

Zdravstvena zaštita u zatvorima i medicinska etika



Vijeće Evrope je vodeća evropska organizacija u polju ljudskih prava. Ima 47 država članica, od kojih su 28 i članice Evropske unije. Sve države članice Vijeća Evrope potpisale su Evropsku konvenciju o ljudskim pravima, međunarodni ugovor čiji je cilj zaštita ljudskih prava, demokratije i vladavine zakona. Evropski sud za ljudska prava nadzire provođenje Konvencije u državama članicama.

www.coe.int

Priručnik za zdravstvene radnike
i drugo zatvorsko osoblje
odgovorno za
dobrobit zatvorenika

Andres Lehtmets
Jörg Pont

Zdravstvena zaštita u zatvorima i medicinska etika

Priručnik za zdravstvene radnike
i drugo zatvorsko osoblje
odgovorno za
dobrobit zatvorenika

Andres Lehtmets
Jörg Pont

Sadržaj

PREDGOVOR	5
SPISAK SKRAĆENICA	7
POGLAVLJE 1 - MEDICINSKA ETIKA U ZATVORU	9
1.1 Nivo zdravstvenih usluga u zatvoru	10
1.2 Higijena i promocija zdravlja	11
1.3 Povjerljivost medicinskih podataka	12
1.4 Medicinska konsultacija	14
1.5 Medicinska dokumentacija i evidencija	20
1.6 Druga etička pitanja	24
POGLAVLJE 2 - PSIHIJATRIJSKA NJEGA I PLANOVI TRETMANA - TERAPEUTSKE I REHABILITACIJSKE PSIHOLOŠKE AKTIVNOSTI U ZATVORU	29
2.1 Službe za mentalno zdravlje u zatvorima	30
2.2 Psihijatrijska odjeljenja u zatvoru	31
2.3 Plan tretmana	33
2.4 Pristanak na psihijatrijski tretman	35
2.5 Sprečavanje samoubistva	38
2.6 Drugi problemi mentalnog zdravlja u zatvoru	40
2.7 Dvojna dijagnoza u zatvorima	46
2.8 Zatvorenici sa poremećajima ličnosti	48
POGLAVLJE 3 - SPREČAVANJA ŠIRENJA HIV/AIDS-a I HEPATITISA B/C U ZATVORIMA	51
3.1 Epidemiološki kontekst	51
3.2 Međunarodni dokumenti	52
3.3 Unapređenje stavova i znanja	53
3.4 Smanjenje ponude i potražnje droge	55
3.5 Smanjenje štete od rizičnog ponašanja	57
3.6 Preventivne medicinske intervencije	60
POGLAVLJE 4 - DVOJNA EPIDEMIJA: HIV/AIDS I TUBERKULOZA (TBC)	63
POGLAVLJE 5 - PSIHOAKTIVNE DROGE I MEDICINSKA TERAPIJA ZA ZATVORENIKE OVISNIKE O DROGAMA	69
5.1 Psihoaktivne droge	69
5.2 Ovisnost o drogama	71
5.3 Medicinska terapija za zatvornike ovisnike o drogama	74
SPISAK REFERENTNIH INTERNET STRANICA	79

Mišljenja izražena u ovom djelu su odgovornost autora i ne odražavaju nužno zvaničnu politiku Vijeća Evrope.

Sve zahtjeve za reproduciranje ili prevođenje cijelog ili dijelova ovog dokumenta uputiti Direktoratu za komunikacije (F-67075 Strasbourg Cedex ili na publishing@coe.int). Sve ostale dopise vezane za ovaj dokument uputiti Generalnom direktoratu za ljudska prava i vladavinu zakona.

Naslovnica: SPDP, Vijeće Evrope
Fotografije: Sh utterstock
Prelom: Jouve

© Vijeće Evrope, novembar 2014.
Štampano u Vijeću Evrope

Autori

Gdin Andres Lehtmets, psihijatar,
Centralna bolnica Zapadnog Tallinna,
Estonija, bivši Potpredsjednik Evropskog
komiteta za sprečavanje mučenja
i nečovječnog ili ponižavajućeg
postupanja ili kažnjavanja

Gdin Jorg Pont, bivši medicinski
savjetnik pri Ministarstvu pravde
Austrije

Predgovor

Ovaj priručnik namijenjen je zdravstvenim radnicima i drugom zatvorskom osoblju odgovornom za dobrobit zatvorenika. Sadrži praktične informacije o nizu pitanja vezanih za psihijatrijsku njegu, sprečavanje širenja zaraznih bolesti (kao što su sindrom stečene imunodeficijencije, hepatitis i tuberkuloza), psihoaktivne droge i medicinsku terapiju zatvorenika ovisnika o drogama. U tekstu se ističu važni etički standardi i predlažu odgovori na etičke dileme vezane za pristup ljekaru, ekvivalentnost njege, pristanak pacijenta i povjerljivost, preventivnu zdravstvenu zaštitu, humanitarnu pomoć, nezavisnost i kompetencije struke.

Ovaj priručnik sadrži primjere dobre prakse iz cijele Evrope. Autori su se koristili rezultatima multilateralnog sastanka o medicinskoj etici i zdravstvenoj zaštiti u zatvorima održanog u Strasbourgu u maju 2012. Na tom sastanku su viši zvaničnici i stručnjaci zaduženi za zdravstvenu zaštitu u zatvorima iz nekoliko država članica Vijeća Evrope razmijenili iskustva i razgovarali o načinima praktične primjene standarda i preporuka Vijeća Evrope, odnosno Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT).

Priručnik je osmišljen kao sveobuhvatni vodič za politike rada i alat za rukovodstvo. Koristit će se kao podrška obuci u aktivnostima tehničke saradnje Vijeća Evrope. Zdravstvene usluge za osobe lišene slobode direktno su vezane za mandat CPT-a. Neadekvatna zdravstvena zaštita može veoma brzo dovesti do situacija nečovječnog i ponižavajućeg postupanja, a medicinsko i nemedicinsko zatvorsko osoblje sa boljim stručnim znanjima i vještinama vodi zdravijem i sigurnijem okruženju za zatvorenike i zatvorsko osoblje i boljoj zaštiti javnosti tako što smanjuje rizik širenja zdravstvenih problema iz zatvora u zajednicu.

Zahvaljujem se autorima, Andresu Lehmetšu, psihijatru u Centralnoj bolnici Zapadnog Tallinna u Estoniji, bivšem Potpredsjedniku CPT-a, i Jorgu Pontu, bivšem medicinskom savjetniku pri Ministarstvu pravde Austrije, čija se izuzetna stručnost i dugogodišnje iskustvo odražavaju u ovom priručniku. Također se zahvaljujem svojim kolegicama Luljeti Kasi i Tanji Rakušić-Hadžić, bez čijih napora ova publikacija ne bi bila moguća.



Philippe Boillat,
generalni direktor
Generalnog direktorata za
ljudska prava i vladavinu
zakona Vijeća Evrope

Spisak skraćenica

CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA) [Centar za kontrolu i sprečavanje bolesti]
CM	Committee of Ministers of the Council of Europe [Komitet ministara Vijeća Evrope]
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment [Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja]
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 1994) [Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje]
ECHR	European Convention of Human Rights [Evropska konvencija o ljudskim pravima]
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [Evropski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama]
EPR	European Prison Rules [Evropska zatvorska pravila]
ICD-10	International Classification of Diseases, version 10 (WHO, 2010) [Međunarodna klasifikacija bolesti, verzija 10]
ICRC	International Committee of the Red Cross [Međunarodni komitet Crvenog krsta]
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence [Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost]
TBCTA	Tuberculosis Coalition for Technical Assistance [Koalicija za tehničku pomoć za tuberkulozu]
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/Aids [Zajednički program Ujedinjenih nacija za HIV/Aids]
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime [Ured Ujedinjenih nacija za droge i kriminal]
WHO	World Health Organization [Svjetska zdravstvena organizacija]
WMA	World Medical Association [Svjetsko medicinsko udruženje]

Poglavlje 1

Medicinska etika u zatvoru

Zdravstvena zaštita u zatvoru vodi se istim etičkim principima koji važe u zajednici. Osnovni principi ustanovljeni su Ženevskom deklaracijom Svjetskog medicinskog udruženja (1948., posljednja verzija iz 2006.), Međunarodnim kodeksom medicinske etike (1949., posljednja verzija iz 2006.),¹ Rezolucijom Generalne skupštine Ujedinjenih nacija 37/194 (od 18.12.1982.) i Preporukom R (1998) 7 Komiteta ministara Vijeća Evrope od 08.04.1998.² o etičkim i organizacijskim aspektima zdravstvene zaštite u zatvorima.

Primarni zadatak zatvorskih ljekara i drugih zdravstvenih radnika je zdravlje i dobrobit zatvorenika. Poštivanje osnovnih prava zatvorenika podrazumijeva pružanje preventivnog tretmana i zdravstvene zaštite zatvorenicima koji će biti ekvivalentni onim koji se pružaju široj zajednici.

Zdravstvene usluge za osobe lišene slobode također su direktno vezane za sprečavanje lošeg postupanja. Neadekvatan nivo zdravstvene zaštite može brzo dovesti do situacija koje se mogu stvrstati u "nečovječno i ponižavajuće postupanje".³ Obavezivanje zatvorenika da ostaju u ustanovama gdje ne mogu dobiti odgovarajuću njegu zbog nedostatka odgovarajućih prostorija, ili zato što ih takve ustanove odbijaju primiti, nije prihvatljivo. U nekoliko takvih situacija Evropski sud za ljudska prava utvrdio je povredu člana 3 Evropske konvencije o ljudskim pravima (ECHR).⁴

1. Ženevska deklaracija WMA (1948); Međunarodni kodeks medicinske etike WMA (2006).
2. UN: Principi medicinske etike o ulozi zdravstvenog osoblja, a posebno ljekara, u zaštiti zatvorenika i pritvorenika od mučenja i drugog surovog, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (1982); Komitet ministara: *Etički i organizacijski aspekti zdravstvene zaštite u zatvorima*. Preporuka R (1998) 7.
3. Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) Standardi 2002 (rev. 2011).
4. *Khudobin protiv Rusije 59696/00, Mouisel protiv Francuske 67263/01, Kaprykowski protiv Poljske 23052/05.*

1.1 Nivo zdravstvenih usluga u zatvoru

Očito je da zatvor ne može samostalno odgovoriti na sve moguće zdravstvene potrebe zatvorenika. To posebno važi za specijalističke usluge. Zdravstvene usluge koje se ne mogu pružiti u zatvoru treba obezbijediti u koordinaciji sa obližnjim bolnicama u zajednici. Značajni dio Trećeg opšteg izvještaja Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) izlaže organizaciju zdravstvenih usluga u zatvorskom okruženju.⁵ Zdravstvene službe u zatvorima bi kao minimum trebale moći obezbijediti:

- ▶ redovna savjetovanja za ljekarom opće prakse i sa specijalistom,
- ▶ vanbolničko liječenje uz nadzor,
- ▶ stomatološku njegu,
- ▶ stacionar,
- ▶ direktnu podršku u potpunosti opremljene službe ili iz civilne ili iz zatvorske bolnice,
- ▶ hitne intervencije.

Postoji rastući trend integracije zatvorske zdravstvene zaštite sa službama zdravstvene zaštite u široj zajednici. Vijeće Evrope to smatra korakom u pravom smjeru. Kada se zatvorska zdravstvena služba za potrebe specijalističke njege oslanja na usluge izvan zatvora, dostupnost tih usluga može postati problem. Zatvorska služba mora se pobrinuti da radno vrijeme i kvalifikacije takvih ljekara odgovaraju potrebama zatvora. Prisustvo medicinskih tehničara trebalo bi obezbijediti svu potrebnu njegu. Na primjer, lijekove bi po mogućnosti uvijek trebali dijeliti medicinski tehničari. Ako to nije moguće, vlasti bi trebale utvrditi spisak lijekova koji se uvijek moraju distribuirati pod nadzorom medicinskog osoblja, kao što su u najmanju ruku psihotropski i antivirusni lijekovi. Onda kada medicinsko osoblje nije prisutno u krugu ustanove, za vrijeme noći ili preko vikenda, zatvorsko osoblje treba biti obučeno da pruži prvu pomoć. Po pravilu bi za potrebe hitnih slučajeva trebao postojati dežurni ljekar.

5. CPT/Inf (2012)21.

Ekvivalentnost njege

Zatvorska zdravstvena služba trebala bi obezbijediti medicinsko liječenje i njegu medicinskih tehničara, kao i odgovarajuće režime ishrane, fizioterapiju, rehabilitaciju i svaku drugu potrebnu specijalnu njegu, u uslovima uporedivim sa onim koji se pružaju pacijentima u zajednici. U skladu s tim treba usmjeriti osiguravanje medicinskog, njegujućeg i tehničkog osoblja, kao i prostora, instalacija i opreme.

Liječenje zatvorenika u civilnim bolnicama

Kako je ranije navedeno, zatvori ne mogu uvijek samostalno garantirati svo potrebno specijalističko liječenje. Za rješavanje težih medicinskih problema često je potrebno uključiti obližnje bolnice. U slučajevima liječenja u civilnim bolnicama moraju se riješiti sigurnosna pitanja. Zatvorenike koji se upućuju u bolnicu radi liječenja ne treba fizički vezati za bolničke krevete ili drugi namještaj u svrhu postizanja uslova pritvora. Moguće je i potrebno naći druge načine da se ispune sigurnosne potrebe; jedno moguće rješenje je uspostavljanje pritvorske jedinice u datoj bolnici.⁶

1.2 Higijena i promocija zdravlja

Dužnost zatvorske zdravstvene službe ne treba se ograničiti na liječenje bolesnih pacijenata. Ako ne postoji za to specijalizirana služba, zdravstvena služba odgovorna je da u saradnji s nadležnim vlastima nadzire ishranu (kvalitet, kvantitet, pripremu i distribuciju hrane) i higijenske uslove (čistoću odjeće i posteljine, pristup tekućoj vodi, sanitarije), kao i grijanje, rasvjetu i ventilaciju ćelija. Također treba uzeti u obzir kako je riješen rad i rekreacija na otvorenom. Zatvorske zdravstvene službe također trebaju voditi brigu o mentalnoj higijeni, a posebno tako što će sprečavati štetne psihološke učinke određenih aspekata lišavanja slobode. Nezdravi uslovi, prenapučenost, duže usamljenje i neaktivnost mogu učiniti nužnim ili medicinsku pomoć za pojedinačne zatvorenike i/ili opće medicinske mjere nadležnih vlasti.⁷

6. CPT/Inf (2012)13.

7. CPT/Inf (2012)4.

Pristup ljekaru

Zatvorenicima tokom boravka u zatvoru treba u svakom trenutku biti omogućen pristup doktoru, bez obzira na režim kojem podliježu. Ovo je posebno važno kada je osobi određena mjera usamljenja. Zdravstvena služba treba se pobrinuti da zahtjevi za savjetovanje sa ljekarom budu ispunjeni bez nepotrebnih odlaganja. Vanbolničko liječenje treba biti pod nadzorom zdravstvenog osoblja; u mnogim slučajevima nije dovoljno da pružanje naknadne njege zavisi od zahtjeva koji će podnijeti sam zatvorenik. Naknadni medicinski tretman treba planirati na odgovarajući način.

Pristup lijekovima

Zatvorenicima treba obezbijediti lijekove u skladu sa njihovim zdravstvenim stanjem. Princip ekvivalentnosti njege primjenjuje se i u ovom slučaju. Sredstva koja se dodjeljuju zatvorima trebaju biti dovoljna da omogućе besplatne lijekove za zatvorenike koji nisu pokriveni zdravstvenim osiguranjem ili ne posjeduju vlastita sredstva da plate lijekove. Ne smije dolaziti do prekidanja (u slučajevima premještaja iz jedne ustanove u drugu) kako bi se osigurao kontinuitet dugoročnih liječenja.⁸

1.3 Povjerljivost medicinskih podataka

Osim u hitnim slučajevima, svaki medicinski pregled/konsultacija treba se odvijati u prostoriji za medicinske preglede kako bi se stvorila atmosfera povjerenja, povjerljivosti, privatnosti i zaštite dostojanstva ličnosti. Povjerljivost medicinskih podataka treba se garantirati i poštivati jednako rigorozno kao i za opće stanovništvo. Zatvorenici trebaju pristupati pregledu pojedinačno, a ne u grupama. U prostoriji za pregled ne trebaju biti prisutne treće nemedicinske osobe (drugi zatvorenici ili nemedicinsko osoblje). Zatvorenici tokom pregleda/konsultacije ne trebaju nositi lisice, a pripadnici službe obezbjeđenja trebaju biti udaljeni tako da ne čuju i da ne vide tok fizičkog pregleda, osim u slučaju da ljekar ili medicinski tehničar zatraže njihovo prisustvo zbog lične i opće sigurnosti.⁹ CPT je u nekoliko svojih nedavnih izvještaja o posjetama zemljama kritikovao prakse koje se ne pridržavaju ovih pravila.¹⁰ Evropski sud za ljudska prava utvrdio je povredu člana 3 ECHR-a, odnosno nečovječno i ponižavajuće

8. CPT/Inf (99)18.

9. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

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

postupanje¹¹ - u slučajevima stavljanja lisica zatvorenicima tokom medicinskih pregleda i liječenja.

Kako bi se legitimni zahtjevi vezani za sigurnost pomirili sa principom povjerljivosti medicinskih podataka moguće je i potrebno naći alternativna rješenja. Jedno moguće rješenje je ugradnja sistema za pozive kako bi ljekar mogao hitno obavijestiti zatvorske službenike u izvanrednim okolnostima kada zatvorenik postane uznemiren ili počne predstavljati prijetnju tokom medicinskog pregleda.¹²

Konačna odluka o etički upitnim praksama upotrebe lisica i razgovora iza stakla treba biti prepuštena medicinskom osoblju. Prostorije za pregled trebaju biti sigurne tako da moraju biti opremljene na način da se ograniči rizik od bijega; time se također doprinosi ispunjenju sigurnosnih zahtjeva.

Ako i kada se zatvorskom osoblju povjerava distribucija lijekova zatvorenicima, medicinsko osoblje treba prethodno rasporediti lijekove u kutije za doziranje. Kako bi se očuvala povjerljivost medicinskih podataka, osoblje koje dijeli lijekove ne treba znati imena i doziranja lijekova.

Ljekar je zadužen da čuvanje zdravstvenih kartona zatvorenika. U slučaju premještaja karton se šalje na povjerljiv način - koristeći siguran prenos podataka - ljekarima u ustanovi prijema.

Povjerljivost odnosa ljekar-pacijent kao kamen temeljac medicinske etike

Poštivanje povjerljivosti od suštinske je važnosti za postizanje atmosfere povjerenja potrebne u odnosu ljekar-pacijent; ljekar treba biti dužan očuvati taj odnos i odlučiti kako da se pridržava pravila povjerljivosti u svakom zasebnom slučaju. Zatvorski ljekar postupa kao lični ljekar pacijenta. Zatvorenicima treba omogućiti povjerljiv pristup zdravstvenoj službi - na primjer putem poruke u zatvorenoj koverti. Zatvorski službenici ne trebaju pokušavati da provjere zahtjeve za savjetovanje sa ljekarom.

Može doći do teške situacije kada se odluka pacijenta kosi sa općom dužnosti pružanja njege kojoj podliježe ljekar. Do toga može doći kada pacijent djeluje pod uticajem ličnih uvjerenja (na primjer kada odbija primiti transfuziju krvi) ili kada čak pribjegava samopovređivanju kako

11. Mouisel protiv Francuske 67263/01 i Tarariyeva protiv Rusije 4353/03.

12. CPT/Inf (2007)47.

bi izvršio pritisak da mu se usliše zahtjevi, kada protestuje protiv autoriteta ili izražava svoju podršku nekom višem cilju.

1.4 Medicinske konsultacije

U skladu sa stavom 42.1-3 (Dužnosti ljekara) CM Rec(2006)2 o Evropskim zatvorskim pravilima (EPR), ljekar će primiti svakog zatvorenika što je prije moguće nakon prijema u zatvor, kad god se zatvorenik požali na bolest, nakon povreda ili nasilja i prije otpusta. Ako nije lično u mogućnosti da blagovremeno primi novog zatvorenika ili zatvorenika pacijenta, ljekar se mora pobrinuti da ga zamijeni drugi ljekar ili kvalificirani medicinski tehničar.¹³ Kad god to nije moguće, usljed nedostatka kvalificiranog zdravstvenog osoblja i/ili prenapučenosti zatvora, krši se prvi od sedam suštinskih principa CPT-a - pristup ljekaru. Zdravstveno osoblje je dužno tražiti dodatno osoblje kad je to potrebno i dokumentirati takve zahtjeve. U svojim posjetama zemljama, CPT je u nekoliko navrata u mnogim zemljama identifikovao neadekvatan broj zdravstvenog osoblja u zatvorima. Posljedice nedovoljnog broja zdravstvenog osoblja - nedostatak ili kašnjenja medicinskih pregleda, savjetovanja ili njege - mogu predstavljati nečovječno postupanje, povredu člana 3 ECHR-a.¹⁴

Pristanak pacijenta

U pravilu, zdravstveni radnici ne smiju vršiti preglede ili liječenje bez pristanka pacijenta. Istinski pristanak podrazumijeva odgovarajuće informacije - tzv. "informisani pristanak" - pri čemu također treba uzeti u obzir pismenost, poteškoće u razumijevanju i jezičke barijere, što se sve često sreće među zatvorskom populacijom, a što je problem s kojim se CPT suočio u nekoliko svojih posjeta zemljama. U slučaju nepristanka ili odbijanja ljekar se mora pobrinuti da pacijent razumije implikacije svoje odluke i da je svjestan da se u svakom trenutku može predomisлити. Bilo kakvo odstupanje od principa pristanka pacijenta opravdano je samo ako je u skladu sa zakonom, na primjer u slučaju mentalno oboljelih pacijenata koji nisu sposobni razumjeti posljedice ili u slučajevima hitnih intervencija kod pacijenata u nesvjesnom stanju. CPT je u nekoliko navrata tokom svojih posjeta utvrdio nepoštivanje ovog etičkog principa.¹⁵ Evropski sud

13. Komitet ministara: Preporuka Rec(2006)2 o Evropskim zatvorskim pravilima (revidirana verzija)

14. Pavalache protiv Rumunije 38746/03; Khudobin protiv Rusije 59696/00, Hummatov protiv Azerbejdžana 9852/05.

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

zaljudska prava utvrdio je povredu člana 3 ECHR-a¹⁶ u slučaju medicinskih intervencija bez pristanka pacijenta.

Pravo na pristanak na liječenje

Svaki pacijent sa sposobnošću rasuđivanja slobodan je odbiti liječenje i bilo koju drugu medicinsku intervenciju. Svako odstupanje od ovog temeljnog principa treba biti u skladu sa zakonom i vezano samo za jasno i strogo definisane izuzetne okolnosti koje su primjenjive i u široj zajednici.

Kada se radi o biomedicinskim istraživanjima sa zatvorenicima, potrebno je osigurati veoma oprezan pristup. Uvijek postoji rizik da pristanak na učešće može biti uslovljen zatvorskom situacijom. Potrebno je da postoje zaštite kako bi se osiguralo da je svaki zatvorenik dao slobodan i informisan pristanak. Pravila trebaju biti istovjetna onim koja se primjenjuju u zajednici.

Ljekarski pregled prilikom prijema

Valja naglasiti važnost medicinskog pregleda prilikom prijema: osnovna svrha je rano otkrivanje kritičnih zdravstvenih stanja koja mogu zahtijevati neposredne mjere kako bi se zaštitilo zdravlje novog zatvorenika, a u slučaju prenosivih bolesti i zdravlje zatvorske populacije. Stoga se ovaj pregled, osim u iznimnim okolnostima, treba obaviti na dan prijema zatvorenika.¹⁷ CPT je nedavno u nekoliko izvještaja o posjetama zemljama utvrdio neopravdana kašnjenja medicinskog screeninga po prijemu¹⁸ - odnosno njegovu površnost i nesveobuhvatnost¹⁹.

Pored toga, medicinski pregled prilikom prijema predstavlja ključnu priliku da zdravstveni radnici pridobiju povjerenje novog zatvorenika i prosljede informacije o:

- ▶ povjerljivosti zdravstvenih radnika i njihovoj stručnoj nezavisnosti,
- ▶ pravima i odgovornostima zatvorenika u pogledu zdravlja,
- ▶ organizaciji zdravstvene službe i o tome kako, kada, gdje i od koga mogu dobiti medicinsku pomoć i savjet,

16. Nevmerzhtsky protiv Ukrajine 54825/00; Jalloh protiv Njemačke 54810/00.

17. CPT Standardi 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.

- ▶ riziku od prenosivih bolesti u zatvoru i kako ga izbjeći,
- ▶ screeningu za tuberkulozu, HIV i hepatitis B/C,
- ▶ eventualnim programima specijalnog tretmana i promocije zdravlja koji se pružaju u zatvoru.

Ove informacije trebaju biti pružene na način da ih zatvorenik u potpunosti razumije. Pritom je značajno uzeti u obzir poteškoće pri učenju i nepismenost, što predstavlja čestu pojavu unutar zatvorske populacije, kao i jezičke barijere. Grafički dobro dizajnirani letci i njihovo prevođenje na relevantne jezike predstavljaju dodatnu podršku.

Tokom medicinskog pregleda prilikom prijema ljekar ili medicinski tehničar trebaju se predstaviti novom zatvoreniku, uključujući svoje ime i radno mjesto, i pokušati stvoriti atmosferu poštovanja, povjerenja, privatnosti i zaštite dostojanstva. Medicinski pregled prilikom prijema, kao i svaki prvi medicinski pregled u zajednici, treba se sastojati od detaljne anamneze i fizičkog pregleda. Kako bi bilo omogućeno neposredno preduzimanje mjera nakon medicinskog pregleda po prijemu u zatvor, posebnu pažnju treba posvetiti sljedećem:

- ▶ znakovima teških mentalnih poremećaja,
- ▶ faktorima rizika od samoubistva,
- ▶ znakovima sadašnje ili prijašnje ovisnosti o alkoholu ili drogama i simptomima odvikavanja,
- ▶ evidenciji i/ili znakovima nasilja i lošeg postupanja,
- ▶ zaraznim bolestima,
- ▶ mentalnim ili fizičkim onesposobljenjima koja predstavljaju naročitu ranjivost u zatvorskom okruženju.

Pacijentima koji pate od akutne psihoze ili teške depresije potrebno je neodložno liječenje u psihijatrijskoj ustanovi. Slično tome, zatvorenicima kod kojih postoji rizik od samoubistva potrebna je neposredna medicinska podrška i trebaju biti pod posebnim nadzorom.²⁰ CPT je u svojim izvještajima o posjetama zemljama kritikovao propuste da se takvi zatvorenici pacijenti identificiraju i/ili da se preduzmu odgovarajuće mjere.²¹ Evropski sud za ljudska prava je u takvim slučajevima utvrdio povrede člana 2 (pravo na život) i/ili člana 3 (za-

20. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011); Komitet ministara: Etički i organizacijski aspekti zdravstvene zaštite u zatvorima. Preporuka R (1998) 7.

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

brana mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja) ECHR-a.²² Pacijenti koji su ovisni o psihoaktivnim drogama u prvim danima nakon prijema u zatvor podliježu riziku od nastanka apstinencijskog sindroma koji može predstavljati opasnost po život. Stoga im je potrebna odgovarajuća medicinska njega. CPT je tokom nekoliko posjeta zemljama utvrdio nedostatke u ovom pogledu,²³ a u praksi Suda u Strasbourgu postoji najmanje jedan slučaj smrtnog ishoda apstinencijskog sindroma koji je ocijenjen kao povreda člana 3 ECHR-a (zabrana nečovječnog i ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja).²⁴

Prema zakonodavstvu u mnogim zemljama, kao i prema CPT standardima,²⁵ stavu 42.3c EPR,²⁶ Deklaracijama Svjetskog medicinskog udruženja (WMA)²⁷ i Istambulskom protokolu,²⁸ zatvorski ljekar je obavezan dokumentovati tragove nasilja, a posebno eventualne tragove zlostavljanja koje uoči i prijaviti ih vlastima uz pristanak pacijenta. Dokumentacija se mora pripremiti bez odlaganja, jer fizički tragovi nasilja nestaju s vremenom, i mora biti propisno predstavljena na sudu.²⁹ Takve tragove treba odmah prijaviti odgovarajućim vlastima kako bi se spriječio nastavak nasilja i zlostavljanja. Fizički pregled po prijemu također treba poslužiti u svrhe screeninga za nasilje ili zlostavljanje. CPT je u toku svojih posjeta zemljama kritikovao ponovljene propuste da se ovo propisno izvrši.³⁰ Zatvorski ljekar treba zabilježiti navode o zlostavljanju i zajedno sa objektivnim nalazima medicinskog pregleda i

22. Keenan protiv UK 27229/95; Guvec protiv Turske 70337/01; Riviere protiv Francuske 33834/03; Renolde protiv Francuske 5608/05; De Donderand De Clippel protiv Belgije 8595/06; Dybeku protiv Albanije 41153/06; Ktreb protiv Francuske 38447/09; Mouisel protiv Francuske 67263/01; Tarariyeva protiv Rusije 4353/03.

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

24. McGlinchey i dr. protiv UK 50390/99.

25. CPT Standardi 2002 (rev. 2011).

26. Komitet ministara: Preporuka Rec(2006)2 o Evropskim zatvorskim pravilima.

27. Svjetsko medicinsko udruženje: Tokijska deklaracija. Smjernice za ljekare o mučenju i drugom surovom, nečovječnom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju u vezi sa boravkom u pritvoru i zatvoru. Tokio 1975, rev. Divonnelles-Bains (2005); Svjetsko medicinsko udruženje: Deklaracija o podršci ljekarima koji odbijaju učestvovati ili odobriti upotrebu mučenja ili drugih oblika surovog, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja, Hamburg (1997); Svjetsko medicinsko udruženje: Rezolucija o odgovornosti ljekara u osudi djela mučenja ili surovog ili nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja o kojima imaju saznanja, Helsinki (2003).

28. UN: Istambalski protokol. Priručnik o djelotvornim istragama i dokumentovanju mučenja i drugog surovog, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (New York/Ženeva 2004).

29. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

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

zaključcima ljekara o konzistentnosti odmah ih proslijediti nadležnom tužiocu.³¹

Screening za prenosive bolesti tokom medicinskog pregleda po prijemu je od presudne važnosti za identifikaciju pacijenata koje treba izolirati i kako bi se spriječilo širenje bolesti, kao što je prenošenje tuberkuloze putem zraka. Izolacija zatvorenika usljed rizika od infekcije treba se primjenjivati u zatvoru na istovjetan način kao što se primjenjuje u zajednici³² - tako da nema razloga da se izoliraju zatvorenici zbog zaraze HIV-om ili hepatitisom B i C. Međutim, educiranje i informiranje o rizicima od dobijanja ovih infekcija u zatvoru - pri čemu se nude mjere za smanjenje opasnosti, pozivi da se podvrgne dobrovoljnom povjerljivom savjetovanju i testiranju i, po potrebi, ranom liječenju - trebaju biti sastavni dio medicinskog savjetovanja prilikom prijema. Tokom nekoliko skorašnjih posjeta zemljama CPT je kritikovao nedostatak ili nedovoljnost screeninga za prenosive bolesti tokom medicinskih pregleda po prijemu.³³

Osobe sa mentalnim i fizičkim invaliditetom naročito su ranjive u zatvorskom kontekstu. Usljed svoje hendikepiranosti nisu u stanju razumjeti i/ili se nositi sa strogim i rigidnim uslovima jedne "totalne institucije" kao što je zatvor, pa podliježu riziku da postanu žrtve zlostavljanja neobzirnog osoblja i drugih zatvorenika. Dužnost je zdravstvenih radnika da identificiraju osobe sa invaliditetom prilikom prijema kako bi im se ponudila humanitarna pomoć³⁴ i preporučile odgovarajuće mjere za njihovu zaštitu. Evropski sud za ljudska prava utvrdio je povredu člana 3 ECHR-a³⁵ u slučajevima nepridržavanja ove odgovornosti, smatrajući to ponižavajućim postupanjem.

S obzirom na sve gore navedene odgovornosti zdravstvenih radnika tokom medicinskih konsultacija prilikom prijema, jasno je da je za ispunjenje svih zadataka potrebno adekvatno vrijeme koje se mora odvojiti za svako savjetovanje. Uzimajući dalje u obzir potrebu da se savjetovanje obavi na dan prijema, također je jasno da zdravstveni tim mora imati adekvatan broj osoblja u skladu sa brojem dnevnih prijema u zatvor,

a naročito u ustanovama koje primaju pritvorenike prije suđenja. CPT je u nekoliko navrata isticao ovo pitanje, a također i u nedavnim posjetama zemljama.³⁶

Ne oduzimajući od njegovog značaja, mora se imati na umu da, po pravilu, medicinski pregled prilikom prijema, kao i svaka druga medicinska intervencija, zahtijeva pristanak pacijenta.³⁷ Zdravstveno osoblje je dužno ponuditi pregled; međutim, zatvorenik ima pravo da odbije. U slučaju da zatvorenik odbije pregled, to mora biti zavedeno u njegovom zdravstvenom kartonu.

Medicinski pregled nakon slučajeva nasilja

U skladu sa Preporukom Komiteta ministara R (1998) 7 i Standardima CPT-a, zatvorske zdravstvene službe mogu doprinijeti sprečavanju nasilja protiv zatvorenika tako što će sistematično evidentirati povrede i po potrebi redovno slati opće informacije nadležnim vlastima o problemu nasilja u zatvoru.³⁸

Medicinski pregledi nakon slučajeva nasilja pružaju temeljne zaštitne mehanizme protiv zlostavljanja i nekažnjivosti, kao i protiv međuzatvoreničkog nasilja. Ovo se odnosi ne samo na screening tragova nasilja tokom medicinskih pregleda po prijemu, već i na medicinske preglede nakon svakog slučaja nasilja tokom boravka u zatvoru. Svaki navod o nasilju ili zlostavljanju se mora evidentirati, popratiti podrobnim medicinskim pregledom, medicinskom dokumentacijom nalaza i zaključaka ljekara, a isti se moraju proslijediti nadležnom tužiocu uz pristanak pacijenta kao osnove za pokretanje sudskog postupka.³⁹ Pored toga, svaki incident nasilja treba uvrstiti u sistematičnu statističku evidenciju nasilja koju vode zdravstveni radnici, a koja vlastima služi za procjenu nivoa nasilja u zatvoru i za izradu preventivnih mjera protiv nasilja. CPT je tokom nekoliko posjeta zemljama kritikovao propuste u provođenju ovih preporuka.⁴⁰

31. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

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

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

34. CPT Standardi 2002 (rev. 2011).

35. Price protiv Ujedinjenog Kraljevstva 33394/96.

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

37. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

38. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011); CPT/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34.

39. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

40. Slawomir Musial protiv Poljske 28300/06, Aerts protiv Belgije 25357/94.

Medicinski pregled prije otpusta

Prema stavu 33.6 EPR, medicinski pregled spada u pripreme zatvorenika za otpust. Treba se ponuditi što je bliže moguće datumu otpusta,⁴¹ ali i dovoljno ranije da se može adekvatno organizirati. Trenutak kada se zatvoreniku predaje povjerljivi medicinski izvještaj, koji će poslužiti u svrhu pružanja medicinskih informacija ljekaru koji će preuzeti brigu o zatvoreniku nakon otpusta, može se iskoristiti kao prilika da mu se pruže medicinski savjeti o daljoj zdravstvenoj njezi. Naročito je važno informisati zatvorenike ovisnike o drogama o visokom riziku smrtonosnog predoziranja u slučaju ponovnog korištenja droga nakon otpusta.⁴²

Neisprekidana medicinska njega je posebno važna za pacijente koji su podvrgnuti antimikrobakterijalnoj i antiretroviralnoj terapiji jer prekidi dovode do razvoja tuberkuloze otporne na lijekove i virusnih infekcija otpornih na lijekove među pacijentima koji su pod terapijom lijekovima za psihijatrijska stanja ili zamjenskom terapijom za opijum. Nastavak ove potonje terapije se pokazao kao djelotvoran za značajno smanjenje prekomjerne stope smrtnosti ovisnika o drogama tokom prvog dana nakon otpusta iz zatvora.⁴³

Kontinuitet medicinske njege u periodu tranzicije iz zatvora u zajednicu, uz psihosocijalnu njegu, što se odnedavno naziva „post-penalna njega“ (eng. *aftercare*) i „kontinuirana njega“ (eng. *through-care*),⁴⁴ mora se planirati mnogo prije otpusta, ali medicinski pregled prije otpusta ima važnu ulogu u ovom procesu.

1.5 Medicinska dokumentacija i evidencija

Moglo bi se tvrditi da s obzirom na nedostatak zdravstvenih radnika i njihovu preopterećenost, to malo vremena što imaju trebaju posvetiti neposrednoj brizi o pacijentima, a ne dokumentaciji i papirologiji. Međutim, podrobna dokumentacija i vođenje evidencije od suštinskog su značaja za kvalificiranu brigu o pacijentima i njen kontinuitet, ne samo u interesu pacijenta, već i u interesu zdravstvenih radnika i zatvorske uprave. Navodi o defektivnoj medicinskoj njezi mogu se podnijeti Evropskom sudu za ljudska prava ako ne postoji odgovarajuća medicinska dokumentacija koja bi dokazala suprotno.⁴⁵

41. Komitet ministara: Preporuka Rec(2006)2 o Evropskim zatvorskim pravilima..

42. WHO Evropa: Sprečavanje akutne smrtnosti zbog droga među zatvorskim populacijama neposredno nakon otpusta (2010).

43. Standardi CPT-a 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).

45. Malenko protiv Ukrajine 18660/03.

Svaki pacijent treba imati medicinski karton koji će sadržavati dijagnostičke informacije i svu evidenciju anamneze pacijenta, uključujući i eventualne specijalne preglede kojima je podvrgavan. Zdravstveni timovi trebaju voditi knjigu dnevnih zapažanja u koju će upisivati incidente vezane za pacijente. Takva evidencija je korisna jer pruža sveobuhvatni uvid u zdravstvenu situaciju u zatvoru u kojoj se ističu specifični problemi koji se mogu pojaviti.

Zatvoreniku treba biti dozvoljen uvid u njegov medicinski karton, osim ako to nije kontraindicirano iz terapijskih razloga, i mogućnost da podnese zahtjev da se informacije iz kartona prenesu njegovoj porodici ili advokatu. U slučaju premještaja zatvorenika, medicinski karton treba poslati ljekaru u ustanovi prijema.⁴⁶

Dokumentacija pojedinačnih medicinskih kartona

U skladu sa zakonima o zdravstvenoj zaštiti u većini zemalja, te s principom ekvivalentnosti njege, zatvorski medicinski radnici obavezni su uspostaviti i voditi zdravstvene kartone za svakog pojedinačnog zatvorenika.

Zdravstveni karton treba da sadrži cjelokupnu zdravstvenu anamnezu, rezultate medicinskog pregleda po prijemu, svu dostupnu medicinsku evidenciju o pacijentu, uključujući i sve konsultacije po zahtjevu pacijentazajedno sa ljekarskim nalazima, savjetima i prepisanom terapijom. Svi pisani navodi trebaju biti potpisani. CPT je tokom nekoliko posjeta zatvorima kritikovao nepotpunu ili čak nedostajuću medicinsku evidenciju.⁴⁷

Svi zatvori u jednoj zemlji trebaju koristiti standardizirane zdravstvene kartone kako bi omogućili prenos medicinskih informacija između zatvorskih ljekara kada se zatvorenici premještaju u drugu ustanovu. Naročito je važno pažljivo i detaljno dokumentovati sljedeće:

- ▶ pregled prilikom prijema,
- ▶ informacije o eventualnim dijagnozama koje podrazumijevaju ozbiljne posljedice u pogledu prognoze, liječenja ili prenosivih bolesti,
- ▶ hitne medicinske slučajeve,
- ▶ informacije o pregledima ili liječenju sa mogućim neželjenim nuspojavama,

46. CPT/Inf (2009)38.

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

- ▶ informirani pristanak ili nepristanak ili odbijanje preporučenog pregleda ili liječenja,
- ▶ svu eventualnu evidenciju o tragovima nasilja,
- ▶ sve slučajeve kada je došlo do povrede povjerljivosti medicinskih podataka ili pristanka pacijenta.

Pacijentima treba objasniti dijagnoze, prognoze, preporučene terapije, alternativne terapije, nuspojave terapija i sve eventualne rizike nepodvrgavanja terapiji, kako bi mogli dati informirani pristanak ili nepristanak. Informacije koje se pružaju zatvoreniku trebaju biti evidentirane u kartonu pacijenta. Za invazivne medicinske procedure i terapije sa utvrđenim neželjenim nuspojavama treba tražiti pisani pristanak pacijenta.

Samo ljekari, medicinski tehničari i drugi zdravstveni radnici koji su obavezni čuvati povjerljivost medicinskih podataka mogu imati pristup zdravstvenim kartonima koji moraju biti držani pod ključem odvojeno od pojedinačnih administrativnih dosjea zatvorenika. Zatvorski ljekari i medicinski tehničari nikad ne smiju dopustiti obznanjivanje medicinskih podataka o pacijentu upravi zatvora ili bilo kojem trećem licu bez izričitog pristanka pacijenta. Izuzeci od ovog pravila uključuju: sudski nalog (u tom slučaju ljekar informacije treba predati direktno sudiji) i rijetki slučajevi kada se ljekar mora odlučiti na povredu povjerljivosti kako bi zaštitio snažno zakonsko pravo, kao što je zaštita zdravlja ili života druge osobe. U oba slučaja ljekar mora informisati zatvorenika o svom postupku. CPT je tokom svojih posjeta zemljama dosljedno isticao potrebu da se unaprijedi povjerljivost medicinske evidencije zatvorenika.⁴⁸ Nekoliko država trenutno instalira elektronske sisteme medicinske evidencije, ali ti sistemi moraju imati mehanizme zaštite tako da samo medicinsko osoblje ima pristup medicinskim podacima o pojedinačnim pacijentima.

Ljekar treba odobriti zahtjev pacijenta zatvorenika za pristup svom zdravstvenom kartonu. Kod premještaja zatvorenika zapečaćenu kopiju medicinske evidencije treba predati zdravstvenom timu u ustanovi prijema. Zatvoreniku pacijentu prilikom otpusta treba predati medicinski izvještaj. Medicinske informacije iz izvještaja će koristiti ljekar u zajednici za dalje ili buduće liječenje, a mogu po potrebi uključivati i detalje iz evidencije. Nakon otpusta zatvorenika,

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.

zatvorska služba treba čuvati medicinsku evidenciju u periodu propisanom relevantnim domaćim zakonom.

Zatvorski ljekari su dužni pregledati i dokumentirati sve tragove fizičkog, psihološkog i seksualnog nasilja. Tokom medicinskog pregleda prilikom prijema zatvorenik može prijaviti policijsko nasilje. Stoga je važno sve eventualne dokaze te vrste predočiti vlastima. Ako zatvorenik oklijeva dati pristanak za ovo, ljekar mora potražiti načine da se pobrine da identitet žrtve ne bude obznanjen počiniocu. Istambulski protokol⁴⁹ sadrži smjernice o dokumentaciji koje su valjane i u stručnom i u pravnom smislu, kao i ne-traumatske metode pregleda u slučajevima nasilja i zlostavljanja.

Pristup zdravstvenim kartonima i drugim medicinskim informacijama

Zatvorenici treba obezbijediti sve relevantne informacije - po potrebi u obliku medicinskog izvještaja - o njihovom stanju, toku liječenja i lijekovima koji su im prepisani. Po mogućnosti trebaju imati pravo pregledati sadržaj svojih zdravstvenih kartona osim ako to nije preporučljivo iz terapijskih razloga. Također im treba biti dozvoljeno da podnesu zahtjev da se informacije prosljede njihovim porodicama i advokatima ili vanjskom ljekaru.

Statistička medicinska evidencija (nevezana za pojedinačne pacijente)

U skladu sa domaćim zakonima i u saradnji sa zdravstvenim vlastima u zajednici, zatvorski ljekari trebaju voditi statističku evidenciju svih aspekata zdravstvenih usluga koje se pružaju u zatvoru, a naročito broja savjetovanja i rasprostranjenosti patologija izmjerenih u odnosu na broj dijagnoza prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (ICD), uključujući specifičnu evidenciju o dijagnozama koje se prijavljuju, kao što je tuberkuloza - koristeći se standardnim definicijama i terapijskim kategorijama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) - dizenterija, hepatitis i HIV. Takvi statistički podaci se mnogo lakše obrađuju pomoću elektronskih sistema medicinske evidencije, a pružaju podršku za budžetiranje i za provođenje procjene zdravstvenih programa promocije i prevencije.

Kako je ranije naznačeno, zatvorski ljekari trebaju voditi statistiku o svim povredama i uzrocima povreda (međuzatvoreničko nasilje i zlostavljanje) i trebaju redovno obavještavati zatvorske vlasti o tim podacima. Sistematični statistički podaci o nasilju omogućuju procjenu

49. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

situacije i preventivnih mjera, a mogu čak imati i preventivni učinak. CPT je tokom svojih posjeta zatvorima⁵⁰ stalno preporučivao sistematsku evidenciju svih slučajeva nasilja.

1.6 Druga etička pitanja

Uključivanje zatvorskih ljekara u rješavanje sigurnosnih pitanja i disciplinskih mjera

Ljekari u zatvorima trebaju se ponašati kao lični ljekari zatvorenika i trebaju uspostaviti dobre odnose na relaciji ljekar-pacijent. Praksa gdje zatvorski ljekari potvrđuju da li je zatvorenik sposoban za boravak u samici u svrhu kažnjavanja (ili za bilo koji drugih oblik usamljenja koji se nameće protiv volje zatvorenika) ne ide u prilog ovakvom odnosu. Ovo pitanje naglašeno je u EPR. Medicinsko osoblje nikad ne treba učestvovati u procesima donošenja odluka koji rezultiraju bilo kojim oblikom usamljenja, osim ako se ta mjera ne primjenjuje u medicinske svrhe.

S druge strane, zdravstveno osoblje treba posebnu pažnju posvetiti situaciji svih zatvorenika podvrnutih usamljenju. Zdravstveno osoblje treba biti obaviješteno o svakoj takvoj mjeri i treba posjetiti zatvorenika neposredno nakon smještaja u samicu, a nakon toga redovno, najmanje jednom dnevno, i pružiti mu blagovremenu medicinsku pomoć i terapiju u skladu s potrebama. Zatvorskog ljekara treba obavijestiti kad god je zdravlje zatvorenika u samici ozbiljno ugroženo.

Zatvorski ljekar ne treba raditi pretese tijela ni preglede koje zahtijeva organ vlasti, osim u hitnim situacijama kada je nemoguće dovesti drugog ljekara. U takvim izuzetnim slučajevima kada je nemoguće izbjeći pretragu tjelesnih šupljina, to treba raditi ljekar sa odgovarajućim medicinskim kvalifikacijama. Međutim, kako bi se zaštitio odnos ljekar-pacijent, to ne bi trebao biti ljekar koji inače vodi zdravstvenu zaštitu tog zatvorenika. Ovo ističe i WMA u svojoj Izjavi o pretresima tijela zatvorenika.⁵¹

U specifičnim slučajevima mogu biti opravdane posebne sigurnosne mjere, ali sistematično smještanje zatvorenika iza rešetaka kada primaju injekcije je

očito neopravdano. Takav pristup smatra se ponižavajućim i za zatvorenike i za zdravstveno osoblje.⁵²

Stručna nezavisnost zatvorskog zdravstvenog osoblja

Zdravstveno osoblje u zatvorima je potencijalno ugroženo osoblje. Njihova dužnost da vode brigu o svojim pacijentima, bolesnim zatvorenicima, često se može kositi sa zahtjevima rukovodstva i opće sigurnosti. To može dovesti to teških etičkih dilema i izbora. Kako bi se garantirala njihova nezavisnost u zdravstvenim pitanjima, važno je da takvo osoblje bude što više izjednačeno sa pružanjem zdravstvene zaštite u zajednici.

Kako god da se institucionalno ustroji pružanje zdravstvene zaštite u zatvoru, od suštinskog je značaja da se kliničke odluke ljekara vode samo medicinskim kriterijima i da djelotvornost njihovog rada procjenjuje kvalificirani medicinski organ vlasti.⁵³

Ljekari koji pružaju usluge i zatvorenicima i zatvorskome osoblju

Postoje rezerve u pogledu prakse da zatvorski ljekari liječe i zatvorenike i zatvorsko osoblje.⁵⁴ Resursi dodijeljeni za medicinsku njegu zatvorenika često su ograničeni, a podjela radnog vremena ljekara može narušiti kvalitet njihovih usluga. U izuzetnim slučajevima gdje okolnosti ustanove zahtijevaju takvu organizaciju zdravstvene zaštite, ova dvojna odgovornost treba imati veoma specifične mehanizme zaštite kojima će se garantirati jednakost pristupa. Na primjer, treba unaprijed propisati koji procenat radnog vremena ljekari mogu posvetiti osoblju. Također je poželjno da se zalihe lijekova (jedna za zatvorenike, jedna za osoblje) čuvaju odvojeno. Može se čak predvidjeti da ljekar ima dva odvojena mjesta za prijem pacijenata.

Zatvorenici kao zdravstveno osoblje

Uključivanje zatvorenika u zatvorske zdravstvene službe treba se tretirati kao posljednja opcija, čak i kad oni imaju medicinske kvalifikacije. Zatvorenici ne trebaju učestvovati u izvođenju zdravstvenih zadataka koji zahtijevaju specijalističke kvalifikacije, a ni pod kojim uslovima im ne treba biti dozvoljeno da dijele terapiju.

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

51. WMA: Izjava o pretresima tijela zatvorenika, Budimpešta (1993, rev. 2005).

52. CPT/Inf (2011)29.

53. CPT/Inf (2004)36.

54. CPT/Inf (2006)11.

Zatvorski službenici nisu ovlašteni za izdavanje prepisanih lijekova, ni za davanje injekcija. Lijekove može izdavati samo medicinski tehničar ili kvalificirani farmaceutski radnik; injekcije može davati samo kvalificirano zdravstveno osoblje.⁵⁵

Humanitarna pomoć

Postoje određene specifične kategorije posebno ranjivih zatvorenika čijim potrebama zatvorska zdravstvena služba treba posvetiti posebnu pažnju jer oni nisu uvijek sposobni sami se izboriti za svoje interese u kontekstu zatvora. CPT je u nekoliko navrata kao takve označio sljedeće grupe.⁵⁶

Zatvorenice majke sa djecom

Generalno je prihvaćen princip da se djeca ne trebaju rađati u zatvoru i ovaj princip se u pravilu poštuje. Majci i djetetu treba biti omogućeno da ostanu zajedno bar određen period i trebaju biti smješteni u uslovima u kojima će imati podršku osoblja specijaliziranog za postporođajnu njegu i sestrinstvo. Dugoročna rješenja, posebno premještanje djeteta u zajednicu i odvajanje od majke, trebaju se razmatrati zasebno za svaki pojedinačni slučaj s obzirom na medicinske i socijalne potrebe djeteta.

Adolescenti

Tokom boravka u zatvoru, adolescentima je poželjno omogućiti da ostanu u istom okruženju i dati pravo da zadrže svoje lične stvari. Rizik od socijalne neprilagođenosti treba svesti na minimum. Režim koji se na njih primjenjuje treba se temeljiti na intenzivnim aktivnostima, uključujući socio-edukativne sastanke, sport, obrazovanje, stručnu obuku, izlete uz pratnju i dostupnost odgovarajućih izbornih aktivnosti.

Zatvorenici ranjivi usljed zdravstvenog ili socijalnog stanja

Među pacijentima zatvorske zdravstvene službe postoji izvjestan broj marginalizovanih pojedinaca sa historijom porodičnih trauma, dugotrajne ovisnosti o drogama, sukobima sa autoritetom ili drugim socijalnim nevoljama. Mogu biti nasilni, suicidalni ili ispoljavati nepri-

hvatljivo seksualno ponašanje, a većinu vremena nisu u stanju da se kontrolišu i da vode brigu o sebi. Potrebe ovih zatvorenika nisu strogo medicinske, ali zatvorski ljekar može podržati izradu socio-terapeutskih programa za njih u zatvorskim jedinicama koje bi bile slične onima koje postoje u zajednici, ali bi bile pod pažljivim nadzorom. Takve jedinice kod ovih zatvorenika mogu umanjiti poniženost, prezir i mržnju, dati im osjećaj odgovornosti i pripremiti ih za reintegraciju. Druga izravna prednost ovakvih programa je što podrazumijevaju aktivno učešće i posvećenost zatvorskog osoblja.

Postoje takođe zatvorenici kojima ne pogoduje trajni boravak u zatvoru zbog teške bolesti koja se ne može propisno liječiti u zatvorskim uslovima, prognoze smrti u kratkom roku, teškog onesposobljenja ili pozne starosti. U takvim slučajevima je na zatvorskom ljekaru da sastavi izvještaj nadležnim vlastima u cilju nalaženja odgovarajućeg alternativnog rješenja.

55. CPT/Inf (2011)19.

56. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

Poglavlje 2

Psihijatrijska njega i planovi tretmana - Terapijske i rehabilitacijske psihosocijalne aktivnosti u zatvoru

U poređenju sa stanovništvom generalno, među zatvorenicima je stopa psihijatrijskih simptoma relativno visoka.

Osobe koje borave u zatvorenim psihijatrijskim bolnicama i zatvorenici imaju mnogo toga zajedničkog. I jedni i drugi su naročito podložni nastupanju problema mentalnog zdravlja. Često se susreću historije zlostavljanja, neimaštine, beskućništva, nezaposlenosti, zloupotrebe opojnih supstanci i ranijih kontakata sa službama za mentalno zdravlje. Mnogi zatvorenici imaju probleme s pismenošću i numeričkom pismenošću, a većina zatvorenika ima ispodprosječni kvocijent inteligencije.¹ Postoje indikacije da svaki sedmi zatvorenik pati od psihotičnih oboljenja ili teške depresije, a oko polovine svih muških zatvorenika i jedna od pet zatvorenica pati od antisocijalnog poremećaja ličnosti.² Teški mentalni poremećaji su neproporcionalno rasprostranjeni, pri čemu su najviše stope morbiditeta zabilježene kod pritvorenika i ženskih

1. Singleton N., Meltzer H. and Gatward R: Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. London: Office for National Statistics (1998); Her Majesty's Inspectorate of Prisons: Unjust deserts: a thematic review by HM Chief Inspector of Prisons of the treatment and conditions for unsentenced prisoners in England and Wales. London: Home Office (2000).
2. Fazel S. and Danesh J: "Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys". Lancet, 359 (2002), 545-50.

zatvoreničkih populacija. Mentalni poremećaji (uključujući dijagnoze zloupotrebe opojnih supstanci) utvrđeni su kod 37% osuđenih muških zatvorenika, 63% muškaraca u pritvoru, 57% osuđenih žena i 76% žena u pritvoru. Višestruke dijagnoze su uobičajene, posebno kod pritvorenika: oko četvrtina muškaraca i oko trećina žena u pritvoru ima dvije ili više dijagnoza.³

Jasno je da je u zatvorima značajna opterećenost teškim mentalnim poremećajima, koje je međutim moguće tretirati. S obzirom na ograničene resurse zatvorskog sistema, postoji sumnja da je odgovarajuća njega u skladu sa ECHR-om omogućena svima koji za njom imaju potrebu.

2.1 Službe za mentalno zdravlje u zatvorima

Visoka stopa mentalnih poremećaja u zatvorskom okruženju povećava odgovornost zatvorskog zdravstvenog sistema. Za početak, potrebno je obezbijediti ljekara sa kvalifikacijama iz psihijatrije koji će biti saradnik zdravstvene službe u svakom zatvoru, a nekoliko medicinskih tehničara u svakoj službi treba imati kvalifikacije iz ove oblasti. Broj medicinskog osoblja, uključujući tehničare, i raspored zatvora trebaju biti takvi da omogućе redovno provođenje programa farmakološke, psihoterapijske i okupacione terapije.⁴

Mjere vezane za poremećaje mentalnog zdravlja u zatvorskim uslovima

Izostanak terapije za psihijatrijska oboljenja u zatvorskim uslovima lako može predstavljati nečovječno i ponižavajuće postupanje,⁵ pa su potrebne ad hoc mjere. Nadležni trebaju razmotriti uvođenje sljedećih mjera za zatvorenike sa psihijatrijskim poremećajima:

- ▶ motivisanje i obuka medicinskog osoblja i psihologa koji rade u zatvoru da mogu dijagnosticirati takve slučajeve i da aktivno učestvuju u njihovom tretmanu,
- ▶ pružanje specijalističke njege u zatvoru za takve slučajeve dodjeljujući psihijatra s kojim će se dogovoriti redovna savjetovanja,
- ▶ osiguranje dostupnosti adekvatnih zaliha psihotropnih lijekova,

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

4. Slawomir Musial protiv Poljske 28300/06, Aerts protiv Belgije 25357/94.

5. CPT/Inf (2005)18; Slawomir Musial protiv Poljske 28300/06, Aerts protiv Belgije 25357/94.

- ▶ osigurati da je po potrebi moguća duža bolnička njega sa aktivnom psihosocijalnom komponentom,
- ▶ osigurati da se premještaju mentalno oboljelog zatvorenika u psihijatrijsku ustanovu dodijeli status najvišeg prioriteta.

Mentalno oboljeli zatvorenici na liječenju u civilnim bolnicama za mentalna oboljenja

Mentalno oboljeli zatvorenik treba biti smješten i liječen u bolničkoj ustanovi adekvatno opremljenoj i sa odgovarajućim kvalificiranim osobljem. To može biti civilna duševna bolnica ili posebno opremljena psihijatrijska ustanova unutar zatvorskog sistema.

Sa etičkog stanovišta je primjereno da se mentalno oboljeli zatvorenici hospitaliziraju izvan zatvorskog sistema u ustanovama koje su u nadležnosti javnog zdravstva. S druge strane se može tvrditi da obezbjeđenje psihijatrijskih ustanova unutar zatvorskog sistema omogućuje liječenje pod optimalnim sigurnosnim uslovima i da se aktivnosti medicinskih i socijalnih službi u tom sistemu mogu intenzivirati.

Koje god rješenje da se izabere, smještajni kapacitet psihijatrijske ustanove treba biti adekvatan, jer često dolazi do dugotrajnog perioda čekanja prije potrebnog premještaja. Premještaju osobe u psihijatrijsku ustanovu treba dodijeliti status najvišeg prioriteta.

Zatvorenici koji se usljed teškog mentalnog oboljenja smatraju opasnim ne trebaju biti smješteni u odjeljenja sa visokim stepenom bezbjednosti umjesto u psihijatrijsku ustanovu. Takvim zatvorenicima u bolničkom okruženju treba pružiti pristup liječenju i odgovarajućim terapijskim aktivnostima koje će voditi dovoljan broj kvalifikovanog osoblja kako bi im se pružila potrebna pomoć.⁶

2.2 Psihijatrijska odjeljenja u zatvoru

Specijalizovana psihijatrijska odjeljenja u zatvoru, koja su u sklopu zatvorske zdravstvene službe, mogu ispuniti razne svrhe. Njihova najčešća funkcija je tretman zatvorenika s problemima mentalnog zdravlja koji se tu smještaju ili privremeno radi tretmana ili dok čekaju premještaj u ustanovu za tretman u zajednici. U iznimnim slučajevima se psihijatrijska odjeljenja unutar zatvorskog sistema također mogu koristiti za smještaj i tretman osoba proglašениh krivično neuračunljivim, uglavnom u odsustvu sigurne ustanove izvan zatvorskog

6. CPT/Inf (2008)33.

sistema. Konačno, psihijatrijska odjeljenja mogu se koristiti za smještaj pritvorenika prije suđenja u svrhu procjene njihovog mentalnog stanja.

Nije neuobičajeno da u odsustvu specijaliziranog psihijatrijskog odjeljenja unutar zatvorskog sistema, zatvori uspostave sigurne zone ili spratove za zatvorenike iz ranjivijih kategorija, uključujući i one sa mentalnim poremećajima.

Opšti principi njege u zatvorskom psihijatrijskom odjeljenju

Briga i pritvor osoba koje podliježu smještaju u zatvorsku ustanovu za mentalno zdravlje u smislu sigurnosne mjere treba se temeljiti na tretmanu i rehabilitaciji, a uzimati u obzir potrebne sigurnosne aspekte. Ovaj pristup se treba ogledati u životnim uslovima i drugim pogodnostima koje se nude ovoj posebnoj pacijentskoj populaciji, kao i u njihovom tretmanu i aktivnostima. U takvim ustanovama treba zaposliti zdravstveno osoblje sa odgovarajućim kvalifikacijama koje je u stanju izgraditi pozitivne odnose sa pacijentima kroz direktni kontakt.⁷ Osoblje treba biti adekvatno u smislu broja, kategorija (psihijatri, ljekari opće prakse, medicinske sestre, psiholozi, radni terapeuti, socijalni radnici, itd.), iskustva i kvalifikacija. Nedostaci u kadrovskim resursima mogu dovesti do situacija visokog rizika za pacijente, bez obzira na dobre namjere i istinske napore osoblja.

CPT je u mnogo navrata komentarisao životne uslove ljudi smještenih u psihijatrijske ustanove.⁸ To se između ostalog odnosi i na psihijatrijska odjeljenja unutar zatvorskog sistema. Psihijatrijsko odjeljenje treba pružiti materijalne uslove koji pogoduju liječenju i dobrobiti pacijenata i pozitivnom terapeutskom okruženju u psihijatrijskom smislu. Stvaranje pozitivnog terapeutskog okruženja na prvom mjestu podrazumijeva osiguranje dovoljnog životnog prostora po pacijentu, kao i adekvatnu rasvjetu, grijanje i ventilaciju, održavanje zgrade ustanove i ispunjavanje higijenskih zahtjeva. Pružanje smještaja podijeljenog na male grupe je presudni faktor za očuvanje dostojanstva pacijenata, a također je i ključni element svake politike za psihološku i socijalnu rehabilitaciju pacijenata. Takva organizacija smještaja također omogućuje raspodjelu pacijenata u odgovarajuće kategorije za potrebe terapije. Sanitarije trebaju pacijentima omogu-

čiti izvjesnu privatnost. Nadalje, treba uzeti u obzir potrebe starijih i pacijenata sa invaliditetom; na primjer, zahodi koji nisu predviđeni za vršenje nužde u sjedećem položaju nisu pogodni za takve pacijente. Slično tome, potrebno je obezbijediti osnovnu bolničku opremu koja će omogućiti osoblju da pruži adekvatnu njegu (uključujući i ličnu higijenu) nepokretnim pacijentima; nedostatak takve opreme može dovesti do očajnih uslova. Praksa nekih psihijatrijskih ustanova da se pacijenti stalno oblače u pidžame nije pogodna za jačanje ličnog identiteta i samopoštovanja; individualizacija odjeće treba biti sastavni dio terapijskog procesa.

Psihijatrijskim pacijentima, uključujući i forenzičke pacijente kojima je pregled u toku, treba - ako im to zdravlje dozvoljava - ponuditi bar jedan sat boravka napolju dnevno, u razumno prostranom i sigurnom okruženju, gdje će također postojati zaklon za slučaj loših vremenskih prilika.⁹

2.3 Plan tretmana

Psihijatrijski tretman treba se temeljiti na individualizovanom pristupu što podrazumijeva izradu plana tretmana za svakog pacijenta gdje će se navesti ciljevi tretmana, terapijska sredstva i odgovorni član osoblja. Plan tretmana također treba sadržavati ishod redovne revizije stanja mentalnog zdravlja pacijenta i reviziju prepisanih lijekova. Pacijenta treba uključiti u izradu individualnog plana tretmana i treba biti obaviješten o svom napretku.¹⁰

Važno je da se različite kategorije osoblja koje radi sa psihijatrijskim pacijentima redovno sastaju kako bi se omogućio timski rad i razmatranje potrebnih izmjena plana tretmana. Ovim se omogućuje uočavanje i diskutovanje svakodnevnih problema i pružanje savjeta.

Psihijatrijski tretman

Psihijatrijski tretman treba podrazumijevati širok spektar terapijskih, rehabilitacijskih i rekreativnih aktivnosti, kao što su pristup odgovarajućim lijekovima i medicinskoj njezi. Potrebno je uspostaviti procedure kojim će se osigurati da se prepisani lijekovi propisno izdaju i garantirati redovna dostupnost odgovarajućih lijekova. Preporučuje se izrada niza terapijskih mogućnosti i uključivanje dugoročnih pacijenata u rehabilitacijske psihosocijalne aktivnosti kako bi se pripremili

7. CPT/Inf (2007)28.

8. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

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

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

za nezavisan život ili povratak svojim porodicama. Radna terapija treba biti sastavni dio programa rehabilitacije i osigurati motivaciju, razvoj vještina učenja i međuljudskih odnosa, usvajanje specifičnih sposobnosti i unapređenje slike o sebi. Poželjno je pacijentima ponuditi i obrazovanje i odgovarajuće radne zadatke.

Posebnu pažnju treba posvetiti osiguravanju kontinuiteta tretmana, što podrazumijeva i farmakoterapiju i širok raspon rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti. Ova vrsta tretmana nije osmišljena za naglo uključivanje i isključivanje; premještanje mentalno oboljelih iz jednog okruženja u drugo sa novim setom pravila i nagli prekid tretmana lako mogu ugroziti njihovu dobrobit.¹¹

Forenzički tretman

Forenzički tretman krivično neuračunljivih pritvorenika treba podrazumijevati širok spektar terapijskih, rehabilitacijskih i rekreativnih aktivnosti - uključujući odgovarajuće medikamente i medicinsku njegu. Tretman bi za cilj trebao imati i kontrolu simptoma oboljenja i smanjenje rizika od ponovnog činenja krivičnog djela. Također treba naglasiti da pružanje terapijskih aktivnosti osobama podvrgnutim forenzičkoj psihijatrijskoj ocjeni neće remetiti proces ocjenjivanja; naprotiv, može pomoći u prikupljanju dragocjenih informacija.¹²

Psihofarmakoterapija

Upotreba lijekova u terapiji mentalnih poremećaja uobičajena je i za bolničku i za vanbolničku psihijatriju. Većina psihotropnih medikamentata osmišljena je za liječenje depresije, poremećaja anksioznosti i psihotičnih poremećaja kao što je šizofrenija. Međutim, neki medikamenti namijenjeni drugim svrhama ispostavili su se korisni za psihijatrijsko liječenje. Primjerice, to su upotreba antikonvulzivnih medikamentata za liječenje bipolarnih poremećaja i upotreba antipsihotika za liječenje problema s kontrolom impulsa. Psihofarmakoterapija se za liječenje mentalnih poremećaja može koristiti samostalno ili u kombinaciji sa psihoterapijom.¹³

11. CPT/Inf (2006)26.

12. CPT/Inf (2009)24.

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

Osnovne grupe psihotropnih medikamentata

Antipsihotici (neuroleptici) pomažu u terapiji psihotičnih simptoma kao što su agitacija, halucinacije (kada pacijent čuje ili vidi stvari koje ne postoje), zabluda (pogrešnih uvjerenja) i neorganizovanog razmišljanja. Antidepresivima se liječe simptomi depresije i anksioznosti. Anksiolitici (sredstva za smirenje) smanjuju stepen anksioznosti i agitacije.

Pored toga, određeni psihostimulansi korisni su za liječenje poremećaja deficita pažnje (ADHD), a postoje i lijekovi za stabilizaciju promjena u raspoloženju (timostabilizatori).

Uobičajeni problemi u psihofarmakoterapiji

Psihofarmakološki lijekovi često čine nužni dio liječenja pacijenata s mentalnim poremećajima. Potrebno je uspostaviti procedure kojim će se osigurati da se prepisani medikamenti propisno izdaju, da ih pacijenti uzimaju i da je redovna dostupnost odgovarajućih lijekova garantirana. Također je potrebno pažljivo motriti na indikacije zloupotrebe medikamentata.

Kao i svaki drugi tretman, psihofarmakološki tretman mentalnih poremećaja ima svoje prednosti i mane. Najčešći su sljedeći problemi:

- ▶ nedostatak efikasnosti, što često dovodi do upotrebe doza iznad terapijskih preporuka,
- ▶ nuspojave, od kojih je neke teško uočiti (parkinsonizam, distonije) - neke nuspojave mogu se otkriti testiranjem (agranulocitoza, hiperprolaktinemija), ispitivanjem (seksualna disfunkcija) ili pažljivim promatranjem sekundarnih simptoma (hirsutizam, metabolički sindrom),
- ▶ potreba upotrebe kombinacija lijekova kada su interakcije između različitih lijekova značajne: može doći i do farmakokinetičkih interakcija (promjene u apsorpciji, povezivanje sa proteinima, metabolizam ili izlučivanje) i do farmakodinamičkih interakcija.

2.4 Pristanak na psihijatrijski tretman

Psihijatrijskim pacijentima u principu treba omogućiti da daju svoj slobodni i informisani pristanak na tretman. Nedobrovoljni prijem na psihijatrijsko odjeljenje - bez obzira da li se radi o građanskom ili krivičnom postupku - ne bi trebao biti prepreka da osoblje traži informirani pristanak pacijenta na tretman.

Svaki uračunjivi pacijent, bez obzira da li je dobrovoljno ili nedobrovoljno primljen, treba biti u potpunosti informiran o tretmanu koji će se prepisati i treba mu se ponuditi mogućnost da dobije tretman i bilo koju drugu medicinsku intervenciju. Svako odstupanje od ovog temeljnog principa treba biti u skladu sa zakonom i vezano samo za jasno i strogo definisane izuzetne okolnosti.¹⁴

Pristanak na liječenje može se smatrati slobodnim i informiranim samo ako se temelji na potpunim i tačnim informacijama o stanju pacijenta i predloženom liječenju. Sve pacijente treba sistematično opskrbiti informacijama o njihovom stanju i terapiji koja im je prepisana.

Upotreba lijekova PRN (*pro re nata*, "po potrebi") treba se primjenjivati samo u izuzetnim slučajevima; ljekar treba biti odmah obaviješten o davanju PRN lijekova tako da može potvrditi uslove pod kojima su dati.¹⁵

Upotreba sredstava obuzdavanja na psihijatrijskim odjeljenjima

Smjernice o upotrebi sredstava obuzdavanja na psihijatrijskim odjeljenjima mogu se naći u glavnom dijelu 16. Opšteg izvještaja CPT-a.¹⁶ Mentalno poremećenog (i potencijalno nasilnog) pacijenta treba liječiti kroz intenzivni nadzor i podršku medicinskog osoblja, po potrebi u kombinaciji s medikamentima. Svako psihijatrijsko odjeljenje treba imati sveobuhvatnu politiku rada vezano za sredstva obuzdavanja. Pritom je od suštinskog značaja učešće i podrška i osoblja i rukovodstva u izradi politike rada. Takvom politikom se jasno određuje koja sredstva za obuzdavanje se mogu koristiti, pod kojim uslovima se mogu primijeniti, koji su praktični načini njihove primjene, kakav je nadzor potreban i šta treba preduzeti nakon obustave takve mjere. Politika također treba sadržavati poglavlja o drugim bitnim pitanjima kao što su obuka osoblja, politika rada vezana za ulaganje pritužbi, mehanizmi internog i eksternog izvještavanja i analize opravdanosti upotrebe sredstava obuzdavanja.

Postoje različite metode kontrole uzrujanih ili nasilnih pacijenata koje se mogu koristiti odvojeno ili u kombinaciji:

- ▶ praćenje u stopu, što znači da je član osoblja stalno uz pacijenta i po potrebi intervenira u njegovim aktivnostima,
- ▶ manuelna kontrola,

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

15. CPT/Inf (2012)34.

16. CPT/Inf (2006)35.

- ▶ mehanička sredstva obuzdavanja kao što su remeni, košulje za obuzdavanje i zatvoreni kreveti,
- ▶ hemijsko obuzdavanje (davanje medikamenata pacijentu protiv njegove volje u svrhu kontrole ponašanja),
- ▶ izdvajanje (nedobrovoljno smještanje pacijenta samog u zaključanu prostoriju).

Izbor metode za pojedinačnog pacijenta treba biti najprimjereniji od metoda dostupnih u datoj situaciji. Obuzdavanje se treba primjenjivati samo kao krajnja mjera kako bi se spriječila neposredna povreda ili smanjila akutna agitacija i/ili nasilje. Primjena sredstava obuzdavanja na ispravan način i u odgovarajućem okruženju zahtijeva direktan, lični i kontinuirani nadzor člana osoblja. Ljekar treba odobriti svaki pojedinačni slučaj obuzdavanja ili bez odlaganja treba biti obaviješten o primjeni sredstava obuzdavanja kako bi tražio odobrenje za takvu mjeru.

Pacijent treba biti oslobođen sredstava obuzdavanja odmah po prestanku vanredne situacije koja je rezultirala primjenom tih sredstava. Ne postoji opravdanje za upotrebu sredstava obuzdavanja na duže vremenske periode (dane).

Nakon uklanjanja sredstava obuzdavanja, od suštinskog je značaja pružiti obrazloženje za njihovu primjenu. Time se pruža mogućnost da se objasne razlozi za upotrebu mjere, smanjuje se psihološka trauma vezana za situaciju i oporavlja odnos ljekar-pacijent. Okolnosti pod kojima se koristi obuzdavanje ne trebaju pogoršati mentalno ili fizičko zdravlje obuzdanog pacijenta.

Mjesto gdje se pacijent obuzdava treba biti posebno namješteno za tu posebnu svrhu. Treba biti sigurno i imati odgovarajuću rasvjetu i adekvatno grijanje čime će se postići smirujući učinak. Obuzdani pacijent treba biti adekvatno obučeni i ne treba biti izložen pogledima drugih pacijenata. Sredstva obuzdavanja treba primjenjivati vješto i pažljivo kako se ne bi ugrozilo zdravlje pacijenta i nanijela bol. Ne smiju se spriječiti vitalne funkcije kao što su disanje, mogućnost komuniciranja, jela i pića. Ako pacijent ima tendenciju da grize, siše ili pljuje, potencijalna šteta se treba izbjeći na način da se ne pokrivaju usta.

Potrebno je uspostaviti poseban registar za evidenciju svih slučajeva primjene sredstava obuzdavanja. Registar treba biti dodatak uz evidenciju u ličnom zdravstvenom kartonu pacijenta. U registar se upisuje vrijeme kad je mjera počela i završila, okolnosti

slučaja, razlozi za pribjegavanje mjeri, ime ljekara koji je naredio ili odobrio i opis svih eventualnih povreda koje je zadobio pacijent ili član osoblja.

Smanjivanje učestalosti pribjegavanja upotrebi obuzdavanja na održivi minimum zahtijeva promjenu kulture na odjeljenju. U tom smislu je presudna uloga rukovodstva. Ako rukovodstvo ne potakne osoblje i ne pruži alternative, uspostavljena praksa čestog pribjegavanja obuzdavanju najvjerojatnije će se nastaviti.

Psihijatrijska njega nakon otpusta

Za osobe koje su bile podvrgnute psihijatrijskom liječenju potrebno je preduzeti korake kako bi se osigurao kontinuitet njege. Iako možda više ne zahtijeva smještanje na psihijatrijsko odjeljenje, pacijentu će ipak možda još biti potrebno liječenje ili mu može pogodovati zaštitno okruženje.¹⁷ Potrebno je obezbijediti kontinuitet liječenja kada se zatvorenici vraćaju u svoje zatvorsko okruženje.

2.5 Sprečavanje samoubistva

S obzirom na visoku učestalost mentalnih poremećaja u zatvorima, zatvorska zdravstvena služba treba se brinuti o pitanjima mentalne higijene, uključujući sprečavanje štetnih psiholoških učinaka određenih aspekata boravka u zatvoru. Dobro je poznato da efektivna prevencija može spriječiti rizik od mentalnih poremećaja.¹⁸

Organizacijski pristup sprečavanju samoubistva

Sprečavanje samoubistva zahtijeva i intervenciju vanjskog zdravstvenog sektora.¹⁹ U svom 3. Općem izvještaju²⁰ CPT je izložio niz preporuka po ovom pitanju. Rukovodstvo zatvora, uključujući i šefa zatvorske zdravstvene službe, treba se pobrinuti da postoji adekvatan nivo svijesti o sprečavanju samoubistva u cijeloj ustanovi i da su uvedene odgovarajuće procedure.

17.CPT/Inf (98)12.

18.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).

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

20.CPT/Inf (93)12.

Potrebni su aktivni naponi na sprečavanju samoubistva kroz pružanje praćenja uz podršku i izgradnju odnosa povjerenja između zatvorenika i osoblja. Potrebno je preduzeti mjere kako bi se osiguralo da preventivni naponi budu adekvatno koordinisani, a posebno kroz redovne i česte sastanke multidisciplinarnog tima i kroz doprinose specijalističkog osoblja kao što su psihijatri i edukatori.

U slučaju visoke stope samoubistva, potrebno je uvesti alternativne mjere sprečavanja samoubistva kao što su intenzivirane i raznolike aktivnosti, mogućnosti za druženje, kontakti sa vanjskim svijetom i djelotvorno, multidisciplinarno liječenje ovisnosti.

Identifikacija rizika od samoubistva

Pored medicinskog screeninga na prijemu, prihvata i procedure tokom prvog noćenja u cjelini imaju važnu ulogu. Kad se pravilno primjenjuju mogu poslužiti za identifikaciju bar određenog broja onih koji su podložni riziku od samopovređivanja i ublažiti anksioznost koju osjećaju svi novopridošli zatvorenici. Periodi neposredno prije i nakon suđenja, a u nekim slučajevima i period pred otpust, vežu se za povećan rizik od samoubistva.²¹

Obuka osoblja za prepoznavanje rizika od samoubistva

Sprečavanje samoubistva, uključujući i identifikaciju onih koji podliježu riziku, ne treba biti dužnost isključivo zdravstvene službe. Cjelokupno zatvorsko osoblje koje ima kontakta sa zatvorenicima - a na prvom mjestu osoblje koje radi u odjeljenjima prihvata i prijema - treba biti obučeno za prepoznavanje indikacija rizika od samoubistva.²²

Procjena rizika od samoubistva

Treba uvesti standardni screening algoritam za procjenu rizika od samoubistva (i samopovređivanja) u zatvoru. Taj alat bi naročito trebao osigurati da se ovisnost o drogama i/ili alkoholu adekvatno uzima u obzir tokom procesa screeninga kao faktor koji potencijalno povećava rizik od samoubistva.

Potrebno je preduzeti korake da se osigura da informacije o zatvoreniku koji je podložan riziku od samoubistva ili samopovređivanja budu u potpunosti i blagovremeno prosljeđene svima koji

21.CPT/Inf (2012)1.

22.The CPT Standardi 2002 (rev. 2011).

imaju ulogu u vođenju brige o zatvoreniku, uključujući i u slučaju premještanja zatvorenika u drugu ustanovu.

Postupanje sa osobama koje podliježu riziku od samoubistva

Osoba za koju se utvrdi rizik od samoubistva treba koliko god je dugo potrebno ostati pod posebnim planom nadzora. Nadalje, takve osobe ne trebaju imati lak pristup sredstvima koja se mogu iskoristiti za samubistvo (rešetke na prozorima ćelija, slomljeno staklo, opasači ili vezice). Svim osobama za koje se utvrdi rizik od samoubistva treba se pružiti savjetovanje, podrška i odgovarajuće socijalne aktivnosti.

Zatvorenika koji pokazuje ozbiljne znakove samoubistva ili (auto)-agresivnog ponašanja treba odmah premjestiti u akutno odjeljenje za mentalno zdravlje. Ako takva osoba ostaje u zatvoru, tretman i njega trebaju biti pod nadzorom medicinskog osoblja i podrazumijevati redovne medicinske obilaske i naknadnu njegu.²³

2.6 Drugi problemi mentalnog zdravlja u zatvoru

Zatvorenici skloni samopovređivanju

Samopovređivanje često odražava probleme i stanja psihološke ili psihijatrijske prirode i treba mu se pristupati sa terapeutske a ne kaznenog stajališta. Usamljenje takvih zatvorenika (čak i kad se ne smatra disciplinskom mjerom) najvjerovatnije će pogoršati njihove psihološke ili psihijatrijske probleme. Sve slučajeve samopovređivanja treba ocijeniti medicinski, neposredno nakon incidenta, kako bi se procijenio stepen povreda i psihološko stanje zatvorenika.²⁴

Medicinsko upravljanje štrajkovima glađu u zatvoru

Upravljanje štrajkovima glađu u zatvoru je kontroverzno pitanje. I Preporuka Komiteta ministara R (1998) 7 o etičkim i organizacijskim aspektima zdravstvene zaštite u zatvorima i Deklaracija WMA o štrajkovima glađu usvojena u Malti 1991. ljekaru prepuštaju diskrecijsku odluku o tome kako djelovati u situaciji kada štrajk glađu postane opasan po život zatvorenika.²⁵ Tenzija između dužnosti da se osigura pravo zatvorenika na život i dužnosti da

se poštuje autonomija pojedinca mora se riješiti u skladu sa medicinskom etikom i zakonodavstvom date zemlje. Evropski sud za ljudska prava je u svojoj odluci u predmetu *X protiv Njemačke* naveo da kada osoba u pritvoru istrajava u štrajku glađu, to može neizbježno dovesti do sukoba između prava pojedinca na tjelesni integritet i dužnosti strane ugovornice iz člana 2 Konvencije - odnosno sukoba koji nije riješen u samoj Konvenciji.²⁶ Međutim, Sud je bio mišljenja da situacija u kojoj opetovano prisilno hranjenje nije potaknuto valjanim medicinskim razlozima, nego se primjenjuje u cilju prisiljavanja podnosioca predstavke da obustavi protest i to na način koji nepotrebno izlaže zatvorenika teškom fizičkom bolu i ponižavanju, predstavlja mučenje.²⁷

CPT se osvrnuo na ovo pitanje u jednom od svojih izvještaja o posjeti.²⁸ Državne vlasti imaju dužnost voditi brigu o osobama koje drže u pritvoru. Ta dužnost podrazumijeva zaštitu života osobe lišene slobode, uključujući i sprečavanje samoubistva i svakog drugog postupka te osobe koji bi mogao prouzrokovati smrt ili nepovratnu tjelesnu povredu. Stoga, odluka o hranjenju zatvorenika koji štrajkuje glađu protiv njegove volje može u principu biti opravdana sprečavanjem nepovratne tjelesne povrede ili smrti tog zatvorenika. S druge strane, većina nacionalnih zakonodavstava u Evropi, kao i relevantni međunarodni kodeksi medicinske etike, danas smatraju da pravno sposobna punoljetna osoba ima pravo odbiti medicinsku njegu čak i kada bi mu ona mogla spasiti život. Stoga se vlasti koje učestvuju u upravljanju štrajkom glađu zatvorenika često mogu suočiti sa dvije potencijalno sukobljene vrijednosti: njihovom dužnosti da vode brigu o zaštiti života i prava zatvorenika na tjelesni integritet (uključujući i pravo da ne bude podvrgnut medicinskom tretmanu protiv svoje volje).

Preporuka Komiteta ministara R (1998) 7 definiše osnovne principe za rješavanje pitanja štrajka glađu.

- ▶ Štrajkačima glađu treba dati objektivno objašnjenje o štetnim učincima njihovih postupaka po njihovo fizičko zdravlje, tako da shvate koje opasnosti nosi produžavanje štrajka glađu.
- ▶ Kliničku ocjenu stanja štrajkača glađu treba obaviti samo uz izričito odobrenje pacijenta, osim ukoliko pacijent ne boluje od ozbiljnih mentalnih oboljenja koja zahtijevaju premještanje u psihijatrijsku ustanovu.
- ▶ Ukoliko se prema mišljenju ljekara stanje štrajkača glađu značaj-

23. CPT/Inf (2011)5.

24. CPT/Inf (2009)35.

25. Komitet ministara: Etički i organizacijski aspekti zdravstvene zaštite u zatvorima. Preporuka R (1998) 7; WMA: Malteška deklaracija o štrajkovima glađu (2006).

26. Predmet X protiv Njemačke(1984) 7 EHRR 152.

27. Ciorap protiv Moldavije 12066/02, Nevmerzhijsky protiv Ukrajine 54825/00.

28. CPT/Inf (2007)10.

no pogoršava, od suštinskog je značaja da ljekar obavijesti odgovarajuće vlasti o ovoj činjenici i da poduzme aktivnosti u skladu sa domaćim zakonima i profesionalnim standardima.

Deklaracija WMA o štrajkovima glađu detaljnije se bavi ovim pitanjem. Potvrđuje da stvarno i duže gladovanje dovodi kod štrajkača glađu do rizika od smrti ili trajnog oštećenja, ali navodi i činjenicu da štrajkači glađu ne žele umrijeti iako su neki spremni i na to kako bi postigli svoje ciljeve. WMA daje jasne smjernice ljekaru o tome kako postupati u slučaju štrajka glađu.

- ▶ Ljekar mora ocijeniti mentalnu sposobnost rasuđivanja datog pojedinca. To podrazumijeva provjeru da pojedinac koji namjerava gladovati nema mentalno onesposobljenje koje bi mu ozbiljno narušilo sposobnost da donosi odluke o svom zdravlju. Pojedinci sa ozbiljno narušenim mentalnim sposobnostima ne mogu se smatrati štrajkačima glađu. Njima treba obezbijediti tretman za probleme sa mentalnim zdravljem, umjesto da im se dozvoli da gladuju na način koji bi ugrozio njihovo zdravlje.
- ▶ Što je ranije moguće, ljekari trebaju pribaviti detaljnu i tačnu anamnezu osobe koja namjerava gladovati. Medicinske posljedice svakog postojećeg stanja treba individualno objasniti. Ljekari trebaju utvrditi da štrajkači glađu razumiju moguće zdravstvene posljedice gladovanja i upozoriti ih običnim jezikom o opasnostima. Ljekari također trebaju objasniti kako se oštećenje zdravlja može minimizirati ili odgoditi, primjerice povećanim uzimanjem tekućina. Pošto osobna odluka o štrajku glađu može biti izuzetno značajna, ključno je osigurati da pacijent u potpunosti razumije medicinske posljedice gladovanja. U skladu s najboljom praksom za informirani pristanak u zdravstvenoj zaštiti, ljekar se treba pobrinuti da pacijent razumije dobijene informacije tražeći od pacijenta da ponovi šta je razumio.
- ▶ Kompletan pregled štrajkača glađu treba izvršiti na početku gladovanja. Rješavanje budućih simptoma, uključujući i one nezavisne od gladovanja, treba raspraviti sa štrajkačima glađu. Također treba zabilježiti osobne vrijednosti i želje u odnosu na medicinsko liječenje u slučaju produženog gladovanja.
- ▶ Nekad štrajkači glađu prihvaćaju intravenozne elektrolitske otopine ili druge oblike medicinskog tretmana. Odbijanje prihvatanjanekih intervencija ne smije utjecati na druge aspekte medicinske zaštite, kao što su liječenje infekcija i ublažavanje boli.

- ▶ Ljekari trebaju povjerljivo razgovarati sa štrajkačima glađu da ih drugi ljudi ne čuju, uključujući i druge zatvorenike. Jasno komuniciranje je ključno, a gdje je to potrebno, prevodioci nepovezani s upravom zatvora trebaju biti na raspolaganju i moraju jednako poštovati povjerljivost.
- ▶ Ljekari moraju biti sigurni da je odbijanje hrane ili lijekova slobodna individualna odluka. Štrajkače glađu treba zaštititi od prisile. Ljekari često mogu pomoći da se to postigne i moraju imati na umu da prisila može doći od drugih zatvorenika, vlasti ili drugih osoba, kao na primjer članova porodice. Ljekari i ostalo zdravstveno osoblje ne smiju vršiti neprimjeren pritisak ma koje vrste na štrajkača glađu da prekine štrajk. Liječenje i njega štrajkača glađu ne smiju se uslovljavati prekidom štrajka glađu.
- ▶ Ako se ljekar zbog razloga savjesti ne može pomiriti s odbijanjem liječenja ili umjetnog hranjenja štrajkača glađu, tada to treba jasno iskazati na početku i uputiti štrajkača glađu drugom ljekaru koji je spreman poštivati odbijanja štrajkača glađu.
- ▶ Ključno je trajno komuniciranje između ljekara i štrajkača glađu. Ljekar treba svakodnevno utvrditi da li pojedinac želi nastaviti štrajk glađu i šta želi da se preduzme kad više ne bude u stanju smisleno komunicirati. Ove nalaze treba popisno zabilježiti.
- ▶ Kada ljekar preuzme slučaj, štrajkač glađu je možda već izgubio mentalne sposobnosti, te nema mogućnosti da se razgovara o individualnim željama u pogledu medicinskih intervencija za očuvanje života. Treba uzeti u obzir sve ranije pripremljene upute štrajkača glađu. Ranije iskazano odbijanje liječenja zahtijeva poštovanje ako iskazuje slobodnu volju pojedinca dok je mentalno kompetentan. U zatvorima treba voditi računa o mogućnosti prinude u ranije iskazanim uputama. Kad ljekari ozbiljno sumnjaju u individualne namjere, sve upute treba tumačiti s velikim oprezom. Međutim informirane i dobrovoljne ranije instrukcije se generalno može ne poštivati ako su postale neprikladne zbog radikalne promjene situacije do koje je došlo nakon što je pojedinac izgubio mentalnu sposobnost rasuđivanja.
- ▶ Ako nije moguća rasprava s osobom, a nema prethodnih uputa, ljekari moraju postupati po svom mišljenju o tome šta je u najboljem interesu osobe. To podrazumijeva da vode računa o ranije iskazanim željama štrajkača glađu, njihovim osobnim i kulturnim

vrijednostima kao i njihovom fizičkom zdravlju. U slučaju odsustva svakog znaka ranijih želja štrajkača glađu, ljekari trebaju odlučiti da li provoditi hranjenje bez miješanja sa strane.

- ▶ Ljekari mogu smatrati opravdanim postupati suprotno ranijim instrukcijama odbijanja liječenja zato što, na primjer, ocijene da je odbijanje dato pod pritiskom. Ako nakon oživljavanja i vraćanja mentalnih sposobnosti štrajkači glađu nastave isticati svoju namjeru da gladuju, ta se odluka mora uvažavati. Etičnije je dozvoliti odlučnom štrajkaču glađu da dostojanstveno umre nego tu osobu podvrgavati ponovnim intervencijama protiv njegove ili njene volje.
- ▶ Umjetna prehrana može biti etički odgovarajuća ako je prihvate štrajkači glađu koji posjeduju sposobnost rasuđivanja. Također je prihvatljiva i kada pojedinci bez sposobnosti rasuđivanja nisu ranije i bez prinude ostavili instrukcije odbijanja.
- ▶ Prisilno hranjenje nije nikada etički prihvatljivo. Čak i kad mu je cilj da bude od koristi, hranjenje praćeno prijetnjama, prisilom, silom ili korištenjem sredstava za fizičko obuzdavanje predstavlja oblik nečovječnog i ponižavajućeg postupanja. Jednako je neprihvatljivo prisilno hranjenje nekih zatvorenika kako bi se zastrašilo ili prisililo druge štrajkače glađu da prestanu gladovati.

Kako možemo vidjeti, WMA smatra prisilno hranjenje etički neprihvatljivim. Postoji sukob vrijednosti između dužnosti zaštite života i prava na tjelesni integritet. Ljekari bi, međutim, trebali spriječiti svaki postupak koji bi mogao činiti mučenje ili nečovječno i ponižavajuće postupanje.

Ako se ipak donese odluka o prisilnom hranjenju zatvorenika koji štrajkuje glađu, takva odluka se treba temeljiti na medicinskoj nužnosti i provesti pod odgovarajućim uslovima koji odražavaju medicinsku prirodu te mjere. Proces donošenja odluka treba se voditi uspostavljenom procedurom koja sadrži dovoljne mehanizme zaštite, uključujući nezavisnost donošenja medicinskih odluka. Psihijatrijska ocjena mentalnog zdravlja zatvorenika koji štrajkuje glađu može biti korisna da se odrede oni slučajevi gdje su razlozi odbijanja hrane psihijatrijske prirode. Nadalje, psihijatrijski pregledi tokom cijelog štrajka glađu pomažu medicinskom timu da uoči eventualno pogoršanje mentalnog zdravlja koje bi moglo uticati na sposobnost štrajkača glađu da donose dobro informisane odluke o svom životu i zdravlju. Trebaju biti dostupna pravna sredstva, a svi aspekti provođenja odluke trebaju se adekvatno nadgledati. Metoda prisilnog hranjenja ne treba biti nepotrebno bolna i treba se primjenjivati vješto i uz minimum sile. Prisilno

hranjenje bi trebalo narušavati tjelesni integritet štrajkača glađu što je manje moguće.

Tretman počinitelaca seksualnih delikata u zatvoru

Tretman pacijenata sa parafilijama, bez obzira koja se metoda tretmana upotrebljavala, uvijek je podrazumijevao prolazak kroz minsko polje kliničkih i etičkih dilema. Osnovna etička pitanja vezana za počinioce seksualnih delikata, uključujući i one sa parafilijama, mogu odražavati potrebu za javnom sigurnošću, pa čak i profesionalnu orijentaciju prema kažnjavanju namjesto tretmana, čak i onda kad je tretman primjeren i djelotvoran.²⁹

CPT je ovo pitanje razmatrao u nekoliko svojih izvještaja.³⁰ Njegove preporuke se mogu sažeti na sljedeći način.

- ▶ Mjere koje se preduzimaju u svrhu sprečavanja ponovnog činenja krivičnog djela nikad se ne smiju temeljiti isključivo na efikasnosti. Uzak fokus na smanjivanje stope ponovnog činenja krivičnih djela može voditi ka teškim povredama ljudskih prava. Na raspolaganju su različite opcije za tretman, one koje se temelje na psihoterapiji (uključujući grupnu terapiju), farmakoterapiji (uključujući primjenu antiandrogena) i kombinaciju ove dvije;
- ▶ Prije započinjanja bilo kakvog medicinskog tretmana treba pribaviti slobodan i informiran pisani pristanak osobe, kao i prije početka farmakoterapije (uključujući terapiju antiandrogenima), uz mogućnost da se pristanak povuče u svakom trenutku. Zatvoreniku o kojem je riječ treba pružiti detaljno obrazloženje (uključujući i pisano) svrhe i mogućih neželjenih učinaka tretmana, kao i posljedica u slučaju odbijanja tretmana.

Tretman antiandrogenima uvijek se treba temeljiti na podrobnoj individualnoj psihijatrijskoj i medicinskoj procjeni i treba biti dobrovoljan. Potrebno je izraditi detaljnu proceduru, uključujući i dodatne mehanizme zaštite: kriteriji za uključivanje i isključivanje takvog

29. Bowden P., "Treatment: use, abuse and consent". *Criminal Behaviour and Mental Health* 1 (1991), 130-41; Berlin F., "Sex offender treatment and legislation". *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 31 (2003), 510-13; Ward T., Gannon T. A. and Birgden A., "Human rights and the treatment of sex offenders". *Sex Abuse* 19/3 (2007), 195-204; Elger B. S., "Research involving prisoners: consensus and controversies in international and European regulations". *Bioethics* 22 (2008), 224-38.
30. CPT/Inf (2009)8; (2011)20.

tretmana; medicinski pregledi prije, tokom i nakon tretmana; pristup vanjskom savjetovanju, uključujući nezavisno mišljenje drugog ljekara; i redovna procjena tretmana koju će provesti nezavisni medicinski organ vlasti. Antiandrogeni se trebaju primjenjivati u kombinaciji sa psihoterapijom i drugim oblicima savjetovanja kako bi se dalje smanjio rizik od ponovnog činjena krivičnih djela. Nadalje, terapija antiandrogenima ne treba biti opći uslov za otpust počinitelaca seksualnih delikata, već se treba primjenjivati kod izabranih pojedinaca na osnovu individualne ocjene.

Hirurška kastracija je intervencija sa nepovratnim fizičkim posljedicama i direktnim ili indirektnim posljedicama po mentalno zdravlje. Nadalje, ne postoji garancija da će željeni rezultat (snižavanje nivoa testosterona) potrajati. Legitimni cilj smanjivanja stope ponovnog činjena krivičnih djela mora imati protutežu u etičkim zahtjevima vezanim za osnovna prava pojedinca.³¹ Hirurška kastracija više nije generalno prihvaćena medicinska intervencija u tretmanu počinitelaca seksualnih delikata. Nepovratne medicinske intervencije nikad se ne trebaju provoditi na zatvorenima i drugim osobama lišenim slobode, osim u slučaju postojanja jasne medicinske nužnosti.

2.7 Dvojna dijagnoza u zatvorima

Procjenjuje se da 3-11% zatvorenika pati od problema sa mentalnim zdravljem (kao što su psihotički poremećaj ili poremećaj raspoloženja) koji se pojavljuju uz poremećaj zloupotrebe opojnih supstanci.³²

Termin "dvojna dijagnoza" odnosi se na širok spektar problema kojima su zajednički mentalno zdravlje i zloupotreba opojnih supstanci. Dvojna dijagnoza može imati različita značenja u zavisnosti od zdravstvene službe, ali četiri najuobičajenije kombinacije su:

- ▶ primarni problem mentalnog zdravlja koji provocira upotrebu opojnih supstanci (kao na primjer kad neko ko pati od šizofrenije otkrije da heroin ublažava neke od simptoma),
- ▶ zloupotreba opojnih supstanci i/ili apstinencija koja dovodi do psihijatrijskih simptoma ili oboljenja (pojava depresije nakon detoksikacije, uz nesanicu i loše raspoloženje),

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

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

- ▶ psihijatrijski problem koji je pogoršan zloupotrebom opojnih supstanci (kada osoba sa visokim stepenom anksioznosti od opasnosti koju predstavljaju drugi koristi kanabis u svrhu opuštanja, a zatim otkrije da kanabis povećava paranoju, što dovodi do pojačanog otuđenja),
- ▶ zloupotreba opojnih supstanci i problemi mentalnog zdravlja koji se ne čine povezanim (neko ko ima trajni problem anksioznosti koji niti ublažava niti pogoršava upotreba droga ili alkohola).

Mentalno stanje pacijenta može se učiniti stabilnim tokom boravka u zatvoru, gdje je pristup nedopuštenim drogama ograničen. S druge strane, okruženje sa relativno niskim stepenom podražaja može dodatno zamaskirati postojeće probleme mentalnog zdravlja. Čak i količinski mala ili umjerena upotreba droga (količinski relativno malo i neučestalo uživanje droga kao što su kanabis ili amfetamini) koje nije problematično za veliku većinu korisnika droga može imati štetne učinke za osobe sa ozbiljnim problemima mentalnog zdravlja. Potrebne su različite intervencije kako bi se upravljalo odvikavanjem od alkohola i svih droga koje proizvode ovisnost i kako bi se upravljalo opioidnim održavanjem i spriječio povratak problema pijanja ili drogiranja nakon otpusta.³³

- ▶ Pacijenti ovisni o opijatima koji dolaze u zatvor sa ozbiljnim problemima mentalnog zdravlja trebaju biti stabilizirani - a ne detoksicirani - najmanje na period od dvije sedmice. Treba izbjegavati brzu detoksikaciju.
- ▶ Apstinencija od benzodiazepina može prouzrokovati pojavu simptoma psihoze; pacijenti sa ranijom historijom poremećaja misli mogu biti više podložni ovom učinku. Period stabilizacije može biti potreban prije razmatranja daljeg smanjivanja doze diazepama. Anksioznost i samopovređivanje mogu se pojaviti usljed apstinencije od benzodiazepina; stabilizacija nakon koje slijedi sporije smanjivanje doze ponovo može biti indicirana.
- ▶ Apstinencija od stimulanata može prouzrokovati kratku ali ponekad duboku depresiju. Može potrajati sedam dana do nekoliko mjeseci da se to stanje riješi, dok se centralni nervni sistem fiziološki prilagođava promijenjenom hemijskom okruženju. Za to vrijeme zatvorenik može podlijetati pojačanom riziku od samoubistva ili samopovređivanja. Pored toga, upotreba stimulanata može prouzrokovati

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

psihotičnu epizodu ("amfetaminska psihoza"). Prestanak upotrebe stimulanata, san i ishrana obično rješavaju ovaj problem. Također je važno imati na umu da je upotreba stimulanata uobičajena među osobama koje pate od hronične dosade ili visokog podražajnog praga, a što je uobičajeno kod pojedinaca sa poremećajima ličnosti, naročito graničnog ili antisocijalnog poremećaja ličnosti. Stoga će utvrđivanje osnovnog poremećaja ličnosti biti važno za planiranje tretmana.

Smještanje pojedinaca sa dvojnomo dijagnozom u grupni tretman treba pažljivo razmotriti. Mnogi ljudi sa značajnim poteškoćama mentalnog zdravlja imali su izuzetno traumatična djetinjstva i živote. Također je vjerovatno da će imati izvjesne poteškoće u socijalizaciji. Ova pitanja su posebno relevantna za osobe sa poremećajem ličnosti. Stoga je pažljiva i potpuna ocjena i psihološka formulacija važna za donošenje odluka o grupnim ili pojedinačnim tretmanima.

2.8 Zatvorenici sa poremećajima ličnosti

Termin "poremećaj ličnosti" uglavnom se koristi za opisivanje problematičnih načina nošenja sa svakodnevnim životom i sa sobom, drugima i ostatkom svijeta. Vjeruje se da poremećaj ličnosti potiče od međudjelovanja genetskih i faktora iz okruženja uz poremećen rani razvoj.

Poremećaji ličnosti su uobičajeni u društvu. Epidemiološke procjene govore o 5-13% ljudi sa problemima koji ispunjavaju dijagnostičke kriterije za poremećaj ličnosti. Epidemiološke studije također ukazuju da 20-50% ljudi sa poremećajem ličnosti zloupotrebljava psihoaktivne supstance, a kod 5-30% osoba poznatih službama za ovisnike dijagnosticiran je poremećaj ličnosti.

Među pacijentima zatvorske zdravstvene službe uvijek će postojati izvjestan broj neuravnoteženih, marginaliziranih pojedinaca sa historijom porodičnih trauma, dugotrajne ovisnosti o drogama, sukobima sa autoritetom ili drugim socijalnim nevoljama. Oni mogu biti nasilni, suicidalni ili ispoljavati neprihvatljivo seksualno ponašanje, a većinu vremena nisu u stanju da se kontroliraju i da vode brigu o sebi. Istraživanja o zatvorima pokazuju da je kod nekih 50-78% zatvorenika utvrđen poremećaj ličnosti.³⁴ Zatvorenici sa poremećajem ličnosti

34. Coid J. and Yang M., "Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain" *British Journal of Psychiatry* 188 (2006), 423-31; Linehan M., Schmidt H. et al., "Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence"

predstavljaju izazov. Za relativno mali broj kod kojih se pojavljuje u najtežim oblicima povezan je sa ozbiljnim rizikom od nanošenja povreda sebi i drugima. Takvi osuđenici imaju izuzetno kompleksne psihološke potrebe koje predstavljaju izazove u smislu upravljanja, tretmana i održavanja sigurnog radnog okruženja.

Specijalizirana odjeljenja su se pokazala sposobnim upravljati i najtežim osuđenima na siguran i konstruktivan način i pružiti kvalitetne terapijske pristupe; dokazi počinju ukazivati na značajno smanjenje osuđujućih presuda i incidenata nasilja. Izrađene su smjernice za tretman i upravljanje poremećajima ličnosti³⁵ koje su korisne za planiranje službi za ove kategorije zatvorenika. Treba se usmjeriti na smanjivanje prestupničkog ponašanja, nasilja, agresije i zloupotrebe opojnih supstanci.

Osobe sa psihopatijom i one koje ispunjavaju kriterije za opasan i težak poremećaj ličnosti predstavljaju mali udio osoba sa antisocijalnim poremećajima ličnosti. Međutim, na njih otpada visok rizik od nanošenja povreda drugima i značajan udio usluga socijalne zaštite. Kognitivne i bihevioralne intervencije se, na primjer, mogu fokusirati na smanjivanje činjenja krivičnih djela i drugih antisocijalnih ponašanja. Takve intervencije trebaju se prilagoditi ovoj grupi kroz kombinaciju individualnih i grupnih sesija, trebaju duže trajati i biti potpomognute stalnim praćenjem.

Farmakološke intervencije se nikad ne trebaju rutinski primjenjivati za liječenje poremećaja ličnosti ili povezanih ponašanja agresije, bijesa i impulsivnosti. Međutim, mogu biti potrebne farmakološke intervencije za komorbidne mentalne poremećaje, a posebno za depresiju i anksioznost. Pri uključivanju i ponovnom razmatranju lijekova za komorbidne mentalne poremećaje posebnu pažnju treba posvetiti pitanjima pridržavanja i rizicima zloupotrebe i predoziranja.

Liječenje svakog komorbidnog poremećaja je od najvišeg značaja i treba se provoditi bez obzira da li je osoba pod terapijom za poremećaj ličnosti, jer djelotvorno liječenje komorbidnih poremećaja može smanjiti rizik vezan za psihopatiju i opasne i teške poremećaje ličnosti.

American Journal on Addictions 8/4 (1999), 279-92; Nace E., Davis C. and Gaspari J., "Axis II co-morbidity in substance abusers". *American Journal of Psychiatry* 148 (1991), 118-20; Singleton N., Meltzer H. et al., *Study of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. Office for National Statistics, London (1998).

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

Što se tiče uključivanja i održavanja tretmana, osoblje koje radi sa osobama koje pate od antisocijalnih poremećaja ličnosti treba uvidjeti da pozitivan i nagrađivački pristup ima veće izgleda za uspjeh od kaznenog pristupa. Osoblje treba istražiti različite opcije za tretman u atmosferi nade i optimizma i objasniti da je oporavak moguć i dostižan. Trebaju izgraditi odnos povjerenja, raditi na otvoren, privlačan i neosuđujući način i biti dosljedni i pouzdani. Osoblje koje radi sa takvim pacijentima treba imati odgovarajuću obuku, podršku i nadzor, po mogućnosti od vanjskog odjeljenja. To će pomoći da se riješe problemi emotivnog pritiska i spriječi pregorijevanje osoblja.

Poglavlje 3

Sprečavanje širenja HIV/AIDS-a i hepatitsa B/C u zatvorima

3.1 Epidemiološki kontekst

Kao kontrast činjenici da se u posljednjih deset godina smanjila pojava infekcija HIV-om i smrti vezanih za AIDS, u istom periodu je u istočnoj Evropi i centralnoj Aziji došlo do porasta novih infekcija HIV-om i smrti vezanih za AIDS od 25%. Broj ljudi zaraženih HIV-om u ovim regijama se od 2000. godine utrostručio, a dinamiku epidemije uglavnom pokreće prenošenje među ljudima koji drogu koriste putem injekcija: od procijenjenih 3,7 miliona ljudi koji u ovoj regiji intravenski konzumiraju drogu, barem četvrtina su zaraženi HIV-om.¹ Stopa zaraženosti virusom hepatitsa C među intravenskim korisnicima droge je, prema izvještajima, 40-90%.²

Rast zatvorske populacije u mnogim zemljama je rezultat djelotvornije borbe nadležnih protiv snabdijevanja, posjedovanja i korištenja zabranjenih droga, uz što ide i veći broj zatvorenika koji koriste i ubrizgavaju drogu. Čak do 30% zatvorenika su barem nekad u prošlosti koristili drogu intravenski. To je osnovni razlog što je prevalencija HIV-a i hepatitsa B i C među zatvorenicima do 30 puta veća nego među istim starosnim grupama koje žive u zajednici. Prema tome, zatvor se mora tretirati kao epidemiološki epicentar takvih parenteralno prenosivih infekcija, odnosno infekcija prenosivih krvlju i seksualnim odnosima, iz nekoliko razloga:

- ▶ U zatvorima se nalazi koncentracija osoba rizičnog ponašanja u smislu zaraze putem intravenskog unosa droge, zajedničkog korištenja opre-

1. UNAIDS: Izvještaj o globalnoj epidemiji AIDS-a 2010 (nov. 2010).
2. EMCDDA (Evropski centar za monitoring droge i ovisnosti).

me za ubrizgavanje, tetoviranja zajedničkim instrumentima i promiskuitetnih seksualnih odnosa bez zaštite. Epidemija HIV-a u zatvorima prvenstveno je uzrokovana intravenskim korištenjem droge, ali bi pogrešno bilo zanemariti prenošenje seksualnim putem unutar zatvora.

- ▶ Takvo rizično ponašanje se nastavlja, ponovo otpočinje ili tek otpočinje u zatvoru, često pod rizičnijim uslovima nego što bi to bio slučaj u zajednici, tako da su se prenošenje, čak i epidemije, dešavale i dešavaju se.³
- ▶ Mjere prevencije i smanjenja štete su u zatvorima teško primjenjive i često nedostupne.
- ▶ Pristup dijagnostičkim i terapijskim mjerama koje za cilj imaju smanjenje virusnog intenziteta kod zaraženih često je nedostatan, manje dostupan nego u zajednici, ili jednostavno potpuno nedostupan.
- ▶ Otpušteni zatvorenici koji su inficirani tokom boravka u zatvoru mogu, često u neznanju, zajednici prenijeti svoju infekciju. Stepenn mobilnosti između zatvora i zajednice tipičan za osuđene uživaoc droge, koji uglavnom služe kraće, ali opetovane zatvorske kazne, povećava rizik po javno zdravlje.

3.2 Međunarodni dokumenti

Nepružanje zatvorenici pristupa esencijalnim preventivnim mjerama i tretmanu ekvivalentim onome što je dostupno zajednici predstavlja kršenje prava zatvorenika na zdravlje, te je protivno propisima međunarodnog prava, kao što su Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, te Evropska socijalna povelja.⁴ Određene preporuke, pravila, deklaracije i rezolucije Vijeća Evrope i drugih međunarodnih tijela podcrtavaju obavezu zatvorskih vlasti da osiguraju preventivnu zdravstvenu zaštitu, naročito u pogledu epidemije HIV-a i hepatitisa C u zatvorima.⁵

3. Jurgens R., Nowak M. and Day M: "HIV and incarceration: prisons and detention". *Journal of the International AIDS Society* 14:26 (2011); WHO/UNODC/UNAIDS: *Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review*, Evidence for Action Technical Paper (Ženeva 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*, Evidence for Action Technical Paper (Ženeva 2007); WHO Europe: Policy guidance on HIV in prisons at www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons.
4. Član 12 Međunarodnog pakta ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, član 11 Evropske socijalne povelje.
5. WHO Europe: Policy guidance on HIV in prisons, dostupno na www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons; CM: Prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison. Recommendation R (1993) 6; CM: The ethical and organisational aspects of health care

U svojim skorijim posjetama državama članicama, CPT je identificirao značajne nedostatke u preventivnim mjerama protiv širenja HIV/AIDS-a i hepatitisa C.⁶ Preventivne mjere protiv širenja HIV/AIDS-a i hepatitisa B/C u zatvorima mogu se rezimirati u četiri koraka: unapređenje stavova i znanja, smanjene ponude i potražnje droge, smanjenje štete i medicinske mjere.

3.3 Unapređenje stavova i znanja

Prihvatanje stvarnosti tabua

Zatvorske vlasti i političari svugdje u svijetu oklijevaju da potvrde i priznaju činjenicu da u zatvorima postoje droga, korištenje droge i seksualna aktivnost, iz straha da će javnost njih smatrati lično odgovornim za tu činjenicu. Međutim, sve dok se takva stvarnost tretira kao tabu, i dalje će biti teško, ako ne i nemoguće, provoditi odgovarajuće mjere borbe protiv prenošenja virusa u zatvorima. Političari i javnost moraju znati da je sprečavanje širenja HIV-a i hepatitisa C i drugih infekcija u zatvoru bitno ne samo za zdravlje zatvorenika, što i nije pitanje koje može dobiti politički prioritet, već je i u interesu opšteg javnog zdravlja. Moldavski model programa zamjene igala i šprica u zatvorima, jedan izuzetan i impresivan primjer dobre prakse u sprečavanju širenja ovih infekcija, postao je moguć tek kad su vlasti, a kasnije i javnost, prihvatili ovakvu stvarnost. Ovo je bio dobar primjer djelotvorne politike rada neophodne za uvođenje novih strategija.⁷

Alternative zatvoru

Iscrpljivanje svih dostupnih alternativa prije nego što se u zatvor smjeste osuđenici koji su i ovisnici o drogi vjerovatno je najdjelotvornija strategija za sprečavanje širenja parenteralno prenosivih infekcija u zatvoru. Situacija se od zemlje do zemlje dosta razlikuje u pogledu kažnjavanja nezakonitog uživanja droge i posjedovanja ne-

in prison. Recommendation R (1998) 7; Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011); UNAIDS/UNODC/WHO: HIV/AIDS Prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response (New York 2006); WHO Europe: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons (Ženeva 1993); Maller L. et al: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health (Ženeva 2007); Penal Reform International: Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia (Dublin 2004); Svjetska medicinska asocijacija: Declaration of Edinburgh on prison conditions and the spread of tuberculosis and other communicable diseases (Edinburgh 2000, rev. Montevideo 2011); UNODC: HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, Policy Brief (Beč 2012).

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

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

zakonite droge za ličnu upotrebu. S obzirom na velik rizik prenošenja infekcija, ozbiljno se mora razmotriti negativni psihosocijalni efekat boravka u zatvoru, naročito mladih ovisnika o drogi, kao i efekat nedostatka odgovarajućeg tretmana i rehabilitacije od ovisnosti o drogi u zatvorskom okruženju, zakonski okvir i praksa pri izricanju kazni, naročito boravak u zatvoru izvršilaca krivičnih djela koji su ovisnici o drogi. Sve moguće alternative zatvoru za značajan broj blažih krivičnih djela ovisnika o drogama trebalo bi razmatrati na svim nivoima krivičnog pravnog sistema – u policiji, u periodu do suđenja, na sudu, nakon suđenja, te bi trebalo tražiti različite alternative zatvoru – mjere odvraćanja, alternativne sankcije, uslovni otpust, u kombinaciji s tretmanom u zajednici.⁸

Edukacija i obuka

U skladu s principima promocije zdravlja u zatvorima,⁹ programi kontinuirane edukacije i obuke na temu HIV/AIDS-a i hepatitisa B i C trebali bi uključivati cijelu zatvorsku zajednicu: zatvorenike, zatvorsko osoblje, zatvorsku upravu i osobe sa i bez rizičnog ponašanja. Ti programi bi trebali uključivati informacije o etiologiji i patogenezi relevantnih zaraznih bolesti, njihov tok, simptome, dijagnozu i tretman, te naročito puteve i načine prenošenja, načine na koje se ne prenose, kako zaštititi sebe i druge, mjere smanjenja štete i šta činiti nakon mogućeg izlaganja. Trebali bi uključivati i poziv na dobrovoljno savjetovanje i testiranje. Međutim, informacije o mjerama za smanjenje štete i testiranje su preventivni samo ako su dostupni i pružaju se unutar zatvora. Programi obuke moraju uzeti u obzir značajnu prevalenciju nepismenosti, poteškoće pri učenju i jezičke barijere među zatvorskom populacijom. Učestalnost redovnih edukativnih aktivnosti i obuka po ovom pitanju moraju uzeti u obzir i protokol i zatvorenika i osoblja, kao i značaj redovnog obnavljanja i osvježavanja znanja i svijesti o ovoj temi.

Obaveza je zdravstvenih radnika da, uz davanje informacija individualno, licem u lice, tokom medicinskih konsultacija po prijemu (vidi gore, Ljekarski pregled na prijemu), osiguraju edukaciju i obuku o preventivnoj zdravstvenoj zaštiti, organizirane uz podršku uprave zatvora.

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

9. Maller L. et al: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health* (Ženeva 2007).

Mogu i trebaju koristiti iskustva, sredstva i alate koje brojne nevladine organizacije već imaju za obuku o HIV/AIDS-u i hepatitisu B i C, te bi trebali pokušati uvjeriti uprave zatvora da u tom smislu traže njihovu podršku.

Mogu se i trebaju koristiti različite metode obuke: edukacija licem u lice, grupne diskusije, igranje uloga, igrokazi nakon kojih se vodi diskusija, brošure, filmovi i druga audiovizuelna sredstva. Za intravenske korisnike droge se edukacija koju vode ljudi istih iskustava pokazala posebno djelotvornom. Poziv na screening koristeći tzv. VCCT metod (dobrovoljno povjerljivo savjetovanje i testiranje) trebao bi biti sastavni dio edukacije.

3.4 Smanjenje ponude i potražnje droge

Značaj intenzivnijih provjera i pretresa s ciljem sprečavanja ponude droge u zatvoru je van bilo kakve sumnje. S obzirom na veliki broj zatvorenika koji su ovisnici o drogi, zatvori su jedna od omiljenih meta ilegalnog tržišta drogom, zatvorske supkulture i nezvaničnih struktura vlasti u brojnim zatvorima u svijetu, kojima dominiraju interesi ovog ilegalnog tržišta. Stvarnost pokazuje da provjere i pretresi ne mogu zatvor u potpunosti osigurati od droge. Smatra se da sami pretresi, bez da uz njih idu i druge preventivne mjere, mogu čak biti i kontra-produktivni u prevenciji širenja parenteralno prenosivih infekcija: u poređenju sa fizički većom opremom za ubrizgavanje, droga u malim pakovanjima je jednostavna za prokrijumčariti u zatvor. To rezultira ponudom droge bez ponude odgovarajuće opreme za ubrizgavanje, čime se virus prenosi. Isto kao i u zajednici, dobro izbalansirana politika rada u četiri segmenta – policijski rad, prevencija, smanjenje štete i tretman – može znatno efikasnije smanjiti rizik korištenja droge u zatvoru, istovremeno sprečavajući širenje zaraznih bolesti injekcionim unosom droge.

Treba imati na umu da, prema principima medicinske etike i međunarodnim preporukama, zdravstveni radnici koji brinu za zatvorenike ne bi nikad sami trebali učestvovati u provjerama, pretresima, fizičkim pretresima ili testiranju na droge iz sigurnosnih razloga, jer bi time mogli izgubiti povjerenje svojih pacijenata.¹⁰ Takve aktivnosti su isključiva dužnost osoblja koje se brine o sigurnosti. Ako je ljekar

10. CM: *The ethical and organisational aspects of health care in prison*. Recommendation R (1998) 7; The CPT Standards 2002 (rev. 2011); Svjetska medicinska asocijacija: *WMA Statement on Body Searches of Prisoners* (Budimpešta 1993, rev. 2005).

potrebno da se obavi detaljan fizički pregled, to bi trebao biti ljekar iz javnog zdravstva ili ljekar koji ne učestvuje u zdravstvenoj njezi zatvorenika.

Zatvorska odjeljenja bez droge

Nekoliko zemalja ustanovilo je u zatvorima odjeljenja ili zone bez droge, u kojima zatvorenici pristaju na česta nasumična testiranja urina, kojima se pokazuje da ne konzumiraju drogu, a zauzvrat dobijaju poticaje putem povlastica i/ili životnih uslova boljih nego u redovnim zatvorskim odjeljenjima. Zatvorenici koji budu pozitivni na testu odmah se šalju nazad u redovna zatvorska odjeljenja. Ovakva kombinacija stimultivne motivacije i nadzorne kontrole pokazala se uspješnom u prevenciji ponude i potražnje droge, u jačanju autonomije zatvorenika, u smanjenju sukoba i unapređenju radnih uslova osoblja. Ovo je pogodno samo za one zatvorenike koji su izuzetno motivirani da dok služe zatvorsku kaznu ne dođu u kontakt s drogom.¹¹

Programi zamjenske terapije

Oralna opioidna supstitucija je ne samo najefikasnija i najbolje dokumentovana terapija za ovisnost o opijatima, a zato se i smatra najboljom terapijom za IV korisnike opijata, već je i jedna od najjačih preventivnih mjera protiv širenja HIV/AIDS-a i hepatitisa B i C. Tako se smanjuje potražnja riskantne IV upotrebe opijata, stabiliziraju se pacijenti, tako da mogu krenuti i na dodatni psihoterapeutske tretman, a pomaže i da se zadrže u psihosocijalnom tretmanu.¹²

U skladu s principima ekvivalentne njege, koja važi ne samo za terapeutsku, već i za preventivnu zdravstvenu zaštitu,¹³ u svim zemljama gdje se programi oralne opioidne supstitucione terapije koriste u zajednici, trebali bi biti dostupni i u zatvorima. Ovo je neophodno ne samo iz etičkih razloga, već i iz jasnih kliničkih i preventivnih razloga: prekid u zamjenskoj terapiji dovodi do sindroma apstinencijalne krize u osjetljivoj fazi boravka u zatvoru, čime se povećava rizik ponovnog počinjanja korištenja droge intravenski. U pravilu je prenos virusa bitno riskantniji u zatvorskom okruženju nego u zajednici. Uz to,

opioidna zamjenska terapija u zatvoru pokazala se kao faktor značajnog smanjenja pretjerane stope smrtnosti ovisnika o drogi prvi dan nakon puštanja iz zatvora.¹⁴

Zbog svih ovih faktora, najmanje 26 zemalja u Evropi uvele su opioidnu zamjensku terapiju u zatvore, a u sedam zemalja u Evropi više od 10% zatvorenika su na opioidnoj zamjenskoj terapiji.¹⁵ Najčešća zamjenska terapija je metadonska, ali se koriste i drugi oralni opioidi. Postoji dosta iskustava, uz detaljna uputstva o tome kako voditi programe zamjenske opioidne terapije u zatvorima.¹⁶ Međutim, noviji izvještaji CPT-a naglašavaju da u nekoliko zatvorskih sistema u Evropi još dosta treba uraditi da bi se ispoštovala ova vrlo značajna preventivna strategija.¹⁷

Psihoterapeutske tretman i psihosocijalna zaštita mogu pomoći u smanjenju potražnje droge među IV korisnicima droge ovisnim o opijatima, naročito kad se kombinuju sa zamjenskom opioidnom terapijom, čime se, isto tako, pomaže i u sprečavanju širenja virusnih oboljenja koja se prenose krvlju, naročito pošto se koncepti psihoterapeutskog tretmana danas uglavnom više fokusiraju na smanjenje štete nego na potpunu apstinenciju.

3.5 Smanjenje štete od rizičnog ponašanja

Postoje dokazi da je nerealno pretpostavljati da mjere sigurnosti unutar zatvora mogu prekinuti rizično ponašanje koje se povezuje sa širenjem HIV/AIDS-a i hepatitisa B i C. Zna se i da rizično ponašanje u uslovima zatvora može stvoriti čak i veći rizik nego u zajednici, tako da su mjere smanjenja štete u zatvorima podjednako važne koliko i u zajednici.¹⁸

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

15. EMCDDA: (2010)

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

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

18. WHO Europe: Policy HIV/AIDS in prison; Jurgens R., Nowak M. and Day M: "HIV and incarceration: prisons and detention". *Journal of the International AIDS Society* 14:26 (2011); WHO/UNODC/UNAIDS: *Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review*, Evidence for Action Technical Paper (Ženeva 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*, Evidence for Action Technical Paper (Ženeva, 2007); CM: *The ethical and organisational aspects of health care in prison*.

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

12. WHO/UNODC/UNAIDS: "Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention", *position paper* (2004).

13. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

Manje rizično korištenje

Informacije i edukacija o riziku od prenošenja virusa HIV-a i hepatitsa B i C razmjennom zaraženih injekcija preduslov su za smanjenje štete od korištenja droge. U pokušaju da se što manjom količinom droge postigne najveći mogući efekat, većina zatvorenika ovisnih o opijatu ma će se opredijeliti za intravensko ubrizgavanje, a takvo ponašanje se može značajno smanjiti odgovarajućim dozama zamjenske opioidne terapije. Upravo zato je zamjenska opioidna terapija mjera smanjenja potražnje korištenja ilegalnih opijata, a predstavlja sigurniji oblik korištenja opijata. U zatvorima gdje sterilne šprice i igle nisu dostupne (vidi dalje, Programi zamjene igala i šprica), zatvorenici bi barem trebali imati pristup sredstvima za dezinfekciju, zajedno s informacijama o tome kako isprati i dezinficirati kontaminiranu opremu, da bi se smanjio rizik od zaraze. Međutim, mora se jasno staviti do znanja da dezinfekcija ne predstavlja sigurno korištenje, da je jedini način da se izbjegne prenošenje bolesti da se kontaminirani instrumenti uopće ne koriste. Kad se obična varikina (natrijum hipohlorit 5,25%) koristi kao dezinficijens, da bi imala bilo kakvog efekta, mora biti svježija i nerazblažena.¹⁹

Programi zamjene igala i šprica

Sve je više dokaza da su programi zamjene igala i šprica u zajednici djelotvorni u smanjivanju zaraze HIV-om među IV korisnicima droge; isplativi su i nemaju nikakve neželjene negativne posljedice.²⁰ Filozofija programa zamjene igala i šprica nije samo da se korisnicima droge osigura sterilna oprema za ubrizgavanje, već i da se kontaminirani instrumenti odlože na siguran način, što je podjednako važno. Kako je gore pomenuto, u skladu s principima ekvivalentnosti njege, što važi i za preventivnu zdravstvenu zaštitu²¹ i za ozbiljne epidemiološke po-

Preporuka R (1998) 7; Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011); UNAIDS/UNODC/WHO: *HIV/AIDS Prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*; WHO Europe: *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons* (Ženeva 1993); Maller L. et al: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health* (Ženeva 2007); World Medical Association: *Declaration of Edinburgh on prison conditions and the spread of tuberculosis and other communicable diseases*; UNODC: *HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*, Policy Brief (Beč 2012).

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

20. WHO Europe: *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users, Evidence for Action Technical Paper* (Ženeva 2004).

21. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

trebe, u zemljama gdje su programi zamjene igala i šprica i programi zamjenske opioidne terapije dostupni u zajednici, trebali bi biti dostupni i u zatvorima.

Godine 2012. su u 74 zatvora u osam zemalja (sa i dobro i loše finansiranim zatvorskim sistemima) – u Švicarskoj, Njemačkoj, Španiji, Moldovi, Kirgistanu, Rumuniji, Luksemburgu i Tadžikistanu – postojali programi zamjene igala i šprica, i u muškim i u ženskim zatvorima, svih veličina i stepena sigurnosti, a u nekim slučajevima postoje već više od deset godina. Za prikupljanje i distribuciju opreme se koriste različiti načini: zdravstveni radnici, osoblje NVO-a, automati za preuzimanje, ili pažljivo odabrani zatvorenici. Bez obzira na razlike, rezultati ovih programa su izuzetno konzistentni. Unaprijedili su zdravlje zatvorenika, smanjili razmjenu igala i dokinuli strah od nasilja. U isto vrijeme, nema nikakvih dokaza o povećanju korištenja droge ili drugim negativnim posljedicama.²² U zemljama s visokom prevalencijom HIV-a među korisnicima droge i u zajednici i u zatvoru, provođenje programa zamjene igala i šprica mora se smatrati prioritarnim pitanjem.²³ Ostvarenje takvog cilja tražiće i liderstvo i vještinu, da bi se i javnost i političari uvjerali u značaj ovakvog metoda smanjenja štete u zatvorima, a na dobrobit zdravlja zajednice u najširem smislu.

Prevenција drugih mogućih krvlju prenosivih zaraza koje se mogu pojaviti u zatvoru, kao što su razmjena i ponovno korištenje instrumenta za tetoviranje i piercing ili brijača, te rituali bratimljenja krvlju, također bi se trebala uključiti u edukativne obuke i/ili odgovarajućom opskrbom.

Opskrba kondomima i prevencija seksualnog nasilja

Istraživanja u zatvorima pružaju dokaze da svugdje u svijetu ima seksualne aktivnosti unutar zatvora. Većina seksualnih kontakata su, razumljivo, istospolni; mogu biti saglasni ili prisilni (u prisilnom okruženju zatvora često to nije jednostavno razlučiti), a 1-3% zatvorenika

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

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

postanu žrtve silovanja.²⁴ Rizik od prenošenja HIV-a je najveći pri nasilnim seksualnim odnosima. Već nekoliko godina se u većini evropskih zemalja u zatvorima dijele kondomi, te sad postoje jasni dokazi da zatvorenici pri seksualnim aktivnostima koriste kondome, lubrikante i dentalne brane (tzv. *kofferdam*, prim. prev.) ako su dostupne lako i anonimno, te da opskrba kondomima nije dovela do povećanja seksualne aktivnosti u zatvorima i da, pošto nema dokaza o negativnim neželjenim efektima, većina zatvorenika i osoblja, kad se uvedu, prihvataju snabdijevanje kondomima.²⁵

Međutim, opskrba kondomima bez djelotvorne politike borbe protiv seksualnog nasilja očigledno je nedovoljna da spriječi seksualno prenošenje infekcija u zatvorima. Politika sprečavanja seksualnog nasilja mora uključivati i izbjegavanje pretrpavanja zatvora, odgovarajući broj službenika i nadzor, odsustvo tolerancije prema neformalnim hijerarhijama među zatvorenicima, te strukturalna unapređenja kojima se službenicima omogućava da ranjive zatvorenike zaštite od seksualnog nasilja.

U izvještajima iz nekoliko posjeta, CPT izražava zabrinutost zbog nedostatka opskrbe kondomima²⁶ i nedovoljne zaštite zatvorenika od seksualnog nasilja.²⁷

3.6 Preventivne medicinske intervencije

Vakcinacija

U skladu sa strateškim dokumentom Ureda Ujedinjenih nacija za droge i kriminal (UNODC) o prevenciji i zaštiti od HIV-a u zatvorima i drugim zatvorenim okruženjima,²⁸ preporučuje se da se zatvorenicima i službenicima besplatno osigura vakcinacija za hepatitis B. Razumno je vakcinaciju za hepatitis A ponuditi pacijentima s hroničnim hepatitisom B ili C, jer dodatna infekcija virusom hepatitisa A može dovesti do smrtonosnog zatajenja funkcije jetre.

24. Jurgens R., Nowak M. i Day M: "HIV and incarceration: prisons and detention". *Journal of the International AIDS Society* 14:26 (2011).

25. WHO/UNODC/UNAIDS: *Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review*, Evidence for Action Technical Paper (Ženeva 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*, Evidence for Action Technical Paper (Ženeva, 2007).

26. CPT/Inf (2005)1; (2007)40; (2011)20.

27. CPT/Inf (2007)32; (2009)8; (2011)22; (2011)24; (2012)9.

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

Uz terapeutsko djelovanje, antiviralna terapija za HIV i hepatitis B/C ima i jak preventivni efekat, jer brzo smanjuje virusni potencijal kod tretiranih pacijenata, za koje je, samim time, manje vjerovatno da će postati izvor zaraze.

Profilaksa

Manje dokazano, ali vrlo vjerovatno, jeste i preventivno djelovanje profilakse nakon izlaganja virusu. Medicinska konsultacija i profilaktična terapija nakon izlaganja virusu morali bi biti odmah dostupni žrtvama seksualnog nasilja, kao i zatvorenicima i zatvorskim službenicima, nakon bilo kakvog slučajnog izlaganja virusu HIV-a ili hepatitisa B ili C. Zatvori bi trebali biti spremni za takve slučajeve, tako što će to imati u svojim standardnim operativnim procedurama ili smjernicama.²⁹

29. Ibid.

Poglavlje 4

Dvojna epidemija: HIV/AIDS i tuberkuloza (TBC)

HIV/AIDS i TBC su, od svih infektivnih bolesti, najveće ubice u svijetu.¹ Epidemija HIV/AIDS-a i s njom povezano širenje epidemije TBC-a nazivaju se dvojnou ili preklapajućom epidemijom, ne samo zbog njihove hronološke i geografske koincidencije, već prvenstveno zato što ta dva oboljenja i njihove epidemije uzajamno izuzetno negativno djeluju. Najveća prevalencija oba oboljenja je u zemljama niske stope prihoda. Na karti svijeta, regije s visokom stopom učestalosti i prevalencijom HIV-a uglavnom se poklapaju s regijama visoke stope učestalosti i prevalencije TBC-a. Od 34 miliona ljudi koji žive s HIV-om, skoro jedna trećina imaju i TBC, ili imaju 30 puta veću vjerovatnoću da će se razboljeti od TBC-a, nego ljudi koji imaju netaknut imuni sistem. Više od pola svih pacijenata koji boluju od AIDS-a imaju i TBC i TBC je najčešća teška oportunistička infekcija kod pacijenata s HIV-om. Skoro 25% smrtnosti pacijenata s HIV-om izazvano je TBC-om.²

Uz to, pojavljuju se i novi problemi vezani za sve veću rezistentnost TBC-a na lijekove, što je prvenstveno uzrokovano neadekvatnim liječenjem tuberkuloze. U istočnoevropskim zemljama se više od 10% novih slučajeva zarazilo varijantama bacila otpornim na lijekove, te je njih znatno više među ranije liječenim i pacijentima u remisiji. Ranije korištena strategija DOT (direktna opservacija kratkotrajne terapije) Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) unaprijeđena je na tzv. DOT plus, s obzirom na potrebu za dodatnom i skupljom dijagnostičkom opremom, uz dužu sekundarnu terapiju, s više nuspojava.³

1. WHO *Fact sheets* (oktobar 2012).

2. Ibid.

3. Ibid

HIV/AIDS i TBC kao zaraze i kao oboljenja imaju brojne zajedničke karakteristike, mada imaju sasvim različite puteve prenošenja.

- ▶ Izuzetno su prisutne među siromašnim stanovništvom, čime imaju i veću prevalenciju u zatvoru nego u zajednici. Prevalencija HIV-a u zatvoru je do 25 puta veća, a prevalencija TBC-a je do 100 puta veća u zatvoru nego u zajednici;⁴ zatvori pogoduju prenošenju i HIV-a (vidi prethodno poglavlje) i TBC-a; zatvorski uslovi, poput pretrpanosti, loše ventilacije, slabe iskrane i neadekvatne ili nedostupne zdravstvene zaštite, mogu potaći širenje TBC-a unutar zatvora; zatvori djeluju kao rezervoari TBC-a koji oboljenje ubrizgavaju u stanovništvo kroz službenike, posjetioce i neadekvatno tretirane opušteno zatvorenike; faktori koji pogoduju širenju TBC-a pogoduju i širenju TBC-a otpornog na lijekove.⁵ Prema tome, zatvori se moraju tretirati kao epicentri epidemije TBC-a, isto kao što su (kako je ranije spomenuto) epicentri epidemije HIV/AIDS-a: zatvori su epidemiološki epicentri dvojne epidemije i zajednica ih mora tako tretirati.
- ▶ TBC je bolest koja ide uz siromaštvo, a u mnogim zemljama je ovisnost o drogi jedan od ključnih uzroka zaraze HIV-om, što se također povezuje sa siromaštvom ili do njega vodi. Obje infekcije, i HIV i TBC, prate stigmatizacija u društvu i dalja marginalizacija.
- ▶ Sve veći broj pacijenata ima obje infekcije; u obje infekcije je ugrožen imunitet T-limfocita, tako da jedna pogoršava klinički tok druge. Mada samo 10% imunološki zdravih osoba zaraženih TBC-om razvije i kliničke simptome te bolesti, 30 puta je veća vjerovatnoća da će se simptomi TBC-a razviti kod osoba zaraženih HIV-om. Problem dodatno pogoršava činjenica da je kod osoba kompromitiranog imuniteta dijagnosticanje TBC-a znatno teže nego kod imunološki zdravih osoba, s obzirom na manju pouzdanost mikroskopske analize ispljuvka infektivnog plućnog TBC-a zajedno s većom prevalencom neplućnog TBC-a, što rezultira i manje pouzdanom RTG dijagnozom. Uz to, kombinovana terapija antiretroviralnim lijekovima za HIV/AIDS i TBC, naročito liječenje TBC-a otpornog na lijekove, izuzetno je teška i izazovna, s obzirom na brojne interakcije lijekova i negativne nuspojave, te može biti manje djelotvorna.

4. WHO: *Tuberculosis in prisons* (web page) at www.who.int/tb/challenges/prisons/en/

5. Ibid.

Sve ažurirane smjernice za kontrolu tuberkuloze u zatvoru⁶ uključuju:

- ▶ potrebu da kontrola TBC-a u zatvorima ima isti standard kao i kontrola TBC-a u zajednici, da se organizuje u bliskoj saradnji sa zdravstvenim vlastima u zajednici, da se uključi u Državni program borbe protiv TBC-a, te da ima istu dokumentaciju, evaluaciju i osiguranje kvaliteta;
- ▶ unapređenje zatvorskih uslova izbjegavanjem pretrpavanja i osiguravanjem dobre ventilacije, pristupa prirodnom osvjetljenju, pristupa zdravstvenoj zaštiti, smještajem zatvorenika u manja odjeljenja, dobrom ishranom i vježbom na otvorenom;
- ▶ edukaciju i promociju zdravlja vezane za TBC;
- ▶ rano dijagnosticiranje (screening po prijemu, samoupućivanje, aktivno traženje slučajeva);
- ▶ razdvajanje infektivnih pacijenata i praćenje kontakata;
- ▶ djelotvornu standardnu terapiju, strogo u skladu s protokolima Svjetske zdravstvene organizacije (DOTS i DOTS plus);
- ▶ kontinuitet liječenja nakon premještanja ili otpusta.

Nekoliko evropskih zemalja još uvijek ne poštuje ove smjernice o kontroli TBC-a u zatvorima. U određenom broju presuda, Evropski sud za ljudska prava je utvrdio kršenja članova 2 i 3 Evropske konvencije o ljudskim pravima, upravo na osnovu nedovoljne njege zatvorenika s tuberkulozom,⁷ a zatvorski uslovi klasificirani su kao uslovi koji pogoduju širenju TBC-a, te su predstavljali ponižavajuće i nečovječno postupanje, na osnovu pretrpavanja, nedostatka ventilacije i dnevnog svjetla. Isto tako, u svojim nedavnim posjetama,⁸ CPT je iskazao zabrinutost zbog nedostataka u prevenciji i liječenju TBC-a u zatvorima.

Da bi se uspješno borilo protiv TBC-a rezistentnog na lijekove i dvojne epidemije HIV/AIDS-a i TBC-a potreban je određen broj dodatnih mjera.

6. WHO: *Tuberculosis control in prisons: a manual for programme managers* (Ženeva 2000) at WHO/CDS/TB/2001/.281; Maller L. et al: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health* (Ženeva 2007); USAID/TBCTA/ICRC: *Guidelines for control of tuberculosis in prisons* (2009); CDC: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 7. 6. 2006 (Atlanta GA 2006); CDC: *Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC* (Atlanta GA 2006).

7. Melnik protiv Ukrajine 72286/01; Malenko protiv Ukrajine 18660/03; Vasyukov protiv Rusije 2974/05; Hummatov protiv Azerbejdžana 9852/05; Logvinenko protiv Ukrajine 13448/07; Makharadze i Sikharulidze protiv Gruzije 35254/07.

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

- ▶ Mikrobiološki pregled ispljuvka ima nisku osjetljivost na otkrivanje bakterije tuberkula, a klasične metode kulture tuberkuloze daju rezultate čak i dva mjeseca kasnije. Za ranu i osjetljivu identifikaciju infektivne tuberkuloze i tuberkuloze otporne na lijekove, potrebno je što prije uvesti nove tehnologije s brzim otkrivanjem bakterije tuberkuloze i rezistentnih varijanti.⁹ Ovo je posebno značajno u okruženju gdje ljudi borave blizu jedni drugih, poput zatvora, jer je, da bi se djelotvorno prekinuo lanac prenošenja, potrebno odmah razdvojiti infektivne i pacijente s TBC-om otpornim na lijekove, te rano uključiti terapiju na osnovu varijante rezistentnosti. Potrebne su i visoko osjetljive metode otkrivanja bacila tuberkula, zbog niske koncentracije bakterija u ispljuvku kod pacijenata koji imaju i istovremenu infekciju HIV-om.
- ▶ S obzirom na visoku stopu zajedničke infekcije HIV-om i TBC-om, a u skladu s politikom Svjetske zdravstvene organizacije u vezi s dvojnog epidemijom,¹⁰ identifikacija pacijenata s HIV-om među identificiranim pacijentima s TBC-om i obratno, mora se intenzivirati. Pošto imaju dugu historiju TBC-a, mnoge zemlje i zatvorski sistemi decentralizirali su službe za liječenje TBC-a, a službe vezane za HIV uglavnom su centralizirane. Da bi se odgovorilo ovoj dvojnog epidemiji, jasno se preporučuje da bi osoblje postojećih struktura za liječenje TBC-a i u zajednici i u zatvoru dodatno obučavaju da svojim pacijentima s TBC-om mogu pružati edukaciju o prevenciji HIV/AIDS-a i dobrovoljno anonimno savjetovanje i testiranje na HIV, a da oni čiji test bude pozitivan što prije krenu s preventivnom terapijom kotrimoksazolom i budu upućeni na antiretroviralnu terapiju (ARV).
- ▶ Isto tako, kod identificiranih slučajeva HIV-a se mora pokrenuti i edukacija o prevenciji i kontroli infekcije TBC-om, kao i aktivno traženje slučajeva. Za one koji su bili izloženi infekciji TBC-om ili imaju latentnu infekciju, trebalo bi razmotriti preventivnu terapiju izonijazidom (INH), pod uslovom da ne postoji velika prevalencija bakterije TBC-a rezistentne na INH. Pacijenti s HIV-om i s dijagnosticiranom tuberkulozom moraju odmah krenuti s terapijom za TBC, u skladu s rezultatima testa osjetljivosti na lijekove.

Takve politike rada na nivou pojedinačnog pacijenta moraju se ugraditi u strategiju bliske saradnje i koordinacije u nadzoru, planiranju, finansiranju i praćenju kombiniranih programa za HIV i TBC na internacionalnom, nacionalnom, regionalnom i institucionalnom nivou. Nacionalni programi za TBC i za HIV/AIDS trebali bi biti blisko povezani, a zatvori, tamo gdje oba oboljenja dvojne epidemije imaju znatno veću prevalenciju nego u zajednici, moraju se uključiti u nacionalne programe i inicijative za HIV/AIDS i TBC.¹¹

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

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

11. Ibid.

Poglavlje 5

Psihoaktivne droge i medicinska terapija za zatvorenike ovisnike o drogama

5.1 Psihoaktivne droge

Nema kulture u historiji u kojoj nije bilo psihoaktivnih droga. Koriste se na tri načina: za vjerske ili ritualne obrede, kao lijekovi i u “rekreativne” svrhe.

U starim kulturama se znanje o psihoaktivnim drogama i njihovo posjedovanje ograničavalo na povlaštene osobe – na svećenike, šamane i liječnike (često je to bila jedna te ista osoba) – koje su u društvu imale povlašten položaj. Pristup i konzumiranje psihoaktivnih droga za nepovlaštene smatrali su se subverzijom i vlastodršci su to kažnjavali. To dijelom objašnjava historiju uređenja statusa psihoaktivnih droga i primjene termina “zakonito/tajno” i “legalno/ilegalno” na droge.

Iz medicinskog i sociološkog ugla gledano, korištenje bilo kakve psihoaktivne supstance podrazumijeva rizik po zdravlje pojedinca i po društvo. Psihoaktivne supstance koje su trenutno društveno i zakonski prihvatljive za rekreacionu upotrebu, kao što su duhan i alkohol, također u određenoj mjeri podliježu propisima (na cesti, na radnom mjestu, za maloljetnike). Međutim, s obzirom na ogromni rast proizvodnje, trgovine, nelegalne trgovine i korištenja psihoaktivnih supstanci u rekreativne svrhe tokom 20. vijeka, tri konvencije Ujedinjenih nacija o psihoaktivnim supstancama¹ postavljaju stroge zabrane u pristupu (osim zakonski uređenom)

1. UN-ova Jedinствена konvencija o narkoticima, 1961; UN-ova Konvencija o psihotropnim supstancama, 1971; UN-ova Konvencija o zabrani ilegalne trgovine narkoticima i psihoaktivnim supstancama, 1988.

nemedicinskoj upotrebi psihoaktivnih supstanci koje se definiraju kao ilegalna droga. To važi i za državne zakone o psihoaktivnim drogama u većini zemalja. Rezultat toga je da su presude za kršenje takvih zakona – a time i stope zatvorskih kazni – u mnogim zemljama nakon šezdesetih godina prošlog vijeka dramatično porasle, bez ostvarivanja pune kontrole nad postojanjem crnog, ilegalnog tržišta drogom, uz svu svoju nasilnost, anarhiju i dinamiku sile. Sad je očigledno da takav pristup nije doveo do uspjeha u “ratu protiv droge” i da se moraju graditi postprohibicijski modeli propisa o drogama.²

Sagledavajući listu društveno prihvatljivih (“zakonitih”) psihoaktivnih droga (duhan, alkohol, kafein, u nekim zemljama kat, sjemenke palme *areka* i druge supstance) i nezakonitih (opijati, kokain, derivati amfetamina, kanabis, halucinogene droge, benzodiazepini i drugi), postaje jasno sljedeće:

- ▶ društveno i zakonsko prihvatanje psihoaktivnih droga varira historijski (prohibicija alkohola u SAD-u tridesetih godina prošlog vijeka) i geografski (prodaja kanabisa u Holandiji, kat je prihvatljiv u Jemenu, ali ne i u susjednoj Saudijskoj Arabiji);
- ▶ društveno i zakonsko prihvatanje psihoaktivnih droga ne zavisi od opsega zdravstvenih rizika koji uz njih idu: šteta po zdravlje pojedinca, po javno zdravlje i efekat na globalno prisustvo oboljenja izazvanih alkoholom i duhanom daleko premašuje zdravstvene rizike drugih psihoaktivnih supstanci.³

Psihoaktivne droge se generalno klasificiraju na osnovu svoje hemijske strukture i/ili efekata na centralni nervni sistem, s nekim preklapanjima u kategorijama: etil-alkohol, nikotin u duhanu, kafein, sedativi i hipnotici, kanabinoidi, opijati i opiodi, kokain, amfetamini i njegovi derivati, halucinogeni i nestabilni spojevi. S izuzetkom kafeina, hronična upotreba svih grupa gore navedenih supstanci povezuje se s negativnim efektima po zdravlje i s rizikom od nastanka ovisnosti. Uz to, pojava novih sintetskih psihoaktivnih droga na evropskim crnim tržištima – što je fenomen koji je u stalnom porastu – daje veliki razlog za zabrinutost.⁴

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

3. WHO: *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence* (Ženeva 2004).

4. EMCDDA: Nove droge se otkrivaju u EU stopom od jedne sedmično, kažu agencije. Saopćenje br. 2/2012 (26. 4. 2012).

Sve one djeluju tako što se vezuju za određene receptore u centralnom nervnom sistemu, čime se mobiliziraju neurotransmiteri koji aktiviraju ili inhibiraju neuronsku aktivnost u različitim složenim biohemijskim i elektrofiziološkim shemama na sinapsičkim razdjelnicama. U kontinuiranoj upotrebi psihoaktivnih supstanci, vještačka stimulacija receptora i povećanje enzimske indukcije (potrebne za degradaciju same droge) stvaraju biohemijski osnov za toleranciju.

Neurologija i savremene tehnologije kontrastnog snimanja, koje vizualiziraju moždanu aktivnost, pokazuju da tri područja u mozgu igraju ključnu ulogu u odgovoru na psihoaktivne droge i stvaranje ovisnosti: ventralna tegmentalna oblast (VTA), mezolimbčki dopaminski sistem i korteks.

Sve psihoaktivne supstance izazivaju senzaciju zadovoljstva na isti način i u istom dijelu mozga kao i stimulansi koji su ključni za život, kao što su prehrana i reprodukcija. Povećanje nivoa dopamina u mezolimbčkom dopaminskom sistemu, što je biohemijska reakcija na sve neočekivane nagrade, mjeri se kao znatno veće pod djelovanjem psihoaktivnih droga nego pod drugim stimulansima, kao što je uzimanje hrane. Mezolimbčki dopaminski sistem igra i značajnu ulogu u emotivnoj motivaciji i jačanju procesa učenja, a taj mehanizam, u kombinaciji s neuronskom reorganizacijom – tzv. “sinapsički plasticitet” – za kortičku (osjetilnu) i limbčku (emotivnu) projekciju, može predstavljati bio-bihejvioralni kontekst ovisnosti.⁵

5.2 Ovisnost o drogama

Bez obzira na to što neurološka istraživanja sve više identificiraju biološke reakcije, neće svako ko konzumira psihoaktivne droge postati ovisnik o psihoaktivnim supstancama. Termin “ovisnost” generalno se odnosi na kompulsivno ponašanje vezano ne samo za korištenje određene supstance, veći i za, recimo, kockanje.

Blaža ovisnost

Uz hemijsku strukturu supstance i njene biološke reakcije u mozgu, postoje i drugi faktori koji potiču razvoj blaže ovisnosti:

- ▶ sama supstanca, njena dostupnost, doza, učestalost, trajanje konzumiranja i način upotrebe, mogu igrati ulogu;

5. WHO: *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence* (Ženeva 2004).

- ▶ razvoj poremećaja ličnosti korisnika droge može imati i značajnog efekta na vjerovatnoću da će se razviti teška ovisnost: nepotpun razvoj ega i s njim povezana slaba kontrola suprega smatraju se odgovornim za nedostatak autonomije ličnosti, što vodi do ponašanja povlačenja iz sukoba i traženja zamjenskih rješenja poput korištenja droge; poremećaji ličnosti, koji se često dijagnosticiraju kod pacijenata ovisnih o drogama, kao i historija zlostavljanja u djetinjstvu, često su elementi koji doprinose zloupotrebi droge;
- ▶ drugi psihijatrijski komorbiditeti, kao što su bipolarni poremećaji i šizofrenija, često prate korištenje i blažu ovisnost o drogi, te mogu imati snažan utjecaj na razvoj blaže ovisnosti o drogi. Poznato je da mentalna bolest i ovisnost o drogi kao zajednički element imaju disfunkciju mezolimbickog dopaminskog sistema;
- ▶ nizak obrazovni nivo, socijalna i lična ugroženosti, društvena izoliranost, nezaposlenost, nedostatak perspektive i nesposobnost vladanja teškim uslovima čine (naročito mlade) ljude podložnim ovisnosti o drogi;
- ▶ društveno okruženje – kultura i ono što mi zovemo “supkultura” korisnika droge, puna kodeksa i obreda u ponašanju – također mogu biti faktor poticaja;
- ▶ sve je više dokaza da genetski faktori značajno djeluju na razvoj ovisnosti.⁶

Prema tome, ovisnost o drogama je poremećaj izazvan spletom faktora, koji je rezultat složenog međudjelovanja individualnih, psiholoških, socijalnih i neurobioloških faktora koji osobu koja je izložena psihoaktivnim drogama čine podložnom razvoju onih trajnih neurofizioloških promjena u mozgu koje su odgovorne za ovisnost o drogama i koje apstinenciju čine teško ostvarivom u kratkom vremenu. Na osnovu tih stalnih primjena u mozgu, ovisnost o supstancama je hronično oboljenje i, isto kao i druga hronična oboljenja, poput dijabetesa i hipertenzije, karakteriziraju ga dužina i često vraćanje; može se tretirati, ali će se rijetko u kratkom roku izliječiti.

Teška ovisnost

Teška ovisnost opisuje se (umjesto da se definira) kao “monopolizacija sistema usmjeravanja pažnje na stimulus koji izaziva ovisnost” ili “kontinuirano kompulsivno ponašanje uprkos svijesti o njegovim negativnim zdravstvenim i socijalnim posljedicama”. S druge strane, postoji vrlo jasan

6. WHO: *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence* (Ženeva 2004).

dijagnostički kriterij za ovisnost o drogama. Prema 10. verziji Međunarodne klasifikacije oboljenja (ICD-10), dijagnoza ovisnosti o drogama uspostavlja se kad se ustanovi prisustvo više od tri navedena elementa:⁷

- ▶ jaka želja i osjećaj da se određena supstanca mora uzeti;
- ▶ teškoća u kontroli ponašanja uzimanja supstance u smislu početka, završetka ili nivoa korištenja;
- ▶ stanje fizičkog povlačenja supstance kad se unos smanji ili prekine, koji se potvrđuje karakterističnim apstinencijalnim sindromom;
- ▶ dokaz tolerancije, kao što je potreba da se uzima veća doza psihoaktivne supstance da bi se postigli efekti kakve su ranije izazivale manje doze;
- ▶ progresivno zanemarivanje alternativnih interesa i zadovoljstva zbog korištenja psihoaktivne supstance, duže vrijeme potrebno da se supstanca pribavi ili uzme, ili da se oporavi od njenih efekata;
- ▶ insisitiranje na uzimanju supstance uprkos dokazima o izuzetno štetnim posljedicama.

Dijagnostički kriteriji iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV) su u suštini isti, osim dodatne stavke “uporna želja ili neuspješni pokušaji da se uzimanje supstance smanji ili kontrolira”.⁸

Negativne posljedice

Negativne zdravstvene posljedice ovisnosti i psihoaktivnim drogama uključuju akutne i hronične efekte same droge, slučajno ili suicidalno predoziranje, intoksikaciju, saobraćajne nesreće i hronični toksicitet, uglavnom izazvan alkoholom i duhanom, ali i hronična neuropsihijatrijska stanja vezana za druge grupe supstanci. Druge negativne zdravstvene posljedice tiču se siromaštva i načina života, kao što su neuhranjenost, seksualno prenosive bolesti, tuberkuloza i problemi sa zubima, ili se tiču načina unosa droge, kao što su krvlju prenosive infekcije HIV-om i hepatitsom B i C, bakterijska septicemija, plućni apsces, endokarditis i drugi problemi vezani za intravenski injekcioni unos droge, te uništavanje sluznice nosa kod osoba koje kokain unose ušmrkavanjem, i druge.

7. WHO: ICD-10 (Ženeva 2010).

8. Američka asocijacija psihijatarata: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Washington DC 1994).

Kompulsivno ponašanje ovisnika o drogama koriste tržišta drogom, kako tržišta zakonom prihvatljive droge (alkohol, duhan), tako i, u znatno većoj mjeri, crna tržišta ilegalne droge, s negativnim socijalnim posljedicama. Nezakonitost psihoaktivnih droga je, sasvim jasno, u interesu trgovaca i distributera, zbog primamljive profitne marže koja im omogućava brzu i veliku zaradu, a pojedince koji su ovisni o tim supstancama, često već socijalno ugrožene, vodi u dug, siromaštvo, društvenu izolaciju, prostituciju, kriminal i zatvor.

U svjetlu ovakvih negativnih posljedica ovisnosti o supstancama i sve većeg broja pacijenata s ovisnostima u mnogim društvima, bez obzira na "rat protiv droge" i hroničnu prirodu poremećaja, mora se naglasiti koliki je značaj efektivnih mjera smanjenja štete, kako je to prikazano u Poglavlju 3 o sprečavanju širenja HIV/AIDS-a i hepatitisa B i C u zatvorima.

5.3 Medicinska terapija za zatvorenike ovisnike o drogama

Kako je već rečeno (vidi gore, Epidemiološki kontekst), čak do 30% zatvorenika u prošlosti su imali problematično i/ili injekciono konzumiranje droge, te se može procijeniti da najveći dio njih zadovoljava dijagnostičke kriterije za blaži ili teži oblik ovisnosti o drogama. Da bi se odgovorilo na njihove zdravstvene potrebe, zdravstveni radnici u zatvorima moraju ih identificirati tokom pregleda po prijemu, moraju biti svjesni vanrednih situacija koje se mogu desiti s takvim osobama, moraju obratiti dužnu pažnju na njihovu posebnu ranjivost u zatvoru, tražiti dostupnost mjera za smanjenje štete unutar zatvora, pružiti odgovarajuću terapiju za ovisnost o drogama, te blagovremeno organizirati nastavak njege po izlasku iz zatvora.

Posebno je važno da zdravstveni radnici rano identifikuju zatvorenike s ovisnošću o drogama, tokom ljekarskog pregleda prilikom prijema, da bi bili spremni za terapiju i podršku u slučaju apstinencijalnog sindroma i za procjenu rizika od samoubistva, što su problemi koji se obično pojave malo nakon dolaska u zatvor. Uz to, kako je već rečeno u poglavlju o medicinskom pregledu prilikom prijema, ta se prilika treba iskoristiti za davanje informacija i edukaciju ovisnika o krvlju prenosiivim infekcijama, te da ih se pozove na dobrovoljno povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV i virusni hepatitis.

Vanredne medicinske situacije kod ovisnika uključuju akutna apstinencijalna stanja i, što se može desiti u zatvoru, akutnu intoksikaciju drogom. Apstinencijalni sindrom, naročito izazvan odsustvom alkohola i benzo-

diazepina, a u nekim slučajevima i odsustvom opijata, može biti opasan po život, tako da je potrebna intenzivna njega. Ako tim za zdravstvenu zaštitu nema odgovarajuće iskustvo, ili nema odgovarajuću opremu da tretira takve slučajeve, mora se upriličiti blagovremeno prebacivanje u odgovarajuću bolnicu; bez toga se krši ljudsko pravo zatvorenika na odgovarajući medicinski tretman.⁹ U tom smislu bi trebalo imati na umu da je najbolji tretman za opijatsku apstinencijalnu krizu upravo detoksikacija uz korištenje zamjenske opioidne terapije, a prekidanje "na suho" – apstinencija bez adekvatne medicinske podrške – mora se smatrati zlostavljanjem. Oprema za hitnu medicinsku intervenciju zdravstvenog tima u zatvoru mora biti adekvatno opremljena i, uz opću opremu za oživljavanje, mora imati i nalokson i lijekove za detoksikaciju.

Ranjivost

Zatvorenici ovisnici o drogama spadaju u grupu ranjivih zatvorenika, jer se u zatvoreničkoj hijerarhiji nalaze vrlo nisko, te se suočavaju s predrasudama i kod drugih zatvorenika i kod manje educiranih službenika. Službenici moraju biti educirani i znati da ovisnost o supstancama nije neuspjeh volje ili snage karaktera, već hronični medicinski poremećaj često povezan s drugim mentalnim poremećajima.

Ponašanje zatvorenika ovisnika koje je vezano za njihovu ovisnost i traženje droge čini ih lakim metama za nasilje, prisilni seks i druge vrste pritisaka, kao što je pritisak da se zvanično propisani lijekovi skreću u zamjensku opijatsku terapiju. U pokušaju da pribave drogu u zatvoru izlažu se riziku upadanja u dug, što za posljedicu ima prijetnje, maltretiranje i nasilje. Prema standardima CPT-a, jedan od zadataka zdravstvenih radnika u zatvoru je da pružaju humanitarnu pomoć, naročito ranjivim zatvorenicima,¹⁰ a standardi uključuju i preporuke o zaštiti i zamjeni uz granciju zaštite medicinske povjerljivosti.

Mjere smanjenja štete

Postoje dokazi da zatvorenici ovisnici nastavljaju s riskantnim ponašanjem i u zatvoru i, kad u zatvoru nisu dostupne mjere smanjenja štete, nastavljaju, pa čak i iniciraju ponašanje koje stvara rizik prenosa krvnih infekcija. Upravo zato je, iz epidemioloških, medicinskih i etičkih razloga, smanjenje štete nešto bez čega se ne može. Načela, koncepti i mjere smanjenja štete detaljno su opisani u Poglavlju 3 o sprečavanju širenja HIV/AIDS-a i hepatitisa B/C u zatvorima.

9. McGlinchey i drugi protiv Ujedinjenog Kraljevstva, 50390/99.

10. Standardi CPT-a 2002 (rev. 2011).

Terapija

Bez obzira na to koliko je važno da se, kako je ranije opisano, za zatvorenike ovisnike prvo iscrpe sve moguće alternative zatvoru, prisilna stabilizacija tokom boravka u zatvoru može i treba da se koristi da bi se ponudila terapija koja im ranije, zbog haotičnog načina života, nije bila dostupna.

Uspješna terapija traži punu saradnju pacijenta. Obavezna terapija kod mentalno sposobnih pacijenata ovisnika, mada još uvijek postoji u krivičnopravnim propisima u nekim zemljama, više je nego upitna i medicinski i etički. Ovisnost o drogama je hronično oboljenje koje je sklono ponovnom pojavljivanju, te traži dugoročni tretman, kao i svako drugo hronično oboljenje.

Kako je gore rečeno, veliki dio pacijenata ovisnika o drogama ima i dodatni psihijatrijski komorbiditet, koji se mora dijagnosticirati i na odgovarajući način tretirati. Jasno se pokazalo da je farmakološka terapija komorbiditeta poput depresije ili šizofrenih poremećaja efikasna u tretmanu ovisnosti o drogama.¹¹ Za farmakološku terapiju kod drugih psihijatrijskih stanja, propisivanje benzodiazepina unutar zatvora treba voditi vrlo oprezno, a samo uzimanje terapije bi se trebalo kontrolirati i vizuelno, zbog visokog rizika od diverzije, kao što je to slučaj i kod propisanih lijekova u zamjenskoj opioidnoj terapiji.

Pošto se terapijski cilj apstinencije kod ovisnosti od opijata skoro nikad ne postiže kratkoročno, orijentacija većine savremenih terapijskih konceptata ide od strategija apstinencije prema prihvatanju korištenja droge uz terapiju za smanjenje štete, čime se pokušava stabilizirati psihosocijalna situacija klijenta ovisnika, smanjiti kriminalitet, održati pacijenta u životu i, u terapijskom smislu, smanjiti negativne posljedice. To najbolje djeluje u kombinaciji s oralnom zamjenskom opioidnom terapijom.

U skladu s višefaktorskom etiologijom ovisnosti o drogama, postoji i širok spektar konceptata psihološkog i psihosocijalnog tretmana, od različitih psihoanalitičkih tehnika kao što je *gestalt*, do kognitivno-behejvioralnih terapija kao što je upravljanje vanrednim okolnostima, sprečavanje vraćanja istom ponašanju, te različite tehnike poticaja motivacije. Izbor najbolje moguće terapijske strategije u svakom zatvoru će uvijek zavisiti od dostupnih resursa i iskustava zdravstvenog tima.

11. WHO: *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence* (Ženeva 2004).

Njega po izlasku

Priprema i organizacija podrške u zajednici nakon izlaska iz zatvora bitna je za svakog zatvorenika, ali za zatvorenike ovisnike je to od životnog značaja: izvještaji iz cijelog svijeta ukazuju da je stopa smrtnosti među korisnicima droge nakon izlaska iz zatvora izuzetno visoka, naročito tokom prve dvije sedmice po puštanju. Većina tih korisnika umire od intoksikacije vezane za drogu ili od predoziranja izazvanog smanjenom tolerancijom na opijate, nakon prekida ili smanjenog snabdijevanja tokom boravka u zatvoru. Pokazalo se da potporna zamjenska opioidna terapija ovaj rizik značajno smanjuje.¹² Prema tome, uz organizaciju podrške u zajednici nakon izlaska, u smislu stambenog smještaja, finansija, porodičnih problema, školovanja, zaposlenja i dalje mentalne podrške,¹³ jasno se preporučuje i edukacija o rizicima predoziranja zbog smanjene tolerancije i, kod zatvorenika ovisnih od opijatima, značajan nastavak zamjenske opioidne terapije nakon izlaska iz zatvora.

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

13. *Throughcare Working in Partnership: Throughcare services for prisoners with problematic drug use: a toolkit*, ed. M. MacDonald et al., European Commission (Brisel 2012).

Lista referentnih internet stranica

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. 7. 2006): *Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC* [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1.htm)

Preporuka R (1998) 7 o etičkim i organizacionim aspektima zdravstvene zaštite u zatvoru. [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(98\)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(98)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383)

Preporuka Rec(2006)2 o Evropskim zatvorskim pravilima. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

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

CPT Standardi (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
- Evropski sud za ljudska prava, Database <http://hudoc.echr.coe.int>
- Evropska socijalna povelja <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>
- Guide for the Management of Dual Diagnosis for Prisons.* Department of Health, UK 2009 www.nta.nhs.uk/uploads/prisons_dual_diagnosis_final_2009.pdf
- Međunarodna konvencija o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx
- Istanbulski protokol. *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
- Jurgens R., Nowak M. i 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. i Stover H: *Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide,* 2009 https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST_in_Custodial_Settings.pdf
- NICE kliničke smjernice. *Antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention.* NHS (2009) www.nice.org.uk/nicemedia/live/11765/42993/42993.pdf
- NICE kliničke smjernice. *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-hivaids-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
- Principi medicinske etike relevantni za ulogu zdravstvenih radnika, naročito ljekara, u zaštiti zatvorenika i pritvorenika od mučenja i drugog okrutnog, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja, UN 1982 (rezolucija Generalne skupštine 37/194 od 18. 12. 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-ova Jedinствena konvencija o narkoticima iz 1961 (izmijenjena Protokolom iz 1972) www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
- UN-ova Konvencija o psihotropnim supstancama, 1971 www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf
- UN-ova Konvencija o zabrani nelegalne trgovine drogama i psihoaktivnim supstancama, 1988 www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

- UNAIDS Izveštaj o globalnoj epidemiji AIDS-a, 2010 (novembar 2010) www.unaids.org/en/resources/documents/2010/name,56186,en.asp
- UNAIDS/UNODC/WHO: HIV/AIDS prevencija, njega, terapija i podrška u zatvorskom okruženju: okvir za efektivan nacionalni odgovor. 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/hivaids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leaflet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf
- USAID/TBCTA/ICRC: Smjernice za kontrolu tuberkuloze u zatvorima, 2009 http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf
- WHO: Djelotvornost programa sterilnih igala i šprica u smanjenju HIV/AIDS-a među IV korisnicima droga, 2004 www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterilneedle.pdf?ua=1
- WHO: *Fact sheets*, oktoba 2012 (rev. 2014) www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en
- WHO: Globalni izvještaj o tuberkulozi 2013 www.who.int/tb/publications/global_report/en
- WHO: Smjernice o HIV infekcijama i AIDS-u u zatvorima www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf
- WHO: ICD-10 klasifikacija mentalnih i bihevioralnih poremećaja www.who.int/classification/icd/en/GRNBOOK.pdf
- WHO: Neurologija korištenja psihoaktivnih supstanci i ovisnosti, Ženeva 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: Javno zdravstvo u prevenciji suicida, 2012 apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
- WHO: Kontrola TBC-a u zatvorima [WHO/CDS/TB/2001/.281], Ženeva 2000 http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281.pdf
- WHO: TBC u zatvorima 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*, Ženeva 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)*, Ženeva 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 i 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 i 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: Izjava o fizičkim pregledima zatvorenika, Budimpešta 1993 (rev. 2005) www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/

Predstavnici za prodaju publikacija

BELGIJA

La Librairie Europeenne - The European Bookshop Rue de l'Orme, 1 BE-1040 BRUXELLES
Tel.: +32 (0)2 231 04 35
Fax: +32 (0)2 735 08 60
E-mail: info@libeurop.eu <http://www.libeurop.be>

Jean De Lannoy/DL Services Avenue du Roi 202 Koningslaan BE-1190 BRUXELLES
Tel.: +32 (0)2 538 43 08
Fax: +32 (0)2 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@dl-servi.com
<http://www.jean-de-lannoy.be>

BOSNA I HERCEGOVINA

Robert's Plus d.o.o. Marka Marulica 2/V BA-71000 SARAJEVO
Tel.: +387 33 640 818
Fax: +387 33 640 818
E-mail: robertsplus@bih.net.ba

KANADA

Renouf Publishing Co. Ltd.
22-1010 Polytek Street
CDN-OTTAWA, ONT K1J 9J1
Tel.: +1 613 745 2665

HRVATSKA

Robert's Plus d.o.o. Marasoviceva 67 HR-21000 SPLIT
Tel.: +385 21 315 800, 801, 802, 803
Fax: +385 21 315 804
E-mail: robertsplus@robertsplus.hr

ČEŠKA

Suweco CZ, s.r.o. Klecakova 347 CZ-180 21 PRAHA 9
Tel.: +420 2 424 59 204
Fax: +420 2 848 21 646
E-mail: import@suweco.cz <http://www.suweco.cz>

DANSKA

GAD
Vimmelskaftet 32 DK-1161 KØBENHAVN K
Tel.: +45 77 66 60 00
Fax: +45 77 66 60 01
E-mail: reception@gad.dk
<http://www.gad.dk>

FINLAND/FINLANDE

Akateeminen Kirjakauppa
PO Box 128
Keskuskatu 1 FI-00100 HELSINKI
Tel.: +358 (0)9 121 4430
Fax: +358 (0)9 121 4242
E-mail: akatilaus@akateeminen.com
<http://www.akateeminen.com>

FRANCUSKA

Please contact directly / Merci de contacter directement Council of Europe Publishing Editions du Conseil de l'Europe FR-67075 STRASBOURG cedex
Tel.: +33 (0)3 88 41 25 81
Fax: +33 (0)3 88 41 39 10
E-mail: publishing@coe.int <http://book.coe.int>

GRČKA

Librairie Kauffmann s.a.
Stadiou 28
GR-105 64 ATHINAI
Tel.: +30 210 32 55 321
Fax: +30 210 32 30 320
E-mail: ord@otenet.gr <http://www.kauffmann.gr>

MAĐARSKA

Euro Info Service Pannonia u. 58. PF. 1039 HU-1136 BUDAPEST
Tel.: +36 1 329 2170
Fax: +36 1 349 2053
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu <http://www.euroinfo.hu>

ITALIJA

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1 IT-50125 FIRENZE
Tel.: +39 0556 483215
Fax: +39 0556 41257
E-mail: licosa@licosa.com <http://www.licosa.com>

NORVEŠKA

Akademika
Postboks 84 Blindern
NO-0314 OSLO
Tel.: +47 2 218 8100
Fax: +47 2 218 8103
E-mail: support@akademika.no
<http://www.akademika.no>

POLJSKA

Ars Polona JSC
25 Obroncow Street
PL-03-933 WARSZAWA
Tel.: +48 (0)22 509 86 00
Fax: +48 (0)22 509 86 10
E-mail: arspolona@arspolona.com.pl
<http://www.arspolona.com.pl>

PORTUGAL

Marka Lda
Rua dos Correeiros 61-3 PT-1100-162 LISBOA
Tel.: 351 21 3224040
Fax: 351 21 3224044
Web: www.marka.pt
E-mail: apoio.clientes@marka.pt

RUSKA FEDERACIJA

Ves Mir
17b, Butlerova ul. - Office 338 RU-117342 MOSCOW
Tel.: +7 495 739 0971
Fax: +7 495 739 0971
E-mail: orders@vesmirbooks.ru <http://www.vesmirbooks.ru>

ŠVICARSKA

Planetis Sarl
16 chemin des Pins
CH-1273 ARZIER
Tel.: +41 22 366 51 77
Fax: +41 22 366 51 78
E-mail: info@planetis.ch

TAJVAN

Tycoon Information Inc.
5th Floor, No. 500, Chang-Chun Road
Taipei, Taiwan
Tel.: 886-2-8712 8886
Fax: 886-2-8712 4747, 8712 4777
E-mail: info@tycoon-info.com.tw
orders@tycoon-info.com.tw

UJEDINJENO KRALJEVSTVO

The Stationery Office Ltd
PO Box 29
GB-NORWICH NR3 1GN
Tel.: +44 (0)870 600 5522 Fax: +44 (0)870 600 5533
E-mail: book.enquiries@tso.co.uk <http://www.tsoshop.co.uk>

SAD I KANADA

Manhattan Publishing Co 670, White Plains Road USA-10583 SCARSDALE, NY
Tel.: +1 914 472 4650
Fax: +1 914 472 4316
E-mail: coe@manhattanpublishing.com
<http://www.manhattanpublishing.com>

