постигне дејството кое претходно се постигнувало со помали дози;
- Растечко пренебрегнување на алтернативни извори на задоволство или интерес заради употреба на психоактивни супстанции, зголемен период време неопходен за да се добие и да се земе супстанцата или за опоравување од дејството на супстанцата;
- Продолжување со користење на супстанцата и покрај јасните докази за особено штетните последици од истата.

Дијагностичките критериуми од Дијагностичкиот и статистички прирачник за ментални растројства (ДСМ – IV) во суштина се исти, освен дополнителната одредба за „постојана желба или неуспешни напори да се намали или контролира користењето на супстанцата“.¹³⁹

Негативни последици

Негативните последици врз здравјето на зависноста од психоактивни дроги вклучуваат акутно или хронично токсично дејство на самата дрога, случајно или самоубиствено предозирање, интоксикација, сообраќајни несреќи и хронична интоксикација, главно со алкохол и тутун, но исто така и хронични невропсихијатриски состојби од други групи на супстанции. Останатите негативни влијанија врз здравјето се поврзани со сиромаштија и животниот стил, како што се неисхранетост, сексуално преносливи болести, туберкулоза и проблеми со забите, или последиците се поврзани со начинот на земање на дрогата, како што се крвно-преносливи инфекции со ХИВ/хепатитис Б и Ц, бактериска сепса, белодробен апсцес, ендакардит и други последици кои произлегуваат од интравенозно земање на дрогата, или уништување на носната мукоза кај оние што земаат кокаин преку нос и други последици.

Психоактивните супстанции и медицинското управување со осудените лица -зависници од дроги

¹³⁹ Американско психијатриско здружение: Дијагностички и статистички прирачник за ментални растројства (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Washington DC 1994)).

Чувството на примораност да земат дрога на корисниците на дрога-зависници се експлоатира на пазарот на дроги и на пазарот на легално прифатени дроги (алкохол, тутун) и во многу поголема мерка на црниот пазар за нелегални дроги, што пак носи негативни социјални последици. Нелегалноста на психоактивните дроги јасно е во интерес на трговците и дилерите заради вноската маргина на профит, која на дилерите им овозможува голем и брз огромен профит и лицата кои зависат од супстанците, кои често се сиромашни ги присилуваат да влезат во долгови, да осиромашат, да бидат социјално изолирани, да се занимаваат со проституција, криминал, завршувајќи на крај во затвор.

Со оглед на ваквите негативни последици од зависноста од дроги и растечкиот број на зависници во многу општества и покрај „војната против дрогата“ и хроничната природа на ова растројство, треба да се нагласи важноста на делотворните мерки за намалување на штетата, како што се наведува во Поглавје 3 за спречување на ширењето на ХИВ/СИДА и хепатитис Б и Ц во затворите.

5.3. Медицинско управување со осудените лица зависници од дрога

Како што беше наведено (видете погоре, Епидемиолошки историјат) околу 30% од осудените лица имаат историја на проблематична употреба на дроги и/или интравенозно користење дроги и може да се процени дека најголем дел од нив ги исполнуваат дијагностичките критериуми за физичка или клиничка зависност. Со цел да се исполнат нивните потреби во однос на здравствената заштита, здравствените работници во затворите треба да ги идентификуваат ваквите лица во текот на здравствениот преглед при прием, потоа треба да бидат свесни за итните медицински состојби кои може да се јават кај ваквите лица, да обрнат особено внимание врз нивната особена ранливост во затворот, да разгледаат дали во затворот има достапни мерки за намалување на штетите, да обезбедат соодветен третман за зависноста од дроги и навреме да ги договорат аранжманите за последователна грижа откако ваквите лица ќе бидат отпуштени од затвор.

Раната идентификација од страна на здравствените работници на осудени лица – зависници во текот на здравствениот преглед при прием е од особено значење во целите на подготовка за третман и поддршка кога ќе се појават симптомите на синдромот на повлекување од користење дрога, а помага и за оценка на ризикот од самоубиство, проблеми кои вообичаено се јавуваат веднаш откако осуденото лице ќе биде сместено во затвор. Исто така, како што беше истакнато во Поглавјето за здравствени прегледи при прием, оваа можност треба да се искористи со цел на осудените лица – зависници да им се дадат информации и едукација за крвно-преносливи инфекции и да се поттикнат да учествуваат во доброволно доверливо советување и тестирање за ХИВ и вирусен хепатитис.

Итните медицински состојби кај зависниците од дрога вклучуваат акутни состојби кога се повлекуваат од користење дрога и состојба која често се јавува во затворите акутна интоксикација со дроги. Симптомите на повлекување особено кога станува збор за алкохол и бензодиазепини, а во некои случаи и повлекување од користење опијати, може да станат животна загрозувачки, па затоа потребни се интензивна грижа и третман. Доколку здравствениот тим во затворот нема соодветно искуство и/или не е доволно опремен за такви случаи, мора да се направат аранжмани за навремено пренесување во соодветно болничко одделение; доколку не се направи ова тогаш се повредува човековото право на осуденото лице на соодветно постапување.¹⁴⁰

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

¹⁴⁰ МекГлинчи и други против ОК (McGlinchey and others v. UK 50390/99).

Во овој контекст треба да се запомни дека најнапредниот третман на повлекување од користење опијати е детоксификација со опиоиди и дека „повлекување на суво“, односно повлекување од употреба на дрога без соодветна медицинска поддршка мора да се смета за лошо постапување. Делот од просториите наменети за итни медицински состојби на тимот за здравствена заштита во затворот треба да биде соодветно опремен и покрај општата опрема за реанимација, треба да биде опремен и со налоксон и лекараства за детоксикација.

Ранливост

Осудените лица – зависници припаѓаат на групата на ранливи осудени лица затоа што ги зафаќаат најдолните позиции во затвореничката хиерархија и се соочуваат со предрасуди и од останатите осудени лица, како и од помалку едуцираниот затворски персонал. Персоналот мора да биде обучен дека зависноста од дроги не значи немање волја или слаб карактер, туку означува хронично медицинско растројство, кое често е поврзано со други ментални растројства.

Однесувањето на осудените лица зависници кое ја нагласува нивната зависност и настојување да најдат дрога лесно ги прави жртви на насилство, присилување и други притисоци, како што е притисокот да ги пренасочат кон други лица препишаните лекараства како дел од супституциската терапија за опијати. Обидувајќи се да најдат дрога во затворот тие се изложуваат на ризикот да влезат во долгови, по што следи последицата од закани, малтретирање и насилство. Според стандардите на КПТ, една од задачите на здравствените работници во затворите е да обезбедат хуманитарна помош особено за ранливите лица,¹⁴¹а стандардите исто така вклучуваат препораки за заштита и преместување како дел од заштитната мерка на доверливост на здравствените податоци.

Мерки за намалување на штетите

Доказите покажуваат дека осудените лица-зависници продолжуваат со ризичното однесување во затворите и дека кога во затворот не се достапни мерки за намалување на штетите, тие одново почнуваат со однесување или дури и почнуваат да се однесуваат на начин со кој се изложуваат на ризикот од крвно-преносливи инфекции. Затоа, заради епидемиолошки, медицински и етички причини мерките за намалување на штетите се неопходно потреби во затворите. Причините, концептите и мерките за намалување на штетите веќе се подробно опишани во Поглавјето 3 за спречување на ширењето на ХИВ/СИДА и хепатитис Б и Ц во затворите.

Психоактивните супстанции и медицинското управување со осудените лица -зависници од дроги

¹⁴¹ Стандарди на КПТ 2020 г. (ревизија од 2011 г.) (The CPT Standards 2002 (rev. 2011)).

Третман

Без оглед на важноста прво да се исцрпат сите можни алтернативи за затворот во однос на престапници – зависници од дрога, како што е нагласено погоре, присилната стабилизација во текот на престојот во затворот може и треба да се искористи со цел на овие лица да им се понуди третман кој поради нивниот хаотичен живот, претходно не им бил достапен.

За успешен третман потребна е целосната соработка на пациентот. Задолжителниот третман на ментално способни пациенти-зависници од дрога, иако преовладува во казненото законодавство на неколку земји и од медицинска и од етичка гледна точка јасно е дека проблематичен. Зависноста од дрога е хронична болест, кај која има тенденција повторно да се појави, па следствено бара долгорочен третман, како и секоја друга хронична болест.

Како што беше погоре изнесено, голем дел од пациентите-зависници од дрога страдаат од дополнителни психијатриски коморбидитети, кои треба да се дијагностицираат и соодветно да се третираат. Јасно е покажано дека фармаколошкиот третман на коморбидитетни растројства како што се депресија и шизофренија е ефикасен во третманот на физичката зависност од супстанции.¹⁴² Во контекст на фармаколошкиот третман на други психијатриски состојби, кон препишувањето на бензодиазепини во затворите треба да се пријде со голема претпазливост и земањето на вакви лекаства треба да се контролира визуелно, заради големиот ризик ваквите лекаства да бидат пренасочени кон други лица, како што е случајот со препишаните лекаства во рамките на супституциската терапија со опиоиди.

Со оглед на тоа што третманската цел на апстиненцијата од зависноста од опијати скоро никогаш не се постигнува краткорочно, фокусот на најновите третмански концепти сега е пренесен од стратегии за апстиненција врз прифаќање на користењето на дрога, придружено со третмани за намалување на штетата, чија цел е да се стабилизира психосоцијалната ситуација на клиентот-зависник од дрога, да се намали криминалитетот, пациентот да се одржува во живот и во терапевтска смисла да се намалат негативните последици врз здравјето. Ова најдобро функционира во комбинација со супституциска орална терапија со опиоиди.

Во склад со етиологијата која се заснова на повеќе фактори на физичката зависност од супстанции, има најразлични психолошки и психосоцијални концепти за третман, од различни техники за психоанализа како што е Гешталт терапијата па сè до когнитивни бихевиорални терапии, како што е управување со непредвидени ситуации, спречување на враќање кон употреба на дроги, техники за јакнење на мотивацијата. Изборот на најдобрата можна стратегија за третман во секој затвор сепак на крајот ќе зависи од достапните ресурси и искуствата на тимот за здравствена заштита.

Здравствена заштита во затворите и медицинска етика

¹⁴² СЗО: Невронаука на употребата и физичката зависност од психоактивни супстанции (WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence (Geneva 2004)).

Последователна нега

Подготовките и аранжманите за поддршка во заедницата по отпустот од затвор се важни за секое осудено лице, но за осудените лица зависници од дрога тие се од суштинско значење: извештаите од целиот свет укажуваат на тоа дека стапките на смртност меѓу корисниците на дрога по отпуштањето од затвор се претерано високи, особено во првите две недели од излегувањето од затвор. Најголем дел од ваквите корисници на дрога починале заради интоксикација поврзана со дроги, односно земање преголема доза, а заради намаленото ниво на толеранција на опијати по прекилот или намаленото снабдување со дрога за време на престојот во затвор. Супституциската терапија на одржување со опии се покажала дека значително го намалува овој ризик.¹⁴³ Затоа покрај аранжманите за поддршка во заедницата по излегувањето од затвор, како што е домување, финансии, семејни проблеми, образование, вработување и натамошна поддршка за проблеми со менталното здравје,¹⁴⁴ особено се препорачува и следново: едукација за ризиците од предозирање заради намаленото ниво на толеранција и за осудените лица- зависници од опијати продолжување на супституциската терапија со опии по отпуштањето од затвор.

Психоактивните супстанции и медицинското управување со осудените лица -зависници од дроги

¹⁴³ СЗО Европа: Спречување на акутен морталитет поврзан со дрога меѓу затворската популација во периодот веднаш по отпуштањето од затвор (WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period (Geneva 2010)).

¹⁴⁴ Сеопфатната нега функционира во партнерство: Услуги за сеопфатна нега за осудените лица со проблематично користење дроги: алатки (Throughcare Working in Partnership: Throughcare services for prisoners with problematic drug use: a toolkit, ed. M. MacDonald et al., European Commission (Brussels 2012)).

Список на онлајн референтни материјали

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Guide for the Management of Dual Diagnosis for Prisons. Department of Health, UK 2009 www.nta.nhs.uk/uploads/prisons_dual_diagnosis_fnal_2009.pdf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UNODC Policy Brief. HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, 2012
www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leafet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHO Europe: [Policy] HIV/AIDS in prison.
www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons

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

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

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

WHO/UNODC/UNAIDS Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review (Evidence for Action Technical Paper), Geneva 2007
www.unodc.org/documents/hivaids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20hiv_treatment.pdf

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

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

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

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

WMA: Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. Tokyo 1975 (rev. Divonne-les-Bains 2005 and 2006)
www.wma.net/en/30publications/10policies/c18

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

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

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

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

www.coe.int

Советот на Европа е водечката организација за човекови права на континентот. Советот на Европа има 47 држави-членки, од кои 28 се Држави-членки на Европската унија. Сите држави-членки на Советот на Европа се потписнички на Европската конвенција за човекови права, инструмент кој има за цел заштита на човековите права, демократијата и владеењето на правото. Европскиот суд за човекови права врши надзор врз спроведувањето на Конвенцијата во државите-членки.

