

Θέματα υγείας στα καταστήματα κράτησης: η περίπτωση διαχείρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ναυσικά Μπελλάλη¹

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Π.Γ.Ν.Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κρατούμενοι αποτελούν έναν πληθυσμό που δεν έχει μελετηθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία του χώρου της υγείας. Οι ανάγκες της υγείας τους είναι πολύ μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες του γενικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, υπάρχει υψηλή επίπτωση ασθενειών, όπως είναι οι ηπατίτιδες, το AIDS, οι ψυχιατρικές διαταραχές, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ). Η διαχείριση του ΣΔ στα καταστήματα κράτησης επηρεάζεται από διαρθρωτικούς, θεσμικούς, περιβαλλοντολογικούς, πολιτικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, αλλά και από την ίδια τη σωματική και ψυχική κατάσταση των κρατουμένων, λόγω της κατάστασης του εγκλεισμού που βιώνουν. Γενικά, η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων στα σωφρονιστικά ιδρύματα αποτελεί ένα θέμα αυξανόμενης βαρύτητας και θα πρέπει να εναρμονίζεται με τους στόχους του ευρύτερου δημόσιου συστήματος υγείας, δηλαδή να επικεντρώνεται όχι μόνο στην παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και στη διασφάλιση της μελλοντικής αποκατάστασης της υγείας των κρατουμένων, ακόμη και μετά την αποφυλάκισή τους. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, να παρουσιαστούν τα συχνότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι, με έμφαση στη χρόνια νόσο του ΣΔ. Θα γίνει αναφορά στο σωφρονιστικό σύστημα της Ελλάδας και στις επιπτώσεις του εγκλεισμού, προκειμένου να αναδειχθούν όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι διαβητικοί κρατούμενοι. Οι βασικές αρχές διαχείρισης του ΣΔ στα καταστήματα κράτησης, όπως αυτές αποτυπώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία, θα βοηθήσουν τους κοινοτικούς νοσηλευτές, αλλά και όλους τους επαγγελματίες υγείας που αποτελούν μέλη της διαβητολογικής θεραπευτικής ομάδας, να παρέχουν την καλύτερη δυνατή, τεκμηριωμένη φροντίδα στους κρατούμενους, στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Λέξεις κλειδιά: σακχαρώδης διαβήτης, προβλήματα υγείας, κρατούμενοι, κατάσταση κράτησης, επαγγελματίας υγείας

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Οι κρατούμενοι παρουσιάζουν υψηλό επιπολασμό πολλών ασθενειών
- Η διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας για τη δημόσια υγεία και ειδικότερα στο σωφρονιστικό σύστημα κάθε χώρας
- Η εξειδικευμένη διαβητολογική ομάδα στα καταστήματα κράτησης θα πρέπει να λειτουργεί στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κρατούμενοι σε όλο τον κόσμο αποτελούν έναν από τους πιο περιθωριοποιημένους και ευάλωτους πληθυσμούς (Magnani & Wray 2006, Loury 2008, Alexander 2010). Επιπλέον, όπως αναφέρει ο Τόγκας (2013), αφορούν σε έναν υπομελετημένο πληθυσμό στην έρευνα σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, παρόλο που εμφανίζουν δυσανάλογα υψηλό επιπολασμό πολλών ασθενειών (White & Whiteford 2006). Οι ανάγκες της υγείας τους είναι πολύ μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες του γενικού πληθυσμού (Condon et al 2007) και αυτό οφείλεται τόσο στο γεγονός ότι οι κακές κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες συνδέονται με πολλαπλούς κινδύνους για την υγεία και αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας (Greenberg et al 2008), όσο και στο ότι οι συλλήψεις επικεντρώνονται σε άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού εισοδήματος και κοινωνικά ευπαθών ομάδων, με αποτέλεσμα να είναι με μεγαλύτερη συχνότητα ιατρικώς υποεξυπηρετούμενοι (Dumont 2012). Τα συχνότερα χρόνια προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι στα σωφρονιστικά ιδρύματα είναι οι μεταδοτικές ασθένειες (ηπατίτιδες και AIDS), οι ψυχιατρικές διαταραχές (κυρίως το άγχος και η κατάθλιψη) και ορισμένες χρόνιες νόσοι όπως είναι το άσθμα, η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ). (NCCHC 2002, Blakeley 2005, BJS 2006, Ramaswamy and Freudenberg 2007).

Ο ΣΔ έχει λάβει παγκοσμίως εκρηκτικές διαστάσεις, καθώς είναι ένα σύγχρονο και ραγδαία εξελισσόμενο νόσημα με τεράστιες κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις για το κοινωνικό σύνολο και τα συστήματα υγείας, κυρίως των αναπτυσσόμενων χωρών (Unwin & Marlin 2004) με σοβαρό αντίκτυπο και δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής εκατομμυρίων ασθενών και των οικογενειών τους. Οι αρμόδιοι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου, αφού εκτιμούν πως εάν δεν υπάρξουν συντονισμένες παρεμβάσεις, ο αριθμός των πασχόντων θα αυξηθεί

σημαντικά και συγκεκριμένα, φτάνοντας στο 2013 υπολογίζεται ότι ήδη 382 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από διαβήτη (8,3%), ενώ το ποσοστό αυτό θα ανέλθει μέχρι το 2035, στα 592 εκατ. (10.1%). Σημαντικός επίσης είναι και ο αριθμός των ατόμων με αδιάγνωστο διαβήτη, που φτάνει τα 175 εκατομμύρια παγκοσμίως (ποσοστό 6,9%) και τείνει να αυξηθεί το 2035 σε 471 εκατομμύρια (ποσοστό 8,0%) με δραματική αύξηση σε όλες τις χώρες, κυρίως στον πληθυσμό χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (WHO 2005, IDF Diabetes Atlas 2013).

Παρά το γεγονός ότι στην ευρύτερη κοινωνία, ο ΣΔ ως ασθένεια απασχολεί πολύ έντονα τους επιστήμονες υγείας και αναγνωρίζεται ως ένα από τα πιο σημαντικά χρόνια ζητήματα δημόσιας υγείας, είναι μία από τις «ξεχασμένες» ασθένειες στο σωφρονιστικό σύστημα και υπάρχει ελλιπής πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας και τη διαχείριση της νόσου από κρατούμενους που βιώνουν την εμπειρία του εγκλεισμού σε σωφρονιστικά ιδρύματα (Smith 1984, Macfarlane et al 1992). Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι δημοσιεύσεις πάνω σε αυτό το θέμα περιορίζονται κυρίως σε γνώμες/απόψεις, οι οποίες συχνά ενισχύουν απλώς τις προκαταλήψεις σχετικά με τις δυσκολίες του ελέγχου του διαβήτη, στη διαχείριση της θεραπείας με ινσουλίνη και συγκεκριμένα στον κίνδυνο από την ελεύθερη χρήση συριγγών ινσουλίνης από τους κρατούμενους. Ωστόσο, οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι με ΣΔ είναι πιο πολύπλοκες και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση σχετικά με τις παροχές της υγειονομικής περίθαλψης σε αυτή την ομάδα πληθυσμού, μέσα στο σωφρονιστικό σύστημα (Bayle et al 2011).

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας να παρουσιαστούν τα συχνότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι, με έμφαση στη χρόνια νόσο του ΣΔ. Θα γίνει αναφορά επίσης, στο σωφρονιστικό σύστημα της Ελλάδας και στις επιπτώσεις του εγκλεισμού, για να αναδειχθούν όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι διαβητικοί κρατούμενοι. Οι βασικές αρχές διαχείρισης του ΣΔ στα καταστήματα κράτησης, όπως αυτές αποτυπώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία, θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές, αλλά και όλους τους επαγγελματίες υγείας που αποτελούν μέλη της διαβητολογικής θεραπευτικής ομάδας, να παρέχουν την καλύτερη δυνατή, τεκμηριωμένη φροντίδα στους κρατούμενους, στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΤΟ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ Ο ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΣ Το σωφρονιστικό σύστημα στην Ελλάδα

Τα καταστήματα κράτησης ως θεσμός αποτελούν βασικό συστατικό στοιχείο του σωφρονιστικού συστήματος κάθε χώρας και προβλέπεται να εξυπηρετούν τους εξής βασικούς στόχους: α) την τιμωρία του κρατούμενου για

το έγκλημα, με ποινές που αποσκοπούν στη στέρηση της ελευθερίας τους για την ασφάλεια της κοινωνίας, β) τη διασφάλιση των βασικών ατομικών δικαιωμάτων των κρατούμενων, ταυτόχρονα με την ομαλή λειτουργία των σωφρονιστικών καταστημάτων και γ) την κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή αποκατάσταση των κρατούμενων (Ρηγούτσου 2005). Τα καταστήματα κράτησης λοιπόν, έχουν ως στόχο την ασφαλή κράτηση των κρατούμενων, τη διατήρηση και τη βελτίωση της ευζωίας των κρατούμενων και την επίτευξη των δύο παραπάνω στόχων με τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα και οικονομία (Κουλιεράκης 2012).

Στην Ελλάδα ως «Κατάστημα Κράτησης» νοείται η ειδική περιφερειακή υπηρεσία του Υπουργείου Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων που υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση Σωφρονιστικής Πολιτικής. Οι κρατούμενοι είναι όσοι εκτίουν ποινές ή μέτρα ασφαλείας κατά της ελευθερίας, οι υπόδικοι (προφυλακισμένοι ή προσωρινά κρατούμενοι), οι κρατούμενοι για χρέη ή για άλλο λόγο, σε εκτέλεση απόφασης πολιτικού δικαστηρίου, οι οφειλέτες χρηματικής ποινής και οι παραμένοντες (αλλοδαποί που μετά την αποφυλάκισή τους παραμένουν κρατούμενοι έως τη δικαστική απόλυσή τους ή τη χορήγηση άδειας παραμονής στη χώρα). Με πρόσφατο νομοθέτημα, τα καταστήματα κράτησης χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: σε Α, Β και Γ κατηγορία, με αυτές του Γ τύπου να μετατρέπονται σε υψίστης ασφαλείας. Στην πρώτη κατηγορία, τύπου Α, κρατούνται υπόδικοι και κατάδικοι για χρέη και όσοι γενικά εκτίουν ποινές φυλάκισης έως πέντε χρόνια. Στη δεύτερη, τύπου Β, κρατούνται υπόδικοι, αλλά και κατάδικοι με «μεσαίας» ποινικής αξιολόγησης παραβατική συμπεριφορά, κακουργήματα που επισύρουν καθήξεις όχι όμως ισόβια. Στα καταστήματα τύπου Γ' υψίστης ασφαλείας, φιλοξενούνται κρατούμενοι για τρομοκρατία, εσχάτη προδοσία, ανθρωποκτονία χωρίς ελαφρυντικά, εκβίαση και ληστεία, στο πλαίσιο εγκληματικής οργάνωσης. Σε αυτές καταργούνται δικαιώματα, όπως οι άδειες, τα επισκεπτήρια, η επικοινωνία με συγγενείς και άλλους κρατούμενους, τα μαθήματα και η εργασία. Όλοι οι υπόδικοι και κατάδικοι που κρατούνται στα καταστήματα τύπου Γ' μεταγονται, νοσηλεύονται εκτός φυλακών και προσάγονται στα δικαστήρια, μόνο με την ευθύνη της ειδικής ομάδας φρούρησης των σωφρονιστικών καταστημάτων (άρθρο 20 παρ. 1, του Ν. 3772/2009, ΦΕΚ Α' 112/10-7-2009).

Στο προσωπικό κάθε καταστήματος κράτησης ανήκει το ιατρικό προσωπικό (ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και οδοντίατροι, μόνιμοι ή με σύμβαση), καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλεύτες και βοηθοί ή άλλα μέλη του προσωπικού, στα οποία έχουν ανατεθεί καθήκοντα νοσηλευτών με ημερήσια διαταγή του διευθυντή του καταστήματος). Επίσης, υπάρχει και το ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, όπως είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, εγκληματολόγοι,

κοινωνιολόγοι και εκπαιδευτικοί στα σχολεία δεύτερης ευκαιρίας που λειτουργούν στο κατάστημα.

Στον Εσωτερικό Κανονισμό της Λειτουργίας των Γενικών Καταστημάτων Κράτησης στην Ελλάδα, δίνεται η περιγραφή των δικαιωμάτων/υποχρεώσεων των κρατούμενων και οι αρμοδιότητες του προσωπικού που εξασφαλίζουν την εύρυθμη λειτουργία του σωφρονιστικού συστήματος (ΦΕΚ463/17-4-2003, Τεύχος Β'). Αναφορικά με τα δικαιώματα των κρατούμενων, όλοι μπορούν να ασκούν τα δικαιώματα που τους αναγνωρίζει το Σύνταγμα και ειδικά σε ό,τι αφορά στον τομέα της υγείας τα δικαιώματα των κρατούμενων φαίνονται στον πίνακα 1.

Ωστόσο, στα ελληνικά καταστήματα κράτησης υπάρχει σημαντικό πρόβλημα με την παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, καθώς η έλλειψη μόνιμου ιατρικού προσωπικού και εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού είναι σημαντική. Επιπλέον, αναφορικά με τις βασικές συνθήκες υγιεινής υπάρχει δραματική έλλειψη και συγκεκριμένα, σε Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Ελλάδα σχετικά με την πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας στα καταστήματα κράτησης «...ένα ικανοποιητικό επίπεδο Υγειονομικής περιθαλψής θα παραμείνει σχεδόν βέβαια ανέφικτο έως ότου επιλυθούν τα γενικά Προβλήματα συνωστισμού, κακής υγιεινής και ανεπάρκειας του συστήματος απασχολήσεως» (Ρηγούτσου 2005). Η αλήθεια είναι ότι στα καταστήματα κράτησης στην Ελλάδα, υπάρχει επιπλέον, μεγάλο πρόβλημα υπερπληθυσμού των κρατούμενων, ο οποίος σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού (η αναλογία μεταξύ σωφρονιστικών υπαλλήλων και κρατούμενων είναι 1/5) συνιστά μια πολύ βασική δυσλειτουργία του Σωφρονιστικού Συστήματος (Κουλιεράκης 2012).

Η εμπειρία του εγκλεισμού

Η υγεία των κρατούμενων επηρεάζεται από διαρθρωτικούς παράγοντες (θεσμικούς, περιβαλλοντικούς, πολιτικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς), αλλά και από τη σωματική και ψυχική κατάσταση των ίδιων των κρατούμενων. Το πώς ανταποκρίνονται οι κρατούμενοι στον εγκλεισμό είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας λοιπόν, που πρέπει να μελετάται. Παράγοντες όπως οι ψυχολογικές πιέσεις της φυλάκισης, ο κοινωνικός κόσμος της φυλακής, ο αποκλεισμός από την κοινωνία, αλλά και η επίδραση του ίδιου του ιδρύματος με το καθεστώς και την αρχιτεκτονική του θα πρέπει να εξετάζονται (Butler et al 2004, De Viggiani 2007, Togas 2014).

Ο εγκλεισμός είναι πλέον η πιο σοβαρή ποινή που μπορεί να δοθεί σε άτομα τα οποία διέπραξαν αξιόπινες πράξεις με στόχο ωστόσο, το σωφρονισμό (Morgan 1992, Waplington & Ledwith 1995). Σύμφωνα με τη Ρηγούτσου (2005), η διαδικασία του εγκλεισμού συνιστά μια περίπλοκη και τραυματική εμπειρία για τον κρατούμενο, καθώς αυτή συνεπάγεται: α) τη βίαιη αποκοπή του ατόμου από το οικείο οικογενειακό και κοινωνικό

Πίνακας 1. Τα δικαιώματα των κρατούμενων σε θέματα υγειονομικής φροντίδας (ΦΕΚ463/17-4-2003, Τεύχος Β').

- Να απολαμβάνουν ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, ανάλογου επιπέδου με αυτό του λοιπού πληθυσμού.
- Να εξετάζονται από τον ιατρό του καταστήματος κατά την εισαγωγή τους και στη συνέχεια ανά εξάμηνο, ή όποτε το ζητήσουν.
- Να παρακολουθούνται, αν το επιθυμούν, από θεράποντες ιατρούς της επιλογής τους με παρουσία του ιατρού του καταστήματος και με δικές τους δαπάνες.
- Να καλούν τον ιατρό του καταστήματος ή ιατρό της επιλογής τους για τη διαπίστωση της κατάστασης της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής τους υγείας, όταν κατέρχονται σε απεργία πείνας.
- Να καλείται ο τοπικά αρμόδιος ιατροδικαστής ή ιατρός σύμφωνα με το άρθρο 24 παρ. 4 Σωφρονιστικού Κώδικα σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ ιατρού του καταστήματος και του ιατρού της επιλογής των κρατουμένων.
- Να παραπέμπονται για νοσηλεία σε θεραπευτικό κατάστημα κρατουμένων ή σε δημόσιο, δημοτικό, κοινοτικό ή άλλο θεραπευτήριο, αν δεν είναι δυνατή η νοσηλεία τους στο κατάστημα όπου κρατούνται.
- Να αρνούνται, εφόσον δεν συναινούν, να υποβληθούν σε κάθε είδους ιατρική ή εργαστηριακή εξέταση, ιατρο-χειρουργική επέμβαση ή θεραπευτική αγωγή, εκτός εάν υπάρχει υπόνοια μεταδοτικού νοσήματος που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία των λοιπών κρατουμένων.
- Να μην υποβάλλονται, ακόμη και αν συναινούν, σε ιατρικά ή συναφή πειράματα που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή και την υγεία τους ή προσβάλλουν την αξιοπρέπεια και την προσωπικότητά τους.
- Να εισάγονται σε ειδικό τμήμα νοσηλείας του καταστήματος κράτησης ή σε θεραπευτικό κατάστημα κράτησης, αν ασθενήσουν ή παρουσιάσουν έντονα προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Να λαμβάνουν κατάλληλη διατροφή από το κράτος, τρεις φορές την ημέρα, βάσει εναλλασσόμενων εβδομαδιαίων προγραμμάτων συσσιτίου.
- Να προμηθεύονται, εφ' όσον το επιθυμούν, με δικές τους δαπάνες, πρόσθετα τρόφιμα ή άλλα επιτρεπόμενα είδη από το πρατήριο – καντίνα, ή το κυλικείο ή τον επιλεγμένο προμηθευτή του καταστήματος.
- Να καλύπτονται οι ανάγκες ειδικής διαίτας ή συμπληρωματικής τροφής για λόγους υγείας, ύστερα από γραπτή γνώμη του ιατρού του καταστήματος ή να προμηθεύονται, σύμφωνα με τα παραπάνω, είδη και να παρασκευάζουν φαγητό με απόφαση του διευθυντή κατόπιν σύμφωνης γνώμης του ιατρού.
- Να υπάγονται σε ασφάλιση του ΙΚΑ κατά του κινδύνου ατυχήματος, αν εργάζονται σε ορισμένες θέσεις ή παρακολουθούν προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης.
- Να λαμβάνουν γνώση, προφορικά ή με χορήγηση αντιγράφων, αυτοπροσώπως ή με νόμιμο εκπρόσωπό τους, των μητρώων και ατομικών δελτίων που τηρούνται στο κατάστημα σύμφωνα με το άρθρο 23 παρ. 2 - 5 Σωφρονιστικού Κώδικα, καθώς και του μητρώου ιατρικών εξετάσεών τους.

περιβάλλον και την εξίσου βίαιη ένταξή του σε ένα άγνωστο ή αρνητικά αναπαριστώμενο περιβάλλον, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, β) τη διατάραξη των οικογενειακών σχέσεων, γ) την επαγγελματική και οικονομική κατάρρευση, δ) την έλλειψη προοπτικής για κοινωνική ή επαγγελματική αποκατάσταση (ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της φυλάκισης και όταν έχει επιβληθεί ποινή μεγάλης διάρκειας) και ε) το στιγματισμό του κρατούμενου και την πρόσληψή του ως «κακού», «επικίνδου-

νου», «εγκληματία», φυλακισμένου». Σε περιπτώσεις επίσης, μακροχρόνιου εγκλεισμού, επέρχεται «ιδρυματισμός», δηλαδή η απόλυτη εξάρτηση του ατόμου από το κατάστημα κράτησης (Τσαλικογλου 1996) .

Ως απάντηση στο υπερβολικό στρες που βιώνει ο κρατούμενος, ο οργανισμός του κινητοποιεί συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας-προσαρμογής. Η ανάπτυξη των μηχανισμών άμυνας δίνει στον κρατούμενο την αίσθηση ότι ακόμη διατηρεί κάποιον έλεγχο στη ζωή του. Για

παράδειγμα, οι κρατούμενοι μπορεί να υιοθετήσουν ως μηχανισμούς δευτερογενούς προσαρμογής, τη δημιουργία ταραχών ή στάσεων και τις σύντομες κινήσεις απείθειας (π.χ. αποχή από το φαγητό, έλλειψη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση χρόνιας νόσου ή ανάπτυξη μιας υποκοουλτούρας). Οι προσπάθειες αυτές ερμηνεύονται ως απόπειρες ανάκτησης της αίσθησης ελέγχου πάνω στο περιβάλλον (Goffman 1968). Πιθανά, στη φάση αυτή του επανελέγχου της ζωής τους να είναι πιο σημαντικό το θέμα του εγκλεισμού τους με όλους τους περιορισμούς που αυτός συνεπάγεται (όπως π.χ. η ελευθερία στη στέρνηση αγαθών και υπηρεσιών, η σεξουαλική στέρνηση και η στέρνηση αυτονομίας και ασφάλειας), παρά η οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια που βιώνουν και οι μακροχρόνιες επιπτώσεις της (Sykes 1958). Ο παράγοντας του εγκλεισμού επηρεάζει την ψυχική υγεία των κρατούμενων, καθώς με βάση την επιβίωση τους, καλούνται να αντιμετωπίσουν διάφορες προκλήσεις, με στόχο την προσαρμογή τους στο νέο περιβάλλον, την ανακούφισή τους από το άγχος και τη διατήρηση μιας ποιότητας ζωής.

ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ

Συχνά νοσήματα

Μέχρι πρόσφατα, υπάρχει περιορισμένη πληροφόρηση σχετικά με τα θέματα υγείας των κρατούμενων, ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες. Ο μικρός αριθμός των δημοσιευμένων άρθρων δείχνει ότι η έρευνα στο συγκεκριμένο θέμα είναι σποραδική, χωρίς να δείχνει αποτελέσματα που μπορούν να γενικευτούν. Αναφορικά με το είδος των προβλημάτων υγείας στους κρατούμενους, προεξάρχουν οι ψυχολογικές/ψυχιατρικές διαταραχές, η χρήση ουσιών, οι μεταδοτικές ασθένειες (AIDS, ηπατίτιδα), ενώ δεν παύουν να υπάρχουν και τα χρόνια νοσήματα όπως είναι ο ΣΔ (Gough et al 2000, Watson et al 2004, Katon et al 2004, Gore & Bird 2000). Επίσης, καθώς η πλειοψηφία των κρατούμενων είναι άντρες, ηλικίας μικρότερης των 40 ετών, εμφανίζουν πολλά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα οξείας μορφής, εξαιτίας των ανθυγιεινών συμπεριφορών υγείας που διατηρούσαν πριν τον εγκλεισμό τους (κατάχρηση αλκοόλ, ναρκωτικών και κάπνισμα) (Mac Farlane 1996). Αναφορικά με τα προβλήματα υγείας των κρατούμενων στην Ελλάδα, στη βιβλιογραφία δεν βρέθηκε καμία επιδημιολογική μελέτη. Εντοπίστηκε μια μόνο σχετικά παλιά μελέτη, η οποία καταγράφει το ποσοστό των κρατούμενων που πάσχουν από ηπατίτιδες και AIDS (Malliori et al 1998) και μία άλλη μελέτη, που κάνει αναφορά στους χρήστες ουσιών σε σχέση με τις επικίνδυνες συμπεριφορές που αυτοί εμφανίζουν, σχετικά με τη νόσο του AIDS (Koulierakis et al 2000).

Όστόσο, από το 1984 η Smith και πιο πρόσφατα η Evans (2005) ομαδοποίησαν τα διάφορα προβλήματα που μπορεί να εκδηλώσουν οι κρατούμενοι, τα οποία οφείλονται: α) στο κοινωνικό τους προφίλ, β) στην προ-

γούμενη κατάσταση υγείας τους, γ) στις περιορισμένες θετικές συμπεριφορές υγείας, δ) στις υψηλού κινδύνου, αρνητικές συμπεριφορές υγείας, ε) στο περιβάλλον του καταστήματος κράτησης, στ) σε μεταδιδόμενα νοσήματα, ζ) σε ψυχιατρικά προβλήματα, η) σε χρόνια νοσήματα, θ) στην αδυναμία πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και ι) στην έλλειψη βασικών γνώσεων των κρατούμενων και των σωφρονιστικών υπαλλήλων για θέματα υγείας, όπως και των εξειδικευμένων γνώσεων των επαγγελματιών υγείας. Αναλυτικότερα:

α) Κοινωνικό προφίλ. Το κοινωνικό προφίλ των κρατούμενων διαφέρει από του γενικού πληθυσμού. Λόγω της χαμηλότερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, οι κρατούμενοι εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση ασθενειών, όπως είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

β) Προηγούμενη κατάσταση υγείας. Σε πολλές χώρες, οι περισσότεροι κρατούμενοι εμφάνιζαν προβλήματα υγείας, αλλά είχαν περιορισμένη πρόσβαση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης πριν τον εγκλεισμό τους, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, για οικονομικούς και γεωγραφικούς λόγους (Glaser & Greifinger 1993, Hornung et al 2002).

γ) Περιορισμένες, θετικές συμπεριφορές υγείας. Η πλειοψηφία των κρατούμενων έχουν ελάχιστο χρόνο στη διάθεσή τους για να ασκηθούν και επίσης δεν λαμβάνουν οδηγίες για υγιεινή διατροφή (Davies et al 1995).

δ) Υψηλού κινδύνου, αρνητικές συμπεριφορές υγείας. Πολλοί από τους κρατούμενους καπνίζουν σε υπερβολικό βαθμό, ενώ αναφέρουν συχνά την κατάχρηση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, φαρμακευτικών προϊόντων ή/και αλκοόλ πριν τον εγκλεισμό τους (Peters et al 1997).

ε) Περιβάλλον κράτησης. Όλοι οι κρατούμενοι είναι ευάλωτοι, ιδιαίτερα τη στιγμή που εισέρχονται στο σωφρονιστικό σύστημα. Αντιμετωπίζουν ένα άγνωστο περιβάλλον, είναι συχνά φοβισμένοι και μπορεί να αποχωρίζονται την οικογένειά τους για πρώτη φορά. Οι νεαροί παραβάτες βιώνουν πιο έντονα αυτά τα συναισθήματα και μπορεί επίσης να είναι ευάλωτοι σε εκφοβισμό ή σε σωματική και σεξουαλική κακοποίηση από τους μεγαλύτερους τροφίμους. Συχνά στο σωφρονιστικό σύστημα λειτουργεί μια ανεπίσημη δομή εσωτερικής εξουσίας, καθώς δημιουργούνται «κάστες» με αφεντικά, υποτελείς και απόβλητους (συνήθως οι παραβάτες σεξουαλικής φύσεως). Αυτό το ανεπίσημο σύστημα λειτουργίας, μπορεί να αποτελέσει πραγματικό εμπόδιο για την παροχή σωστής υγειονομικής περίθαλψης, π.χ. μπορεί να οδηγήσει σε εκφοβισμό για την αίτηση λήψης φαρμάκων από τους κρατούμενους ή στην εσωτερική εμπορία φαρμάκων μεταξύ τους.

στ) Μεταδιδόμενα νοσήματα (ηπατίτιδες, AIDS κ.α.). Το πρόβλημα της εμφάνισης αυτών των νοσημάτων δεν αφορά μόνο το περιβάλλον των καταστημάτων κράτησης, αλλά αποτελεί ένα πρόβλημα γενικότερα, της Δημό-

σιας Υγείας. Η διαβίωση σε κλειστό περιβάλλον με πολλά άτομα στα κελιά, αυξάνει τον κίνδυνο για την υγεία, εξαιτίας διαφόρων μεταδοτικών ασθενειών, όπως για παράδειγμα της φυματίωσης, που συσχετίζονται με τη ροή του αέρα (Heimbarger et al 1993). Επίσης, όταν η πρόσβαση σε βασικές συνθήκες υγιεινής είναι ελλιπής, η συχνότητα εμφάνισης ασθενειών που μεταδίδονται δια της στοματικής οδού αυξάνεται όπως και τα κρούσματα τροφικών δηλητηριάσεων εξαιτίας των κακών εγκαταστάσεων και του μη σωστού χειρισμού της μεταφοράς των κρατούμενων (Meehan et al 1992).

ζ) Ψυχιατρικές νόσοι. Πρόκειται για μια πηγή υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας για τους κρατούμενους (Andersen 2004). Τα ποσοστά ατόμων που πάσχουν κυρίως από κατάθλιψη είναι υψηλά και τις περισσότερες φορές παραμένουν αδιάγνωστα. Ο κίνδυνος αυξάνει, καθώς οι συναισθηματικές διαταραχές σχετίζονται άμεσα με την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

η) Χρόνια προβλήματα υγείας (ΣΔ, άσθμα, καρδιαγγειακά νοσήματα, επιληψία). Ενώ οι αρχές της φροντίδας στα καταστήματα κράτησης, είναι οι ίδιες με εκείνες στην κοινότητα, η εποπτεία και η παρακολούθηση των κρατούμενων ασθενών μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη σε αυτούς τους χώρους. Το προσωπικό των καταστημάτων κράτησης δεν είναι εκπαιδευμένο να αναγνωρίζει τα βασικά σημεία και συμπτώματα της επιδείνωσης στις χρόνιες νόσους, ώστε να αναζητείται εγκαίρως η κατάλληλη αξιολόγηση και θεραπεία από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, χωρίς να θεωρείται ότι πρόκειται για αποκόμιση δευτερογενούς οφέλους από την πλευρά των κρατούμενων.

θ) Αδυναμία πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες. Οι κρατούμενοι δεν έχουν την ίδια πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, ούτε και στη λήψη φροντίδας σε εξειδικευμένα προβλήματα υγείας τους από συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες ή εξειδικευμένους νοσηλευτές.

ι) Η έλλειψη βασικών γνώσεων των κρατούμενων και των σωφρονιστικών υπαλλήλων για θέματα υγείας, όπως και των εξειδικευμένων γνώσεων των επαγγελματιών υγείας. Η υποστήριξη, η εκπαίδευση και ο εξοπλισμός που διαθέτουν τα καταστήματα κράτησης, συχνά δεν βοηθούν να βελτιωθεί η υπάρχουσα κατάσταση υγείας των κρατούμενων με χρόνιες νόσους. Επίσης, αξιοσημείωτο είναι ότι οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι παρόλο που εργάζονται σε ένα περιβάλλον ιδιαίτερα στρεσογόνο, έχουν μειωμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση και την προαγωγή ακόμη και της δικής τους υγείας. Το κάπνισμα, η κατάχρηση του αλκοόλ και η ανθυγιεινή διατροφή, τους καθιστούν σε υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση καρδιαγγειακών και άλλων νόσων, σε σχέση με άλλα επαγγέλματα (Ainsworth et al 1994). Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας των καταστημάτων κράτησης έχουν και

αυτοί μειωμένη πρόσβαση σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ακόμη και σε ό,τι αφορά στη διαχείριση συχνών, χρόνιων προβλημάτων υγείας.

Ο σακχαρώδης διαβήτης

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA 2013), περισσότεροι από 2 εκατομμύρια άνθρωποι είναι κρατούμενοι σε διάφορα σωφρονιστικά ιδρύματα της χώρας, από τους οποίους σχεδόν οι 80.000 πάσχουν από ΣΔ (επιπολασμός 4,9%). Στην Αγγλία, ο ΣΔ των κρατούμενων είναι 2-8 φορές πιο συχνός από ότι στο γενικό πληθυσμό (Marshall et al 2000). Επίσης στη Γαλλία, ο επιπολασμός της νόσου υπολογίστηκε στο 6.7% (Bayle et al 2011). Στην Αυστραλία επίσης, σύμφωνα με το Αυστραλιανό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας (2006), οι κρατούμενοι αναφέρεται ότι κατέχουν το 11.6%, το οποίο είναι τρεις φορές υψηλότερο από το γενικό πληθυσμό της χώρας. Υπολογίζεται επίσης, ότι για κάθε έναν διαβητικό, υπάρχει και άλλος ένας που δεν έχει διαγνωστεί ακόμη (Barr et al 2006).

Στη βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκαν επιδημιολογικά δεδομένα που να αφορούν στον επιπολασμό της νόσου του ΣΔ για τον πληθυσμό των κρατούμενων στα Ελληνικά Καταστήματα Κράτησης.

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ

Παρά τη σαφή διατύπωση των δικαιωμάτων των κρατούμενων και τις συγκεκριμένες αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα σωφρονιστικά καταστήματα, η παροχή υπηρεσιών υγείας στους κρατούμενους σε πολλές περιπτώσεις, θεωρείται πλημμελής. Ωστόσο, το σωφρονιστικό σύστημα κάθε χώρας, οφείλει να εναρμονίζεται με τους στόχους του ευρύτερου δημόσιου συστήματος υγείας και να επικεντρώνεται όχι μόνο στην παροχή ιατρικής φροντίδας, αλλά στη διασφάλιση της μελλοντικής αποκατάστασης της υγείας των κρατούμενων, ακόμη και μετά την αποφυλάκισή τους (Waplington and Ledwith 1995, Jacoby & Kozie- Peak 1997). Στο πλαίσιο αυτό, θα πρέπει να εκπαιδεύεται τόσο το υγειονομικό προσωπικό των καταστημάτων κράτησης, αλλά και οι ίδιοι οι κρατούμενοι ώστε να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες για την αυτοφροντίδα τους.

Σχετικά με το ΣΔ, τα καταστήματα κράτησης θα πρέπει να διαθέτουν γραπτές πολιτικές και διαδικασίες για τη διαχείρισή του, αλλά και για την κατάρτιση του ιατρικού και σωφρονιστικού προσωπικού στις πρακτικές φροντίδας των ασθενών/κρατούμενων με διαβήτη. Οι πολιτικές των Καταστημάτων επίσης, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη θέματα όπως οι ανάγκες ασφαλείας, οι μεταγωγές των κρατούμενων από το ένα κατάστημα σε άλλο, καθώς και η διαθεσιμότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του εξοπλισμού ώστε να παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα σε όλα τα επίπεδα π.χ. σε επί-

πεδο πρόληψης, θεραπείας, αλλά και αποκατάστασης, ειδικά όταν εμφανίζονται επιπλοκές (απώλεια όρασης, καρδιαγγειακά επεισόδια, νεφρική ανεπάρκεια, ακρωτηριασμός ποδιού κ.α.). (Leivesley & Booth 2009). Σημαντικό επίσης είναι να ενθαρρύνεται ή τουλάχιστον να επιτρέπεται στους ασθενείς κρατούμενους, η αυτο-διαχείριση της νόσου τους, όπως και να αναγνωρίζονται οι ασθενείς υψηλού κινδύνου όπως είναι οι έγκυες γυναίκες, άτομα με επιπλοκές, με ιστορικό επαναλαμβανόμενων κρίσεων υπογλυκαιμίας κ.λπ (Gill et al 1992).

Η Βρετανική Διαβητολογική Εταιρεία (ΒΔΕ) υποστηρίζει ότι η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων για το ΣΔ δεν κοστίζει επιπλέον στο σωφρονιστικό σύστημα πέρα από κάποιες επισκέψεις διαιτολόγων ή εξειδικευμένων νοσηλευτών στο ΣΔ στα καταστήματα κράτησης, σε μηνιαία βάση. Επιπλέον, ο Βρετανικός μη κερδοσκοπικός σύλλογος ασθενών με ΣΔ (UK's Leading Diabetes Charity) σε συνεργασία με τη ΒΔΕ εξέδωσε εγχειρίδιο σχετικά με τη διαχείριση του ΣΔ από τους κρατούμενους. Στο εγχειρίδιο αυτό, καταγράφονται με απλά λόγια, πληροφορίες όπως τι είναι ο ΣΔ και ποιοι είναι οι τύποι του, τα συμπτώματά του, ο τρόπος διαχείρισής του, θέματα διατροφής και φυσικής άσκησης, όπως και η σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Σημαντικό είναι το μέρος του εγχειριδίου στο οποίο δίνονται απαντήσεις στους κρατούμενους για το πώς να ζητούν και να λαμβάνουν φροντίδα υγείας στο σωφρονιστικό κατάστημα, όπως για παράδειγμα ότι έχουν το δικαίωμα να καλέσουν ιδιωτικά κάποιον ιατρό εκτός ιδρύματος, αλλά και για το τι να κάνουν εάν είναι δυσαρεστημένοι με τη φροντίδα που δέχονται.

Η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία (ADA 2003, 2008) έχει επίσης εκδώσει μια σειρά κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για τη φροντίδα ασθενών με ΣΔ που αφορούν συγκεκριμένα κρατούμενους σε σωφρονιστικά ιδρύματα, τα οποία συνεχώς αναθεωρούνται (ADA 2013) και αναδημοσιεύονται στην αρχή του κάθε έτους. Στο εγχειρίδιο των σχετικών οδηγιών δίνεται έμφαση όχι τόσο στις γενικές οδηγίες για τη διαχείριση του ΣΔ, αλλά σε εκείνα τα θέματα όπου οι κρατούμενοι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν, ή να χρειάζονται διαφορετική αντιμετώπιση, λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών στα Καταστήματα Κράτησης.

Κατευθυντήριες οδηγίες

Στη συνέχεια, γίνεται ενδεικτικά αναφορά σε κάποιες συστάσεις, που είναι εξειδικευμένες για ασθενείς κρατούμενους (ADA 2013):

1. Κλινική αξιολόγηση για το νέο κρατούμενο με ΣΔ

- Ασθενείς που είναι διαγνωσμένοι με ΣΔ θα πρέπει να συνοδεύονται από ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό. Πραγματοποιείται φυσική εξέταση από τον ιατρό του σωφρονιστικού Καταστήματος σε άμεσο χρόνο, αμέσως μετά την άφιξη του κρατούμενου στο Κατάστημα.
- Οι ινσουλινο-εξαρτώμενοι ασθενείς θα πρέπει να εξε-

τάζονται σε προτεραιότητα, 1-2 ώρες μετά την άφιξή τους

- Η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής συνεχίζεται χωρίς διακοπή και στο περιβάλλον του σωφρονιστικού καταστήματος

2. Επείγουσες καταστάσεις

- Το σωφρονιστικό προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδευτεί στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της υπο και υπεργλυκαιμίας, όπως και γενικότερα στη θεραπεία του ΣΔ.
- Το σωφρονιστικό προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδευτεί στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της σοβαρής μεταβολικής αντιρρόπησης, και να παραπέμψει αμέσως τον ασθενή για την κατάλληλη ιατρική φροντίδα.
- Τα καταστήματα κράτησης θα πρέπει να εφαρμόσουν μια πολιτική που να απαιτεί από το σωφρονιστικό προσωπικό να ενημερώνει τον αρμόδιο γιατρό του καταστήματος για όλα τα αποτελέσματα των μετρήσεων που παρεκκλίνουν από τα καθορισμένα όρια γλυκόζης (π.χ, <50 or >350 mg/dl).
- Να αναγνωρίζονται οι διαβητικοί τύπου 1, οι οποίοι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν διαβητική κετοξέωση.

3. Φαρμακευτική αγωγή

- Η συνταγολόγηση θα πρέπει να επιτρέπει τη χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων και ινσουλίνης για τη θεραπεία του ΣΔ και των συνοδών του καταστάσεων.
- Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις απαιτούμενες δόσεις της φαρμακευτικής τους αγωγής, όπως αυτή καθορίζεται από το σχέδιο θεραπείας.
- Τα σωφρονιστικά ιδρύματα και τα κρατητήρια της αστυνομίας θα πρέπει να εφαρμόζουν πολιτικές και διαδικασίες για να μειωθεί ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας κατά τη διάρκεια της εξόδου των κρατούμενων ασθενών (π.χ., εμφανίσεις στο δικαστήριο).

4. Γλυκαιμικός έλεγχος

- Στο σωφρονιστικό περιβάλλον, θα πρέπει να αναπτυχθούν πολιτικές και διαδικασίες που να εφαρμόζονται για την παρακολούθηση του γλυκαιμικού ελέγχου του κάθε ασθενούς.
- Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη HbA1c θα πρέπει να ελέγχεται κάθε 3-6 μήνες.

5. Εκπαίδευση του προσωπικού

- Όλο το σωφρονιστικό προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδευτεί σε θέματα διαχείρισης του ΣΔ.

6. Εκπαίδευση των κρατούμενων στην αυτο-φροντίδα

- Οι κρατούμενοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται στην εκπαίδευση για την αυτοφροντίδα τους. Η εκπαίδευση αυτή μπορεί να γίνεται μέσα από μία σταδιακή, εξατομικευμένη διαδικασία για κάθε κρατούμενο, η οποία θα προβλέπεται να διαρκεί, όσο διαρκεί και η κράτησή του.

7. Αλκοόλ και ουσίες

- Οι διαβητικοί ασθενείς που έχουν απεξαρτηθεί από

τις ουσίες και το αλκοόλ χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή. Η σωστή αρχική αναγνώριση και εκτίμηση των αναγκών αυτών των ασθενών, είναι κρίσιμης σημασίας. Η παρουσία του ΣΔ μπορεί να περιπλέξει την αποτοξίνωσή τους. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να κρατούνται σε εγκαταστάσεις που να διατίθεται ο κατάλληλος εξοπλισμός για να αντιμετωπίζονται οι επιπλοκές, ενώ θα πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους που συνδέονται με το κάπνισμα και να παρέχεται βοήθεια σε αυτούς για τη διακοπή του.

8. Μεταγωγή σε άλλο Κατάστημα ή Αποφυλάκιση

- Σε όλες τις μεταγωγές ή τις αποφυλακίσεις, θα πρέπει να συμπληρώνεται ένα ιατρικό ιστορικό που θα συνοδεύει τον κρατούμενο που πάσχει από ΣΔ.
- Ο κρατούμενος με ΣΔ θα πρέπει να έχει μαζί του κατά την μετακίνηση, όλο το συνοδό εξοπλισμό του και τη δέουσα φαρμακευτική αγωγή.
- Ο σχεδιασμός για τη συνεχιζόμενη φροντίδα και εκτός του σωφρονιστικού καταστήματος θα διευκολύνει τον κρατούμενο με ΣΔ στην ευκολότερη είσοδό του στην ευρύτερη κοινωνία.

Η διαβητολογική ομάδα στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Προκειμένου οι κρατούμενοι διαβητικοί να λαμβάνουν φροντίδα που να ανταποκρίνεται στα εθνικά πρότυπα (με την απαραίτητη πρόσβαση σε φάρμακα, την κατάλληλη διατροφή, την εξατομικευμένη περίθαλψη για υψηλού κινδύνου ασθενείς που εμφανίζουν επιπλοκές ή ιστορικό επαναλαμβανόμενων επεισοδίων σοβαρής υπογλυκαιμίας), απαιτείται μια διεπιστημονική συνολική προσέγγιση μεταξύ του διαβητικού κρατούμενου, του προσωπικού (σωφρονιστικού και υγειονομικού) των καταστημάτων κράτησης, αλλά και του εξωτερικού προσωπικού πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (ADA 2008, Booles & Clawson 2009, Bayle et al 2011).

Οι ιδιαίτερες ανάγκες υγείας των κρατούμενων έχουν ως αποτέλεσμα την υψηλή ζήτηση για υπηρεσίες, χροίως πρωτοβάθμιας φροντίδας στα καταστήματα κράτησης. Ωστόσο, τα πλαίσια που καθορίζουν τις πρακτικές υγείας των καταστημάτων κράτησης διεθνώς διαφέρουν. Για να καλύψουν αποτελεσματικότερα τις ανάγκες υγείας των κρατούμενων, ορισμένες χώρες έχουν προχωρήσει σε αναδιοργάνωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, όπως π.χ. η Αγγλία και η Ουαλία που έχουν μεταφέρει τις υπηρεσίες υγείας των φυλακών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και έτσι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης εστιάζει όλο και περισσότερο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Condon et al 2007). Η διασύνδεση του καταστήματος κράτησης με έναν τοπικό φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα ένα πρωτοβάθμιο ίδρυμα ή νοσοκομείο, στο οποίο θα υπάρχει ομάδα επαγγελματιών υγείας εξειδικευμένων στο ΣΔ, θα αποτελού-

σε την ενδεικτική λύση αντιμετώπισης του προβλήματος (MacFarlane 1996).

Για τους κοινοτικούς νοσηλευτές που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η προαγωγή της υγείας των κρατούμενων, αλλά και η διαχείριση των χρόνιων προβλημάτων υγείας τους απαιτεί υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων και δέσμευση, προκειμένου να καλύπτουν τις ανάγκες τους, γεγονός που τονίζεται ιδιαίτερα στη βιβλιογραφία (Department of Health 1999, Department of Health 2000). Παρ' όλα αυτά, το σύστημα παροχής φροντίδας στα καταστήματα κράτησης δεν είναι ακόμη συγκρίσιμο με αυτό που λειτουργεί στην κοινότητα (Dale & Woods 2001) και δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς, οι διευρυμένοι ρόλοι του κοινοτικού νοσηλευτή στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος. Δεδομένης της ύπαρξης των υγειονομικών ανισοτήτων στα καταστήματα κράτησης που έχουν άμεση επίπτωση στη δημόσια υγεία, είναι ζωτικής σημασίας να διερευνηθεί άμεσα ο ρόλος των νοσηλευτών που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να υπάρχουν τεκμήρια για τη βέλτιστη πρακτική στο σωφρονιστικό σύστημα υγείας (Gordon et al 2007).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συχνότερα χρόνια προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι στα σωφρονιστικά ιδρύματα είναι οι μεταδοτικές ασθένειες, οι ψυχιατρικές διαταραχές και ορισμένες χρόνιες νόσοι όπως είναι το άσθμα, η υπέρταση και ο ΣΔ. Μέχρι πρόσφατα λίγη προσοχή είχε δοθεί στη φροντίδα των χρόνιων ασθενειών σε χώρους των σωφρονιστικών καταστημάτων λόγω της ιδιαιτερότητας του συγκεκριμένου πληθυσμού των κρατούμενων. Συγκεκριμένα, σε ό,τι αφορά στο ΣΔ υπάρχει λίγη πληροφορία για την κατάσταση υγείας και τη διαχείριση της νόσου από κρατούμενους που βιώνουν την εμπειρία του εγκλεισμού σε σωφρονιστικά ιδρύματα, παρόλο που στη βιβλιογραφία εντοπίζονται κατευθυντήριες οδηγίες για την παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας από τα μέλη της διαβητολογικής ομάδας που λειτουργεί στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στα μέτρα βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας στους κρατούμενους διαβητικούς θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται τα εξής: να υπάρχει πρωτόκολλο θεραπείας, εγχειρίδιο αναγνώρισης και αξιολόγησης των προβλημάτων που δημιουργούνται από καταχρήσεις, σχεδιασμός και εφαρμογή των σχετικών θεραπευτικών προγραμμάτων με βάση τους διεθνείς κανόνες αντιμετώπισης των αναγκών των κρατούμενων, πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ενιαία αναφορά και καταγραφή των προσβάσιμων διαγνωστικών πληροφοριών.

Μείζονος σημασίας κρίνεται επίσης, η εκπαίδευση όχι μόνο των κρατούμενων για τη νόσο τους, αλλά και του προσωπικού των καταστημάτων κράτησης σχετικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες της φροντίδας των διαβητικών κρατούμε-

νων, για την επίτευξη της αυτόρκειας και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Οι συμβουλές και οδηγίες των ειδικών νοσηλευτών για το ΣΔ στους σωφρονιστικούς υπαλλήλους, θα αυξήσει σημαντικά την εμπιστοσύνη των κρατούμενων σε αυτούς πάνω σε θέματα αντιμετώπισης των επειγόντων καταστάσεων και στην ποικιλία των προβλημάτων που αφορούν στη διαχείρισή του.

Επιπλέον, η ενίσχυση των δικτύων υποστήριξης των κρατούμενων μετά την έξοδό τους από το κατάστημα κράτησης είναι σημαντική, ειδικά για αυτούς που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, όπως είναι ο ΣΔ. Για παράδειγμα, πολλοί κρατούμενοι όταν επιστρέφουν στην κοινότητα μετά από μια σύντομη περίοδο κράτησης, ο εγκλεισμός μπορεί να αποτελέσει μια ευκαιρία για την πρόληψη και θεραπεία των νόσων τους και την αντιμετώπιση των συμπεριφορών κινδύνου. Επομένως, προτείνεται η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας με στόχο τις ανθυγιεινές συμπεριφορές υγείας (π.χ. διακοπή καπνίσματος), την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων, τη διαχείριση του στρες, την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας κ.λπ.

Το γεγονός ότι από την ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας δεν εντοπίστηκε καμία μελέτη που να αφορά συγκεκριμένα σε πληθυσμό κρατούμενων που πάσχουν από ΣΔ, κάτι που αναδεικνύει σε μεγάλο βαθμό τη χρησιμότητά της στο επιστημονικό πεδίο, μπορεί να δώσει το ερέθισμα σε μελλοντικούς ερευνητές να προσεγγίσουν με διάφορους τρόπους το συγκεκριμένο θέμα. Μπορούν λοιπόν να διερευνηθούν οι ιδιαίτερες ανάγκες των κρατούμενων με ΣΔ, σε συνάρτηση με τις παροχές της υγειονομικής περίθαλψης μέσα στο σωφρονιστικό σύστημα, ιδίως όσον αφορά στη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, την αυτο-παρακολούθηση της πάθησης και τη δυνατότητα πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα μιας τέτοιας μελέτης θα μπορούσαν να παράσχουν πληροφόρηση στους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τη βελτίωση της υγείας των κρατούμενων, αλλά και στα στελέχη της διοίκησης και στους φορείς χάραξης πολιτικής για τα θέματα που αφορούν την υγεία, την ψυχική υγεία και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος κάθε χώρας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ainsworth, B.E., Garrett, J.M., Lopez, L.M., Dosser, P.E. & Stull, G.A. (1994). Cardiovascular disease risk factors in North Carolina correctional employees. *North Carolina Medical Journal*, 55(8):340-4.
- Alexander, M. (2010). *The new Jim Crow: mass incarceration in the age of color blindness*. New York: The New Press.
- American Diabetes Association (2003). Management of Diabetes in correctional institutions. *Diabetes care*, 26 : 129-130.
- American Diabetes Association (2008). Diabetes Management in Correctional Institutions. *Diabetes Care*, 31(Suppl 1): 87-93.
- American Diabetes Association (2013). Diabetes management in correctional institutions. *Diabetes care*, 36: 86-92.
- Andersen, H.S.(2004). Mental health in prison populations. A review-with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.110(Suppl 424):5-59.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2006). Towards a national prisoner health information system. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. Available from: <http://www.who.int/diabetes/actionnow/DAN_diabetesvoice_article.pdf> [Accessed October 2014].
- Barr, E. L. M., Magliano, D.J., Zimmet, P.Z., Polkinghorne, K.R., Atkins, R.C., Dunstan, D. W., Cameron, A. J., Dwyer, T., Talyor, H. R., Tonkin, A. M., Wong, T. Y., McNeil, J., & Shaw, J. E. (2006). The Australian diabetes, obesity and lifestyle study: tracking the accelerating epidemic: its causes and outcomes. Melbourne, International Diabetes Institute.
- Bayle, P., Lagarrigue, A. & Telmon, N.(2011) .Diabetes in prison: double the sentence or an opportunity for treatment? *Diabetes Voice*, 56:45-46.
- Blakeley, C.R. (2005). *America's prisons: the movement toward profit and privatization*. New York: Brown Walker Press.
- Booles, K. & Clawson.(2009) Breaking down barriers: Diabetes care in prisons. *Journal of Diabetes Nursing*, 13, (10): 388-389.
- Bureau of Justice Statistics - BJS. (2006). Prison statistics. <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/prisons.htm> (accessed October 2014)
- Butler, T., Kariminia, A., Levy, M. & Murphy, M. (2004). The self-reported health status of prisoners in New South Wales. *Australian N Z J Public Health*, 28 :344-50.
- Condon, L., Gill, H., & Harris, F. (2007). A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1201-1209.
- Dale, C., & Woods, P. (2001). Caring for Prisoners: RCN Prison Nurses Forum Roles and Boundaries Project. Royal College of Nursing. Available at: <http://www.rcn.org.uk> (accessed September 2014).
- Davies, A.G., Dominy, N.J., Peters, A., Bath, G.E., Burns, S.M. & Richardson, A.M. (1995). HIV in injecting drug users in Edinburgh: prevalence and correlates. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms and Human Retrovirology*, 8(4): 399-405.
- De Viggiani, N. (2007). Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. *Sociology of Health & Illness*, 29(1):115-135.
- Department of Health (1999). *The Future Organisation of Prison Health Care*. Department of Health, London.
- Department of Health (2000). *Nursing in Prisons*. Department of Health, London.
- Dumont, D.M., Brockmann, B., Dickman, S., Alexander, N. & Rich, J.D. (2012). Public health and the epidemic of incarceration. *Annual Review of Public Health*, 33:325-39.
- Evans, V .(2005). *Detainees: Care in Prison Custody*, United Kingdom: Elsevier Ltd
- Gill, G.V., MacFarlane, I.A. & Tucker, N.(1992). Care in British prisons: Existing problems and potential solutions. *Diabetic Medicine*, 9:109-13.
- Glaser, J.B. & Greifinger, R.B. (1993) *Correctional health care: A*

- public health opportunity. *Annals of Internal Medicine* 118:139-45.
- Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Aldine Transaction.
- Gore, S.M. & Bird, A.G. (2000). HIV, Hepatitis and drugs epidemiology in prisons. In: Shewan, D., Davies, J.B. (Eds) *Drug Use and Prisons. An International Perspective*, Harwood Academic Publishers, Singapore.
- Gough, E., Kempf, M.C., Graham, L., Manzanero, M., Hook, E.W., Bartolucci, A. & Chamot, E. (2010). HIV and hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high risk groups: a systematic review and meta-analysis, *BMC Public Health*, 10(1):777.
- Greenberg, G.A & Rosenheck, R.A. (2008). Jail incarceration, homelessness, and mental health: a national study. *Psychiatric Services*, 59(2):170-177.
- Heimbger, T.S., Chang, H.H., Birkhead, G.S., DiFerdinando, G.D., Greenberg, A.J., Gunn, R. & Morse, D.L. (1993). High prevalence of syphilis detected through a jail screening program. *Archives Of Internal Medicine*, 153:1799-804.
- Hornung, C.A., Greifinger, R.B. & Gadre, S.A. (2002). A Projection Model of the Prevalence of Selected Chronic Diseases in the Inmate Population. *Chicago, NCCHC*, 2: 39-56.
- IDF. *Diabetes Atlas*. (2013). 6th ed. International Diabetes Federation. www.idf.org/diabetes.atlas <http://www.idf.org/> (accessed October 2014).
- Jacoby, J.E. & Koziol-Peak, B. (1997). The benefits of social support for mentally ill offenders: prison-to-community transitions. *Behav Sci Law*, 15(4):483-501.
- Katon, W., von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., Ludman, E., Walker, E., Bush, T. & Young, B. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 27:914-92.
- Koulierakis, G., Gnardellis, C., Agrafiotis, D. & Power, K.G. (2000). HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. *Addiction*, 95(8):1207-1216.
- Loury, G.C. (2008). *Race, incarceration, and American values*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Leivesley, K. & Booth, D. (2009). A nurse-led diabetes clinic in a prison setting *Journal of Diabetes Nursing*, 13 (10): 390-395.
- MacFarlane, I.A. (1996). The development of healthcare services for diabetic prisoners. *Postgrad Med Jail*, 72:214-217.
- MacFarlane, L.A., Gill, G.V., Masson, E. & Tucker, N.H. (1992) Diabetes in prison: Can good can be achieved? *British Medical Journal*, 304(6820):152-155.
- Magnani, L. & Wray, H.L. (2006). *Beyond prisons: a new interfaith paradigm for our failed prison system*. Minneapolis, MN: Fortress Press.
- Malliori, M., Sypsa, V., Psychogiou, M., Touloumi, G., Skoutelis, A., Tassopoulos, N., Hatzakis A. & Stefanis, C. (1998). A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction*, 93(2): 243- 25.
- Marshall, T, Simpson, S, & Stevens, A. (2000) *Health Care in Prisons: A Health Care Needs Assessment*. Birmingham: University of Birmingham.
- Meehan, P.J., Atkeson, T., Kepner, D.E. & Melton, M. (1992). A foodborne outbreak of gastroenteritis involving two different pathogens. *American journal of Epidemiology*, 136:611-6.
- Morgan, R. (1992) Not just prisons: Reflections on prison disturbances. *Policy Studies*, 13(2): 4-17.
- National Commission on Correctional Health Care. (2002). *The health status of soon-to-be-released inmates: A report to Congress*. Vol. 2. Chicago: Author. (Cost-Effectiveness Studies, 81-166).
- Peters, R.H., Strozier, A.L., Murrin, M.R., & Kearns, W.D. (1997). Treatment of substance-abusing jail inmates Examination of gender differences. *J Substance Abuse Treatment*. 4: 339-349.
- Ramaswamy, R. & Freudenberg, N. (2007). Health Promotion in Jails and Prisons: An Alternative Paradigm for Correctional Health Services. In Greifinger RB. eds. *Public Health Behind Bars. From Prisons to Communities*, New York: Springer Publ.
- Smith, R. (1984). The physical health of prisoners. *British Medical Journal* (Clinical research ed). 288(6411): 129-32.
- Sykes, G (1958). *The society of captives*, Princeton: Princeton University Press.
- Togas, C., Raikou, M. & Niakas, D. (2014). An Assessment of Health Related Quality of Life in a Male Prison Population in Greece Associations with Health Related Characteristics and Characteristics of Detention. *BioMed Research International*. 14:1-9.
- UK's Leading Diabetes Charity. Having diabetes in prison. *Diabetes Uk* www.diabetes.org.uk. (Accessed September 2014).
- Unwin, N. & Marlin, A. (2004). Diabetes Action Now: WHO and IDF working together to raise awareness worldwide. *Diabetes Voice* [Internet] June, 49 (2). Available from: http://www.who.int/diabetes/actionnow/DAN_diabetesvoice_article.pdf (Accessed September 2014).
- Waplington, D. & Ledwith, F. (1995). Promoting health within prisons. *Critical Public Health*, 6(4): 28-38.
- Watson, R., Stimpson, A. & Hostick, T. (2004). Prison health care: a review of the literature. *International journal of nursing studies*, 41(2):119-28.
- White, P. & Whiteford, H. (2006). Prisons: mental health institutions of the 21st century? *Medical Journal of Australia*, 185(6):302-303.
- WHO (2005). Updated projections of global mortality and burden disease, 2002-2030: Data sources, methods and results. Mathers. C.D. & Dejan L. Evidence and Information for Policy Working Paper. <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodprojectionspaper.pdf>. (Accessed October 2014).
- Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Γενικών Καταστημάτων Κράτησης τύπου Α' και Β', ΦΕΚ 463/17-4-2003, Τεύχος Β' άρθρο 20 παρ. 1, του Ν. 3772/2009, ΦΕΚ Α' 112/10-7-2009.
- Κουλιεράκης, Γ. (2012). Ψυχολογικές επιπτώσεις του εγκλεισμού. Διαθέσιμο στο: www.breakoutproject.odl.org/home/nsph/.../Imprisonment.pdf. (Ανακτήθηκε: Οκτώβριος 2014).
- Ρηγοπούλου, Ε. (2005). Συμβουλευτική κρατούμενων. Εκδ. Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων, ΙΔΕΚΕ.
- Τόγκας (2013). Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) και ικανοποίηση από τη ζωή κρατούμενων στο κατάστημα κράτησης Κορίνθου. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα.
- Τσαλικογλου, Φ. (1996). *Μυθολογίες βίας και καταστολής*. Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση.