

Sechste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Patient or Prisoner?

Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft

1. bis 3. Februar 2012 in Genf

6ème conférence européenne pour la promotion de la santé en prison

Patient ou prisonnier

Pistes vers l'équivalence des soins en prison

1 au 3 février 2012 à Genève



Dokumentation



**6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft
Genf, 01.-03. Februar 2012
„Patient or Prisoner?“
Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft**

**6^{ème} conférence européenne pour la promotion
de la santé en prison - 1 au 3 février 2012 à Genève
Patient ou prisonnier ?
Pistes vers l'équivalence des soins en prison**

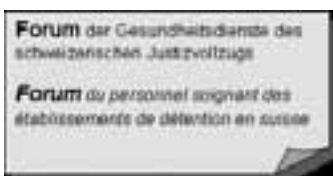


Documentation - Dokumentation



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik



Conférence des médecins pénitentiaires suisses (CMPSI)
Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte (KSG)
Conference of Swiss Prison Doctors (CSPD)
Conferenza dei medici penitenziari svizzeri (CMPS)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Commandes - Bestellungen:

akzept e.V. akzeptbuero@yahoo.de ; www.akzept.org

INHALT – TABLE DES MATIÈRES

Vorwort - Préface <i>PD Dr. Hans Wolff, Prof. Dr. Heino Stöver</i>	07
1 Vorträge Französisch - Exposés en français	
Ouverture d'une consultation extra-carcérale à la prison de la Santé : pour l'égalité des chances face aux aménagements de peine et aux alternatives à l'incarcération <i>Dr. Cyrille Canetti</i>	11
Service de santé indépendant : nécessité et réalisations : Conflit de double loyauté en prison <i>PD Dr. Hans Wolff</i>	24
Contrôleurs indépendants des conditions de détention. Une comparaison Suisse – France. L'exemple français <i>M. Jean-Marie Delarue</i>	31
Des contrôleurs indépendants des conditions de détention. Quelle structure en Suisse ? Quels problèmes ? Quelle efficacité ? <i>Jean-Pierre Restellini</i>	49
(Schweizer) Bundesgesetz über die Kommission zur Verhütung von Folter vom 20. März 2009	58
2 Vorträge Deutsch - Exposés en allemand	
Ethische Prinzipien der Gesundheitsfürsorge in Haft <i>Prof. Dr. Jörg Pont</i>	63
Europäische Trends in der Gesundheitsversorgung Drogenabhängiger in Haft <i>Dagmar Hedrich und Alessandro Pirona</i>	76

3 Vorträge Englisch - Exposés en anglais

Safer Prescribing

Prof. Dr. Michael Levy 93

WHO Health in Prisons Programme (HIPP)

Dr. Lars Møller 97

4 Arbeitsgruppen Deutsch - Groupes de travail en allemand

Gesundheitsangebote für Drogenabhängige: Vernetzung,
„Therapie statt Strafe“ –Therapie nach bedingter Entlassung

Lisa Jakob, Dr. Barbara Gegenhuber 105

Suizidalität und Traumafolgestörungen bei Inhaftierten –
Epidemiologie und Behandlungen

Marina Haller, Dr. Jens Wittfoot 111

Intramurale Versorgung und Übergangsmanagement von
lebensälteren und behinderten Gefangenen und ältere Gefangene
mit Migrationshintergrund

Kerstin Höltkemeyer-Schwick, Dr. Martin Oberfeld, Wilfried Weyl 121

Tabakprävention in Totalen Institutionen: Wie kann ein für alle
Beteiligten akzeptabler Weg effektiver Tabakprävention
gefunden werden?

Dr. Catherine Ritter, Prof. Dr. Heino Stöver 130

Bruch der ärztlichen Schweigepflicht in Haftanstalten und
Infektionskrankheiten - ihre psychosozialen (Aus-) Wirkungen
auf MitarbeiterInnen der Justizvollzugsanstalten und Inhaftierte

Bärbel Knorr, Magdalena Kramer, Rüdiger Wächter 143

Übergangsmanagement – bessere Begleitung bei Haftentlassung

Dr. Stefan Markus Giebel, Ruth Steffens 154

Medizinische Versorgung im schweizerischen Freiheitsentzug –
Eine Einführung in die Thematik

Dr. Benjamin F. Brägger 157

Das Projekt BIG - Innovative Modelle der Infektionsprophylaxe <i>Stefan Enggist, Karen Klaue</i>	164
5 Arbeitsgruppen französisch - Groupes de travail en français	
Immunité contre la rougeole parmi des détenus de la prison de Champ-Dollon et propositions d'une vaccination ciblée <i>Dr. Laurent Gétaz</i>	169
Measles immunity among inmates in a Swiss prison and proposition of targeted vaccination <i>Dr. Laurent Gétaz, PD Dr. Hans Wolff</i>	179
Programme d'échange de seringues Unité médicale à la Prison de Champ-Dollon, Genève, Suisse. <i>Nicolas Peigné</i>	181
Les soins infirmiers de première ligne en médecine pénitentiaire <i>Andreas Diemand</i>	185
ETUDE « parme » : Evaluation de la situation des personnes malades détenues relevant d'une démarche palliative dans les établissements pénitentiaires français <i>A. Godard, E. Cretin, A. Chassagne, E. Amzallag, S. Grignard , L. Pazart, R. Aubry</i>	191
Is there a role for a general practitioner (GP) in an adolescent correctional facility? Primary Care Services provided to adolescents in detention: The Geneva project « La Clairière » (<i>Abstract</i>) <i>Dr. Tina Huber-Gieseke, PD Dr. Hans Wolff</i>	197
6 Corner Stone Lab – französisch - français	
Protocole de prise en charge des problèmes d'alcool en prison : évaluation de l'acceptation par l'équipe (<i>Abstract</i>) <i>Dr. Jean-Pierre Rieder</i>	199

Les effets du principe de l'équivalence de soins sur la pratique médicale en prison (<i>Abstract</i>) <i>Dr. Messaoud Benmebarek</i>	200
7 Corner Stone Lab – Deutsch - allemand	
Macht es einen Unterschied, welches Ministerium für Gesundheit in Haft zuständig ist? Ein Plädoyer aus Community Perspektive <i>Peter Wiessner, Raminta Stuikyte, Ute Häusler-Jitoboh</i>	201
Justiz im Verzug. Zum Status Quo der Substitutionsbehandlung im bayerischen Justizvollzug <i>Florian Schäffler</i>	209
Entbindung und Haft. Zum Umgang mit Schwangeren im Vollzug (<i>Abstract</i>) <i>Eva-Verena Kerwien</i>	211
8.1 Genfer Erklärung zur Gesundheitversorgung in Haft <i>PD Dr. Hans Wolff, Prof. Jörg Pont, Prof. Dr. Heino Stöver</i>	213
8.2 Déclaration de Genève 2012 à propos de la santé en prison	221
8.3 Geneva Declaration 2012 on health care in prison	223
9 Poster	
GESTION DE LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPESEN PRISON; NOUVELLES RECOMMANDATIONS CANTONALES NEUCHATELOISES <i>F.Willemin, C.Perso, M.Hirrl, M.Mattasrt, C-F.Robert,R.Anderau, A.Hildenbrand, H.Wolff</i>	225
PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTOLOGIE EN MILIEU PENITENTIERE <i>Dr. Houda Rahay</i>	227

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE MENTALE DANS LA PRISON LIBANAISE CENTRALE POUR HOMMES Intervention de l'AJEM en santé mentale à la prison <i>Imad J., Nassif H., Khoury J., Zablit R., Farhat L., Aya H., Soufia M.</i>	222
ANGEBOTE ZUR BEHANDLUNG EINER DROGENABHÄNGIGKEIT IN GEFÄNGNISSEN IN ZENTRALASIEN <i>Dr. Ingo Ilja Michels</i>	237
ACCESS to treatment and harm reduction for drug users in custody <i>Prof. Dr. Heino Stöver, Dr. Heike Zurhold, Cinzia Brentari</i>	239
„RISIKOSITUATION TOLERANZBRUCH: ANALYSE VON DROGENTODESFÄLLEN NACH HAFTENTLASSUNG IN DEUTSCHLAND“ – VORSTELLUNG EINES STUDIENKONZEPTS <i>Dr. Axel Heinemann, Prof. Dr. Heino Stöver</i>	242
10 Referentinnen und Referenten – Conférenciers	245
11 Programmkomitee und Veranstalter - Organiseurs	251
12 Impressum und Dank Mentions Légales et Remerciements	253

VORWORT

„Patient or Prisoner? - Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft“

- 6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft
- Jahrestagung der Konferenz Schweizerische Gefängnisärzte
- Jahrestagung des Forums der Gesundheitsdienste des Schweizerischen Justizvollzugs

(1. bis 3. Februar 2012 in Genf/Schweiz)

Die Konferenz *„Patient or Prisoner? - Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft“* wurde vom 01.- 03. Februar 2012 in den Universitätskliniken Genf durchgeführt und gemeinsam mit der Jahrestagung der Konferenz Schweizerische Gefängnisärzte und der Jahrestagung des Forums der Gefängnisdienste des Schweizerischen Justizvollzuges organisiert.

Die thematischen Schwerpunkte wurden von den veranstaltenden PartnerInnen gemeinsam gesetzt, dabei wurden die Rückmeldungen der TeilnehmerInnen der vorangegangenen 5. Konferenz in Hamburg 2010 berücksichtigt: Folgende Konferenzthemen wurden insgesamt diskutiert und präsentiert:

- Qualitätsmanagement in Haft
- Pflege im Vollzug/Schnittstelle Pflege-Ärzte
- Arbeitsunfähigkeit von Bediensteten
- Gesundheitsförderung im Übergang (bei Hafteintritt sowie nach Haftentlassung)
- Versorgungsangebote für Jugendliche in Haft
- Versorgungsangebote für älter werdende Gefangene
- Versorgungsangebote für behinderte/multimorbide Gefangene
- Psychische/psychiatrische Erkrankungen
- Suchtmedizin
- Suizidalität
- Infektionen in Haft
- Zwangsbehandlung (Hungerstreik/Zwangsernährung, psychiatrische Zwangsbehandlung)

- Patientenrechte (keine freie Arztwahl, Zugang zu teurer Diagnostik und Therapie von 'Illegalen', 'sans papiers' in Haft)
- Unabhängigkeit der Gesundheitsdienste (Stichwort: Dual Loyalty).

Mit dieser Konferenz wollten die Veranstalter den Fachdiskurs gemeinsam mit den Schweizer PartnerInnen fortführen und neue Antworten auf zentrale Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in Haft geben.

Bereits seit 2004 verbinden die *Internationalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung in Haft* wissenschaftliche Theorie mit täglicher Vollzugspraxis und externen Unterstützungen, zuletzt im Herbst 2010 in Hamburg (Ergebnisse siehe www.gesundinhaft.eu).

Diese erfreulich produktive Form der Auseinandersetzung und des Austausches haben wir deshalb weiter fortgesetzt, weil die PartnerInnen mit einem gemeinsamen Problemhintergrund auf die Herausforderungen, die der Vollzugsalltag an Praxis, Politik und Forschung gleichermaßen stellt, die dringend notwendigen neuen Anregungen zu geben.

Zu den oben aufgeführten Themen gab es hochinteressante Forschungsergebnisse, systematisierte Praxiserfahrungen und –ansätze sowie Übersichtsbeiträge und weitere Anregungen. Vor allem aber auch persönlichen Erfahrungsaustausch, der – das zeigen die letzten zehn Jahre dieser Konferenzserie – oft zu nachhaltigen Arbeitskooperationen führt.

Auf vielfachen Wunsch der TeilnehmerInnen bisheriger Konferenzen wurde die Schweiz als Veranstaltungsort der 6. Konferenz für Gesundheitsförderung in Haft gewählt. Durch die gemeinsame Veranstaltung mit der Jahrestagung der Konferenz Schweizerische Gefängnisärzte und der Jahrestagung des Forums der Gesundheitsdienste entstand eine Bündelung von Fachkompetenz aus Praxis und Wissenschaft die einen fruchtbaren Fachdiskurs zur Folge hatte. Wir hatten TeilnehmerInnen aus Deutschland, Österreich, Frankreich, Luxemburg, den Niederlanden, Nordafrika und der Schweiz.

Die Konferenz war zweisprachig (französisch und deutsch) mit Simultanübersetzung der Vorträge und Workshops organisiert. Es gab aber auch rein deutschsprachige und rein französischsprachige Workshops, was den VeranstalterInnen und TeilnehmerInnen einen Zugang zu den Erkenntnissen und Erfahrungen im französischsprachigen Raum brachte.

Im *Vorprogramm* wurden - wie immer - Besichtigungen von Vollzugsanstalten der Schweiz angeboten (Champ Dollon, La Brenaz in Genf).

Veranstalter waren:

- Bündnis Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft (akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Institut für Suchtforschung Fachhochschule Frankfurt/Main; Schweizer Haus Hadersdorf, Wien; Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V.);
- Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte (KSG),
- Forum der Gesundheitsdienste des Schweizerischen Justizvollzugs,
- Universitätskliniken Genf.
- Kooperationspartner war das Bundesamt für Gesundheit (BAG) der Schweiz.
- Unterstützt wurde die Konferenz von dem Schweizerischen Ausbildungszentrum für das Personal im Strafvollzug (SAZ).

Aus den vielen anregenden Beiträgen seien hier nur einige Aspekte hervorgehoben:

- Die unabhängige Kontrolle der gesundheitlichen Versorgung Gefangener war ein zentrales Thema einer spannenden Debatte zwischen M. Jean-Marie Delarue/Frankreich (Contrôleur général des lieux de privation de liberté en France) und Dr. Jean-Pierre Restellini/Schweiz (Président de la CNPT Suisse). Es zeigt sich, dass sehr unterschiedliche Systeme entwickelt worden sind, um die angemessene, qualitativ vergleichbare Gesundheitsversorgung in und außerhalb der Haftanstalten zu überprüfen und zu sichern.
- Das Thema sichere ärztliche Verschreibung von Medikamenten in Haft war ein neues Thema, dem sich Prof. Dr. Michael Levy aus Canberra/Australien widmete. Hier wurde deutlich, wie das Setting Gefängnis diesem Akt des Verschreibens einen eigenen Stempel aufdrückt. Umso wichtiger, diesen Prozeß zu reflektieren, und sich Regeln zu geben für eine sichere Verschreibung.
- Prof. Dr. Jörg Pont (Wien) hat über die ethischen Prinzipien der Gesundheitsversorgung in Haft referiert. Er hat auf die vielen internationalen Vereinbarungen, Regeln und Empfehlungen hingewiesen, die in Europa, aber auch von global agierenden Institutionen in den letzten 50 Jahren erarbeitet worden sind. Diese zusammen zu fassen, zu bündeln und

den PraktikerInnen mitzugeben, ist ein ganz wichtiger und grundlegender Prozess, an den sich jede weitere Intervention orientieren muss.

All diese und noch weitere Erkenntnisse haben uns schließlich inspiriert die „Genfer Erklärung“ zu verfassen und zu verabschieden (siehe Seite 213). Dies auch weil Genf mit dem Sitz der UNO ein historischer Ort für Menschenrechte ist und vor allem auch da in dieser Stadt 1963 die weltweit erste, von Justiz und Gefängnisverwaltung unabhängig organisierte gesundheitliche Versorgung Gefangener eingeführt wurde. Diese Genfer Erklärung ist bislang von einer Vielzahl von Personen und Institutionen unterstützt worden (siehe <http://ump.hug-ge.ch/>).

Wir freuen uns auf Sie auf die nächste Konferenz, die voraussichtlich 2014 in Bonn/Deutschland stattfinden wird.

Für die Veranstalter

Berlin/Genf, Dezember 2012

Prof. Dr. Heino Stöver

PD Dr. Hans Wolff

1

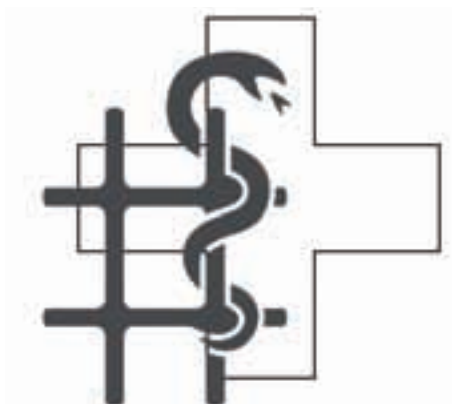
Vorträge
Plénières



Französisch / Français



Französisch / Français



« Ouverture d'une consultation extra-carcérale à la maison d'arrêt de Paris-la Santé : pour l'égalité des chances face aux aménagements de peine et aux alternatives à l'incarcération. »

Docteur Cyrille Canetti
Chef du pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire
Centre hospitalier Sainte-Anne - Paris

Je souhaite tout d'abord remercier l'ensemble des organisateurs du congrès de m'avoir invité à m'y exprimer. C'est pour moi un grand honneur et un grand plaisir. Je remercie tout particulièrement le Docteur Bruno Gravier, qui m'avait déjà proposé d'intervenir aux 5^{èmes} journées pénitentiaires de Fribourg en 2006 et qui m'a demandé cette année de participer à cette 6ème conférence européenne pour la promotion de la santé en prison. Sur le programme il est indiqué qu'il s'agit également du congrès national de la conférence des médecins pénitentiaires suisses. Vous ne m'en voudrez pas de commencer par une petite provocation sans méchanceté. Cela fait plus de 15 ans que je travaille en prison. J'ai débuté comme assistant à la maison d'arrêt de Fresnes en région parisienne pendant deux ans et demi. Devenu praticien hospitalier, j'ai exercé pendant dix ans à Fleury-Mérogis, le plus grand établissement pénitentiaire d'Europe en me consacrant en particulier à la prise en charge des mineurs. Depuis deux ans et demi, je suis responsable du pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire rattaché au centre hospitalier Sainte-Anne et je travaille à la maison d'arrêt de Paris-la Santé. Même s'il m'arrive de connaître quelques moments de décou-ragement, je continue d'aimer mon métier, je tente de l'exercer avec éthique et s'il arrive certainement que je me laisse influencer par le milieu ou par certaines pressions judiciaires, je n'ai jamais eu le sentiment d'être un médecin pénitentiaire. Je suis toujours resté un médecin exerçant en milieu pénitentiaire.

Jusqu'en 1985, les psychiatres qui pratiquaient en prison étaient sous la tutelle du ministère de la justice. A cette date, ils sont passés sous la tutelle du ministère de la santé, lorsqu'ont été créés les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Pendant une quinzaine d'année, ils ont pu travailler dans de relativement bonnes conditions d'indépendance et se consacrer à leur mission de soins mais depuis plusieurs années l'évolution de la politique pénale en France menace cette indépendance et il se passe rarement plus de quelques mois sans qu'un nouveau projet de loi tente de récupérer leur pratique à des fins d'expertise ou de prévention de la récidive.

Nous sommes une majorité à avoir choisi de pratiquer la psychiatrie en prison, afin que la qualité des soins proposés se rapproche de celle en milieu libre. Et c'est précisément le thème de la conférence qui nous réunit aujourd'hui. C'est pourquoi je suis convaincu que même si les médecins qui exercent dans les prisons suisses s'appellent des médecins pénitentiaires, ils attachent une grande importance à leur mission de soignant, à l'indépendance de leur pratique et au respect absolu de la confidentialité des échanges qu'ils ont avec leurs patients.

L'intitulé de cette intervention est « Pour l'égalité des chances face aux aménagements de peine et aux alternatives à l'incarcération : Ouverture d'une consultation extra-carcérale à la maison d'arrêt de Paris-la Santé. »

Lorsque le Docteur Bruno Gravier m'a demandé en septembre dernier si je pouvais intervenir à cette conférence, ce projet de consultation en était encore à ses balbutiements. C'est pourquoi le titre de cette intervention ne reflètera que partiellement mon propos.

Tous ceux qui exercent en milieu carcéral, du moins en France, savent combien il est difficile d'organiser le relais des soins pour les personnes libérées.

Je l'ai évoqué précédemment, ignorant encore le fort taux de malades mentaux incarcérés, mon choix de travailler en prison a été guidé par la conviction que la population pénale était en grande souffrance psychique et qu'il y avait beaucoup à faire derrière les murs. En effet, de nombreux rapports dénoncent régulièrement la mauvaise qualité des soins dispensés en détention. Mais il semble que ce ne soit pas tant l'organisation des soins qui soit défailante que la façon dont on considère la personne détenue. C'est le regard que l'on porte sur elle qui lui vaut d'être traitée différemment. Le pire étant sans doute, que ce regard ne change pas une fois la liberté recouvrée. Quand on a été détenu, on le reste encore au moins quelques mois, voire quelques années après avoir purgé sa peine et

parfois toute sa vie. Ainsi, les difficultés que nous rencontrons pour organiser le relais de soins pour nos patients ne relèvent pas tant du fait que les structures d'accueil extérieures sont saturées que du fait que nos patients sont détenus et qu'ils le seront toujours une fois libres.

Les secteurs de psychiatrie sont généralement peu enclins à recevoir des personnes détenues en hospitalisation et l'on a parfois l'impression que tout est mis en œuvre pour qu'elles réintègrent la détention le plus rapidement possible. Malheureusement, cette stigmatisation ne s'arrête pas avec la libération. Elle continue de peser sur l'organisation de la continuité des soins. Obtenir ne serait-ce qu'un rendez-vous pour un sortant de prison n'est souvent pas chose facile. Les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, tout autant que les soignants, sont régulièrement confrontés à la difficulté de mettre en place des soins à l'extérieur, particulièrement quand ils y sont pénalement obligés.

Le thème de ces journées est « Patients ou prisonniers - Pistes vers l'équivalence des soins en prison ». Il semble donc malheureusement que l'on puisse quitter la prison et rester un prisonnier ou en tout cas ne pas redevenir tout à fait un patient comme les autres. Ainsi, l'injustice dans l'accès aux soins perdure-t-elle après la prison.

Un patient que je suivais il y a quelques années à Fresnes avait été arrêté alors qu'il parcourait la France, à l'occasion d'un voyage pathologique. Je n'ai plus en mémoire le motif de son incarcération. C'était en tout cas un petit délinquant que l'on avait adressé à la justice plutôt que de l'orienter vers l'hôpital.

D'origine indienne, il se coiffait les cheveux avec de la mousse à raser et supportait mal nos entretiens car il avait le sentiment que je lui envoyais du sel dans le nez en l'écoulant. Régulièrement, il écrivait à Jacques Chirac, alors Président de la République, soit pour le supplier de lui accorder une grâce présidentielle, soit pour lui demander de lui permettre d'intégrer l'armée ou de se faire exécuter en passant devant le peloton d'exécution. Inutile de préciser qu'il y avait autant de mots sur l'enveloppe que sur le courrier, il pensait sans doute que ses requêtes ainsi répétées augmenteraient ses chances de se les voir accordées. Le traitement prescrit ne s'était pas encore montré totalement efficace.

Je n'oublierai jamais la réponse que m'a faite le chef de service auquel je me suis adressé pour préparer la sortie de mon patient et le faire admettre

à l'hôpital. Selon lui, si nous n'étions pas parvenus à le stabiliser avec le traitement, il ne pourrait faire mieux car il n'avait pas accès à d'autres médicaments que les nôtres. Par ailleurs, je n'ai plus à l'esprit ce que j'avais dit sur la mère du jeune homme, mais selon le médecin auquel je m'adressais, mes propos étaient psychotisants, c'est à dire que je contribuais à le rendre psychotique en parlant ainsi de sa mère et que s'il était fou, c'était peu ou prou de mon fait. Il a terminé en déclarant que les déambulations de ce jeune misérable n'étaient sans doute pas pathologiques mais plutôt culturelles étant données ses origines indiennes et que je n'avais qu'à le laisser aller. Il a refusé de recevoir le patient et il a fallu recourir à un autre service.

Malheureusement, ces difficultés ne se présentent pas que dans le domaine de la santé, elles existent comme chacun sait, au niveau scolaire, professionnel et dans le secteur social, notamment au niveau de l'hébergement.

Mieux vaut avoir un casier judiciaire vierge et ne pas avoir connu l'univers carcéral pour parvenir à trouver une place dans notre société. Si le retour à la vie civile est rendu difficile par un passage en prison, le fait de présenter une pathologie mentale ou tout du moins de devoir bénéficier de soins psychiatriques peut représenter un obstacle pour sortir de prison ou ce qui semble être encore plus fou, pour éviter d'y entrer.

Régulièrement, on peut constater qu'il est difficile pour les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation en charge de l'organisation des aménagements de peine, de trouver un structure sanitaire acceptant d'assurer la prise en charge des personnes susceptibles de sortir de prison, que ce soit pour une semi-liberté, une libération conditionnelle ou une autre mesure. En effet, les magistrats de l'application des peines en droit d'accorder ces mesures rechignent à le faire tant que le candidat n'a pas trouvé l'espace de soins qui l'accueillerait. Par ailleurs beaucoup de ces magistrats exigent qu'une prise en charge psychiatrique ait débuté en détention pour accorder un aménagement de peine. Ce qui conduit de plus en plus de personnes détenues à demander des soins à la seule fin d'obtenir un certificat de suivi. Elles prennent ainsi le risque de se voir refuser l'aménagement de peine faute de structure pour les prendre en charge à l'extérieur. On le voit, c'est le serpent qui se mord la queue.

D'autre part, l'article 723-15 du code de procédure pénal, modifié par la loi pénitentiaire de 2009 a un impact important sur le nombre de personnes bénéficiant d'une mesure alternative à l'incarcération. Il dispose que les personnes condamnées à une peine inférieure ou égale à deux ans d'emprisonnement ou à qui il reste moins de deux ans d'emprisonnement à effectuer, qu'elles soient ou non incarcérées, bénéficient dans la mesure du possible, d'une semi-liberté, d'un placement à l'extérieur, d'un placement sous surveillance électronique, d'une libération conditionnelle, d'un fractionnement ou d'une suspension de peines. (Cette durée de deux ans est ramenée à un an si le condamné est en état de récidive légale).

Il est donc indispensable de mettre en place une consultation permettant que les personnes placées sous main de justice ayant besoin de soins psychiatriques ou psychologiques puissent bénéficier des mêmes chances d'obtenir un aménagement de peine ou une mesure alternative à l'incarcération que l'ensemble de la population placée sous main de justice.

C'est de ce constat qu'est née en partie l'idée de développer l'unité de consultation que je vais vous présenter maintenant. Je dis en partie, car pendant mes dix années d'exercice au centre de jeunes détenus de Fleury-Mérogis, j'ai eu la possibilité de proposer un suivi post-carcéral aux jeunes ayant débuté un suivi en prison. Cette expérience s'est avérée particulièrement intéressante dans ce qu'elle nous a enseigné sur l'après-coup de la détention. Elle a également contribué à élargir le champ de l'accès aux soins à la période post-carcérale. Et les objectifs que nous visons désormais avec l'ouverture de cette consultation vont bien au delà de la prise en charge des personnes bénéficiant d'une mesure alternative à l'incarcération ou d'un aménagement de peine.

Projet de consultation extra-carcérale Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire Centre hospitalier Sainte-Anne – Paris

L'objectif poursuivi est donc de proposer la continuité des soins psychologiques et psychiatriques aux sortants de prison et de garantir l'égalité des chances d'obtenir un aménagement de peine ou une mesure alternative à l'incarcération aux personnes placées sous main de justice (PPSMJ) et nécessitant une prise en charge psychiatrique.

Comme cela vient d'être évoqué, ce projet de consultation extra-carcérale prend sa source dans le constat suivant : la sortie d'incarcération représente un moment de vulnérabilité psychique qui trouve difficilement une réponse adéquate dans le système de soins en santé mentale tel qu'il existe actuellement. En effet les personnes sortant de prison sont souvent dans un état d'extrême précarité. Celles qui ne possèdent pas de domicile fixe peinent à trouver une structure acceptant de les prendre en charge, les autres doivent régulièrement attendre plusieurs semaines avant d'obtenir un rendez-vous en CMP. La libération de prison correspond souvent à la rupture d'un parcours de soins entamé en détention ce qui favorise une instabilité tant sur le plan sanitaire que sur le plan social ou judiciaire. Celle-ci a non seulement un impact négatif sur la santé mentale, elle favorise également l'exclusion sociale et majore ainsi le risque d'une nouvelle incarcération.

Par ailleurs, je le répète, les difficultés rencontrées par les personnes placées sous main de justice à trouver une structure adaptée pour leur prodiguer des soins souvent exigés par la justice occasionnent une perte de chance pour obtenir un aménagement de peine ou une mesure alternative à l'incarcération.

Contexte:

- L'arrêté¹ qui définit les rôles et missions des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire indique dans l'article 11 que « *l'équipe du SMPR doit contribuer à assurer la continuité des soins à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, en mettant en œuvre des modalités de coopération avec les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile dont dépendent les patients faisant l'objet d'une prise en charge par le service.* »
- Pour autant, le rapport de la Cour des comptes² rendu en décembre 2011 sur l'organisation des soins psychiatriques indique que « *il n'y a pas de structure sanitaire-type de préparation à la sortie et peu de*

¹ Arrêté du 14 décembre 1986 modifié par l'arrêté du 10 mai 1995, relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

² Cour des comptes, rapport public thématique de décembre 2011 : L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » [2005-2010]. Chapitre V : Les difficultés d'orientation après la détention.

consultations extra-pénitentiaires, alors que les expériences en ont confirmé l'utilité. ». Il insiste sur le fait qu'en raison de la stigmatisation sociale des prévenus, détenus et anciens détenus, il devient impossible de trouver des hébergements stables permettant de maintenir la continuité des soins. Il convient d'ajouter que l'absence de garantie de soins majore la frilosité des structures sociales d'hébergement à l'égard de cette population. Ce constat s'impose également dans le milieu professionnel et dans le milieu scolaire et éducatif concernant les mineurs et jeunes majeurs.

Ce rapport conclut en indiquant que « *les risques de rupture de soins sont donc importants et mettent fréquemment en péril, voire en échec, la réinsertion avec des conséquences potentielles préoccupantes pour la société comme pour l'intéressé, en raison de l'insuffisance de capacité d'accompagnement des malades mentaux sortants de prison.* »

- Le plan d'action stratégique Santé-Justice 2010-2014³ prévoit dans la mesure 13, actions 13-1 et 13-2, d'organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie de prison.
- Enfin l'ARS Ile de France met en place dans son schéma régional d'organisation des soins un volet consacré aux soins des personnes détenues.

Exposé du projet

Consultations proposées aux sortants de prison

Les personnes se déclarant vivre à Paris, qu'elles soient hommes ou femmes, majeures ou mineures, sont incarcérées majoritairement dans trois établissements pénitentiaires :

- Fleury-Mérogis: hommes, femmes, mineurs,

³ Plan d'action stratégique Santé-Justice 2010-2014 pour une politique de santé des personnes placées sous main de justice. 3.6 Mesure 13 : organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie.

- 3.6.1 Action 13.1 : mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie.

- 3.6.2 Action 13.2 : organiser un dispositif d'accompagnement et développer des outils et des dispositifs pour faciliter la prise en charge sanitaire et sociale à la sortie de prison.

- Fresnes: hommes, femmes,
- Paris-la Santé: hommes.

Les consultations post-carcérales, lorsqu'elles existent dépendent de l'établissement hospitalier de rattachement du SMPR concerné, soit l'hôpital Sud Francilien pour Fleury-Mérogis, l'hôpital Paul Guiraud-Villejuif pour Fresnes et le centre hospitalier Sainte-Anne (CHSA) pour la Santé. L'éloignement des deux premières structures représente un handicap certain pour la continuité des soins.

La consultation extra-carcérale du CHSA propose à l'ensemble des sortants de prison (fin de mandat de dépôt, peine aménagée, fin de peine) se déclarant vivre à Paris une prise en charge de proximité. Celle-ci comprend un accueil infirmier, des consultations psychiatriques ou psychologiques, individuelles ou groupales, la participation à des ateliers thérapeutiques. L'ensemble de ces activités est assuré par une équipe connaissant le contexte carcéral et le fonctionnement judiciaire. Cela permet à la fois de vaincre un certain nombre de réticences des sortants de prison à évoquer leur parcours, et autorise une prise en charge au plus proche de leurs obligations judiciaires.

Cette consultation vise deux objectifs pour les sortants de prison:

- Garantir le relais des soins avec les structures de droit commun dans les meilleures conditions possibles (pas de délai d'attente pour les rendez-vous, atténuation de la stigmatisation des personnes adressées en CMP). La durée de cette période ne devra pas excéder quelques mois afin de ne pas contribuer à créer une filière ségrégative.
- Assurer le suivi psychologique des personnes libérées, ne relevant pas d'une prise en charge en CMP mais nécessitant un accompagnement dans la période post-carcérale. Cette période régulièrement anxiogène, voire suicidogène, génère une grande instabilité qui rend périlleuse l'insertion et majore le risque de survenue d'une «délinquance de survie».

La réactivité est un élément majeur pour garantir la continuité des soins et la fidélisation de la population. Aussi, les rendez-vous pris auprès du secrétariat pendant les heures d'ouverture sont-ils fixés dans un temps très bref, inférieur à une semaine. Un répondant est à la disposition des appelants pendant les heures de fermeture. Ces rendez-vous peuvent être pris pendant la période d'incarcération, par le service pénitentiaire

d'insertion et de probation, par les équipes psychiatriques ou par les patients eux-mêmes lorsqu'ils ont accès au téléphone. Ils peuvent évidemment être pris également au décours de l'incarcération.

Consultations pour les personnes candidates à un aménagement de peine ou à une mesure alternative à l'incarcération.

Comme il est indiqué en préambule, la difficulté à trouver une structure sanitaire à même de garantir un suivi psychiatrique ou psychologique à des personnes placées sous main de justice risque de rendre plus difficile l'obtention d'un aménagement de peine ou d'une mesure alternative à l'incarcération. L'équipe du SPMP propose donc de garantir cette prise en charge, pour peu qu'elle soit indiquée médicalement et non seulement imposée par la justice. En effet, cette consultation, pas plus qu'elle n'a pour objectif de créer une filière ségrégative qui dispenserait les secteurs de psychiatrie de leurs obligations à prendre en charge les PPSMJ, ne saurait être une incitation aux magistrats à « prescrire » une prise en charge psychiatrique.

Seraient donc susceptibles d'être reçues par la consultation extra-carcérale les personnes dans les situations suivantes:

- Assignation à résidence sous surveillance électronique
- Libération conditionnelle
- Semi-liberté
- Placement extérieur
- Placement sous surveillance électronique
- Fin de détention provisoire⁴

Leur nombre est en pleine expansion pour les raisons que j'ai exposées plus haut⁵.

⁴ L'ensemble de ces mesures est détaillé sur le site du Ministère de la Justice <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion>

⁵ Article 723-15 du Code de procédure pénale modifié par la loi pénitentiaire de 2009.

Consultations pour les personnes relevant du service régional d'accompagnement, d'insertion et d'orientation des sortants de prison (SRAIOSP)

Le SRAIOSP est un pôle du service d'insertion et de probation de Paris (SPIP). Il est compétent pour les sortants de prison venant d'Île de France et du Centre, sans domicile fixe, libérés définitifs, sans autre mesure en cours ou à venir, munis de leur bulletin de sortie, dans la limite de six mois à compter de la date de libération. Ce qui revient à dire que ce pôle du SPIP de Paris est en charge d'une population particulièrement précarisée souvent confrontée à de lourds problèmes psychologiques, voire psychiatriques pour lesquels le principe de la sectorisation n'est pas opérant. Ce service a régulièrement recours au CPOA qui affecte les consultants dans des CMP en fonction d'un tour de hors-secteur. La consultation extracarcérale du CHSA propose donc ses services à cette structure en partenariat avec d'autres structures intervenant dans la prise en charge des personnes les plus précarisées et non sectorisées (Service santé mentale et exclusion sociale du CHSA, Pass-psy, CPOA).

Consultations pour les personnes soumises à une injonction de soins ou à un sursis mise à l'épreuve avec obligation de soins

Différentes lois récentes, visant à lutter contre la récidive des infractions sont venues élargir le champ des indications au suivi socio-judiciaire prévu par la loi du 17 juin 1998 et initialement limité aux auteurs d'infraction à caractère sexuel⁶. Sont maintenant concernés par le suivi-socio-judiciaire, outre les auteurs de certaines infractions sexuelles, les auteurs d'atteinte volontaire à la vie, d'enlèvement et de séquestration, d'actes de torture et de barbarie, d'incendie volontaire etc. Toutes les personnes soumises à ces injonctions de soins ont fait l'objet d'une expertise et ont été condamnées.

A la différence des injonctions de soins, les obligations de soins peuvent être prononcées en dehors de toute évaluation médicale. Elles concernent

⁶ -Loi du 17 juin 1998 sur le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins.

- Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

- Loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

des prévenus et des condamnés dans le cadre d'un contrôle judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'un aménagement de peine.

La consultation extra-carcérale du SPMP prévoit de recevoir les personnes soumises à ces injonctions et obligations. Toutefois, comme explicité plus haut et afin de ne pas créer de filière ségrégative ou de ne pas constituer une incitation au prononcé de ces mesures, elle n'assurerait qu'un rôle d'accueil et d'évaluation des patients, puis d'orientation vers les structures classiques qu'elle pourrait, le cas échéant, conseiller en partenariat avec le centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles d'Ile de France (CeRIAVSIF).

Partenaires

La consultation extra-carcérale du CHSA concerne l'ensemble de la population se déclarant parisiens. Elle a donc légitimement sa place dans le projet médical de la communauté hospitalière de la capitale qui vise à uniformiser l'accès et la qualité des soins psychiatriques à Paris.

Les partenaires en amont de la prise en charge seront représentés par les structures sanitaires exerçant en milieu pénitentiaire, notamment les SMPR et autres dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, mais aussi les UCSA et les CSAPA. Le SPIP sera également un partenaire fondamental, tant en milieu ouvert qu'en milieu fermé. Dans une moindre mesure, les magistrats pourront conseiller aux justiciables de se rendre à la consultation extra-carcérale.

En aval de l'incarcération ou de la comparution devant un magistrat, elle aura pour partenaires naturels l'ensemble des secteurs de psychiatrie adultes et infanto-juvéniles de Paris, ainsi que les associations travaillant dans le registre de la santé mentale. Par ailleurs, sa mission de favoriser la stabilité psychique et sociale des patients, ainsi que le préconise le rapport de la Cour des comptes, fera des structures d'hébergement social des partenaires incontournables.

Comme indiqué plus haut, les structures inter-sectorielles comme le CPOA, le SMES, le CeRIAVSIF seront amenées à travailler régulièrement avec l'équipe du SPMP afin d'assurer la cohérence de la prise en charge.

Calendrier, moyens et évaluation

La consultation extra-carcérale du SPMP est d'ores et déjà inscrite dans le projet médical du CHSA. Un local prévu dans le schéma directeur immobilier et architectural de l'établissement est dédié à la consultation. Moyennant des travaux de mise en conformité, il devrait permettre l'ouverture de la consultation dans le courant de l'été 2012.

Par ailleurs, un plan de reconstruction/rénovation de la maison d'arrêt de Paris-la Santé prévoit la fermeture de l'établissement à l'exclusion de son quartier de semi-liberté de 2014 à 2018 ou 2019. L'activité de consultation extra-carcérale se mettra en place en 2012 et montera en puissance progressivement jusqu'à la fermeture de la maison d'arrêt. Cette concordance de calendrier entre la création de la consultation et l'arrêt de l'activité intra-carcérale permettra un fonctionnement à effectifs et budgets constants pendant toute la durée des travaux de reconstruction/rénovation de la MA-PLS.

Bien que le rapport de la Cour des comptes suffise à justifier la mise en place de cette consultation, un travail en partenariat avec le SPIP de Paris est en cours afin d'évaluer les difficultés que rencontrent les conseillers d'insertion et de probation pour obtenir des rendez-vous en CMP dans des délais raisonnables pour les personnes dont ils ont la charge. L'équipe du SPMP de la Santé mesure également les difficultés à organiser le relais de soins pour les patients libérés.

Quelques chiffres toutefois⁷, donnent un aperçu de la population concernée:

- En octobre 2011, 1850 personnes se déclarant de Paris étaient écrouées parmi lesquelles 1730 étaient incarcérées.
- La maison d'arrêt de Paris-la Santé a écroué en 2010 1588 personnes dont 1009 ont été incarcérées. Il y a eu 1452 levées d'écrou et 1030 libérations.
- En août 2010, le SPIP de Paris prenait en charge 1880 personnes placées sous main de justice.

⁷ Rapports d'activités du SPIP de Paris de l'administration pénitentiaire de la maison d'arrêt de Paris-la Santé.

Enfin, La file active du SPMP en 2010 était de 1029 et près de 20 000 actes de soins ont été effectués.

Les indicateurs d'activités comprendront entre autres la file active, le nombre d'actes par patient, la provenance des patients, le taux de rendez-vous honorés, celui des rendez-vous décommandés et d'autres facteurs permettant de mesurer le degré de satisfaction de la population prise en charge.

Enfin, une action recherche permettra de mesurer le service rendu en terme de cohérence dans la continuité des soins, de qualité de prise en charge et de stabilité sociale.

En conclusion je dirai qu'il nous reste beaucoup à faire pour que les personnes qui sont détenues aient accès à des soins de même qualité que la population générale.

A l'intérieur des murs, on le sait, les conditions de détention, le manque de moyens matériels et humains font de la médecine en milieu pénitentiaire une médecine de deuxième ordre pour ne pas dire une sous médecine. Nombreux sont d'ailleurs les patients qui s'imaginent que si nous exerçons en prison c'est parce que comme eux, nous avons tout raté.

Hélas, il ne suffit pas de sortir de détention pour bénéficier du droit à l'oubli. La stigmatisation des sortants de prison est prégnante et handicape lourdement le relais des soins. Il peut être tentant de céder à la pression ambiante et à la résistance de certains de nos collègues à réintégrer les personnes dans le système de droit commun en continuant à suivre sans limite de temps les anciens détenus. Mais s'il convient certainement d'accompagner leur retour à la liberté en proposant une période sans permettant l'organisation des soins dans les meilleures conditions, il faudra toujours rester vigilant à ne pas contribuer à créer une filière ségrégative qui ne ferait qu'empirer le phénomène d'exclusion.

Service de santé indépendant : nécessité et réalisations

PD Dr. Hans Wolff,
Unité de Médecine Pénitentiaire HUG, Genève

Conflit de double loyauté en prison :

Historiquement, les prisons ou autorités pénitentiaires étaient chargées de l'organisation de la prison. Tous les aspects de la vie du détenu étaient entre les mains des directions de prison, ce qui explique que les directions de prison s'occupaient également des aspects en lien avec la santé.

Goffmann a décrit les structures pénitentiaires comme des institutions totales qui sont caractérisées par :

- a) une coupure du monde extérieur.
- b) une prise en charge de tous les besoins des personnes par l'institution.
- c) un mode de fonctionnement bureaucratique.
- d) des contacts limités entre détenus et surveillants.

Selon Goffmann, ces caractéristiques se trouvent particulièrement dans les prisons, mais également dans des camps, des couvents, des asiles (psychiatriques) et des orphelinats.⁸

Double loyauté:⁹

C'est seulement à la fin du 20^{ème} siècle que l'organisation des soins sous l'autorité pénitentiaire ou judiciaire a été mise en question. Cette mise en question était motivée essentiellement en raison des conflits de double loyauté qui sont définis par un conflit entre la loyauté du médecin (ou soignant) envers son patient et d'autre part la loyauté vis-à-vis de son employeur (autorité pénitentiaire ou judiciaire).

Les conflits de double loyauté sont évidents en cas de complicité lors d'actes de torture ou de peine de mort ou lors de la nutrition forcée des

⁸ Goffman E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, 1961.

⁹ Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual Loyalty in Prison Health Care. *American Journal of Public Health* 2012;**102**:475-80.

grévistés de la faim par des professionnels de santé, comme ceci s'est produit à maintes reprises à la prison de Guantanamo.

Moins spectaculaires mais beaucoup plus fréquents, des conflits de double loyauté existent en prison :

- a) lors des examens de santé à l'admission ; dans certaines prisons, notamment en Allemagne, un certificat d'aptitude à l'emprisonnement est demandé au médecin.
- b) dans le cas de l'implication des professionnels de santé lors de mesures punitives, de mesures de sécurité ou également lors des analyses de sang ou d'urine à but non médical, par exemple pour détecter des drogues, et, en cas de résultat positif une possible sanction peut être décidée envers un détenu.
- c) lorsque que l'administration pénitentiaire demande au médecin de divulguer des informations médicales confidentielles, p.ex. la transmission de noms de patients porteurs de maladies infectieuses.

Plusieurs institutions nationales et internationales se sont penchées sur les principes de base de la pratique de la médecine en milieu pénitentiaire et sept principes de référence ont été définis :¹⁰¹¹ 3,4

1. L'accès au médecin.
2. L'équivalence des soins.
3. Le consentement du patient et la confidentialité.
4. Prévention sanitaire et éducation à la santé.
5. Intervention humanitaire envers des groupes vulnérables.
6. Indépendance professionnelle.
7. Compétence professionnelle.

La question principale à laquelle tout médecin et tout personnel ayant un rôle de soignant au sein des services de santé dans les prisons doit répondre est : « Mon acte est-il dans l'intérêt de mon patient ? » Par exemple si la question suivante est adressée au médecin : « Docteur, ce patient est-il suffisamment bien pour être puni et mis au cachot ? ».

¹⁰ Council of Europe. Recommandation R(98).

<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=530653&SecMode=1&DocId=459562&Usage=2> . 8-4-1998.

¹¹ Pont J, Stover H, Wolff H. Dual Loyalty in Prison Health Care. *American Journal of Public Health* 2012;**102**:475-80.

Le médecin ne peut répondre car cette question n'est pas dans l'intérêt du patient mais vise à protéger les personnes qui décident d'une mesure disciplinaire. Par contre, dès que la mesure disciplinaire est décidée, le médecin, ou d'autres membres du service de santé dans la prison, doit évaluer le patient pour décider de mesures appropriées pour protéger la santé du détenu.

Modèle d'organisation des soins en milieu pénitentiaire en Suisse :

En Suisse, nous trouvons 26 différents systèmes d'organisation de soins en milieu pénitentiaire. Néanmoins 3 modèles d'organisation se distinguent :

Le *système de soins dépendant* qui est pratiqué par exemple dans le canton de Zurich : le médecin ou l'infirmière est engagé(e) par l'autorité pénitentiaire et intégré dans la hiérarchie de la prison.

Un *système de soins mixte* (Neuchâtel, Berne et Lucerne) ou certains membres (en règle générale les soins infirmiers) sont engagés par l'autorité pénitentiaire ou judiciaire. Le médecin est un consultant vacataire indépendant ou appartenant au service du médecin cantonal (Saint Gall).

Un *système de soins indépendant* pour tous ses services de soins en prison n'existe que dans 3 cantons suisses (Genève, Vaud et le Valais) : tous les membres de service de santé en prison sont engagés par une hiérarchie médicale (soit l'hôpital cantonal ou le réseau de santé cantonale).

L'exemple de la France

Le 18 janvier 1994 une nouvelle organisation des soins en prison a été mise en place sous forme des « UCSA » (unités de consultation et de soins ambulatoires) qui sont affiliés aux hôpitaux publics et des soins psychiatriques qui ont été organisés par des « SMPR » (services médicaux psychiatriques régionaux). Tous les détenus ont été affiliés à la sécurité sociale et bénéficient donc d'une couverture maladie. De plus, une collaboration étroite a été mise en place avec les hôpitaux publics. Depuis l'introduction de l'indépendance, les moyens ont considérablement augmenté. Entre 1997 et 2008 le nombre de postes de médecins somaticiens a augmenté de 61%, de médecins psychiatres de 48% et de para-médicaux de 90%. L'évaluation à 16 ans après l'introduction de l'indépendance des services de santé en prison relève que ce changement a permis l'introduction de la pensée médicale à l'intérieur de la prison et a

permis une amélioration notable de la qualité des soins en prison. Comme désavantages sont apparus :

1. la difficulté à engager du personnel qualifié dans des prisons, même si les postes sont existants, et 2. des difficultés en termes de communication entre les partenaires (pénitentiaires et soignants).

L'exemple de la Norvège

La Norvège était en 1987 le premier pays du monde à organiser des soins en prison de manière indépendante dans l'ensemble du territoire. Ils utilisaient un « modèle import », en engageant des médecins qui travaillent à temps partiel (20% à max. 50%) dans les prisons. Le complément de leur temps partiel est dévolu au travail dans des groupes médicaux communautaires. Ce partage d'activité, permet de pratiquer la médecine à l'intérieur et à l'extérieur de la prison et facilite l'équivalence des soins en prison.

L'évaluation du système Norvégien a mis en évidence que les médecins travaillant en prison considéraient leur travail en prison plus normal qu'auparavant et moins stigmatisant. Les médecins travaillant en prison sont considérés également comme plus normaux par leurs pairs. Enfin, tout comme en France une augmentation importante des dépenses pour la santé a été observée en Norvège entre 1986 et 1990, période pendant laquelle les moyens ont été augmentés de 400%.

L'exemple de Genève

A Genève le service de santé en prison a été affilié à l'université de Genève au sein de l'institut de médecine légale puis aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Depuis 2007, deux unités distinctes s'occupent de la santé en prison : l'unité de médecine pénitentiaire et l'unité de psychiatrie pénitentiaire. La prise en charge est organisée à Genève selon une décision du Conseil d'Etat Genève en date du 27 septembre 2000, intitulée « Santé et soins en milieu carcéral ».

L'évaluation du système genevois met en évidence une bonne collaboration entre les partenaires (autorités de santé et autorités pénitentiaires). L'indépendance permet la clarification et le respect des rôles concernant l'unité médicale en prison : l'autorité pénitentiaire assure la sécurité et l'autorité sanitaire est seule responsable des soins et ceci selon les sept principes de référence cités plus haut. Ce dernier point a été

confirmé par diverses évaluations établies par la Commission de prévention de la Torture qui a visité la prison de Champ-Dollon en 2008 et en 2011. La parole a également été donnée aux détenus qui jugent que, dans 77% des cas, que la qualité des soins en prison est bonne à très bonne. En comparaison cette même question a été posée dans l'étude KAPP, en Allemagne, où seulement 24% ont répondu favorablement à la même question.

Le recrutement des médecins généralistes est assuré car ils sont engagés pour la formation de médecine générale et les médecins internes travaillent, en règle générale, à 50% à l'hôpital dans la consultation ambulatoire de médecine de premier recours et pour 50% à la prison. Des activités de surveillance épidémiologique ainsi que des projets de recherche ont pu être effectués et ceci malgré une surpopulation à 170%.

Les problèmes de la Suisse concernant l'indépendance des systèmes de santé en prison met en évidence :¹²

1. Une situation insatisfaisante en raison de l'hétérogénéité l'organisation des soins (26 systèmes de médecine pénitentiaire différents !).
2. Un manque de clarté par rapport à la surveillance de l'activité médico-infirmière dans les prisons.
3. Une situation juridique des médecins pénitentiaires est insatisfaisante car, en règle générale, il manque un règlement concernant l'organisation et l'affiliation des médecins et certaines questions de responsabilité civile ne sont, en règle générale pas clarifiées, malgré le risque de procès important.
4. Dans beaucoup de cantons il n'est pas de clerc à qui le détenu peut s'adresser en cas de plainte (civile) en lien avec les soins.

Les problèmes de la Suisse concernent donc l'organisation de la médecine pénitentiaire, les aspects juridiques, les questions d'accès au soins et, dans certains cantons, les traitements onéreux, par exemple les traitements contre l'hépatite C ne sont pas ou très difficilement mis à disposition des détenus. Cette inégalité d'accès existe également au niveau de la formation continue et des programmes de prévention.

¹² Künzli J. and Achermann A. Sprachbarrieren bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Haftsituationen.
http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05484/05488/index.html?lang=fr. 15-12-2009.

Trois étapes vers l'indépendance des professionnels de santé.¹³

1. Généraliser la formation et l'information, en particulier dans les domaines du droit et de l'éthique médicale, de l'ensemble du personnel intervenant sur les questions de santé en prison, afin de :
 - Permettre l'identification des situations génératrices de double loyauté et de les gérer au mieux dans l'intérêt du patient détenu,
 - Clarifier les rôles et missions de tous les corps professionnels et favoriser le respect mutuel ;
2. Renforcer l'implication des autorités de surveillance, des sociétés professionnelles et des comités d'éthique médicale ;
3. Séparer les filières professionnelles judiciaires, pénitentiaires et sanitaires. Placer cette dernière sous la responsabilité de l'autorité sanitaire.

Des changements attendus après la mise en place de l'indépendance des services de santé en prison par rapport aux autorités judiciaires ou pénitentiaires :¹⁴¹⁵¹⁶

- Une amélioration de la qualité des soins en prison.
- L'intégration des services de santé dans les projets et/ou initiatives de santé publique.
- Une meilleure surveillance épidémiologique.
- Une meilleure coordination et continuité de soins.
- Pour le professionnel de santé, une meilleure qualification, moins d'isolement et de stigmatisation.

En conclusion l'indépendance du médecin soignant est possible dans tous les systèmes mais elle est plus difficile dans un système dépendant car le

¹³ Hayton P., Boyington J. Prisons and health reforms in England and Wales. *American Journal of Public Health* 2006;**96**:1730-3.

¹⁴ Pont J, Stover H, Wolff H. Dual Loyalty in Prison Health Care. *American Journal of Public Health* 2012;**102**:475-80.

¹⁵ Hayton P., Boyington J. Prisons and health reforms in England and Wales. *American Journal of Public Health* 2006;**96**:1730-3.

¹⁶ WHO Regional Office Europe. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf . 2007.

plaçant dans une position de vulnérabilité et typiquement de double loyauté.

Le transfert de la responsabilité des services de santé en prison vers les ministères de santé n'est pas une solution miraculeuse et doit s'accompagner d'un financement adéquat assurant l'équivalence de soins. Enfin, il est de l'obligation de chaque pays et de chaque structure de choisir le modèle qui garantit au mieux l'indépendance du médecin et des soignants envers les autorités pénitentiaires. Il est important de rendre le recrutement en milieu pénitentiaire attractif. Ceci peut passer par une meilleure rémunération, des facilités en terme de formation continue, l'encadrement ou également une affiliation aux hôpitaux, par exemple sous forme de temps partiel.

Le but final est une bonne, voire meilleure, santé de toutes les personnes (détenus et également professionnels) dans les prisons.

Contrôleurs indépendants des conditions de détention. Une comparaison Suisse – France L'exemple français

Jean-Marie Delarue

La comparaison souhaitée par les organisateurs de ce congrès, que je remercie vivement de leur invitation, n'est pas un pur exercice académique. Il ne s'agit pas davantage de tirer à soi des mérites de la contemplation d'un autrui jugé moins parfait. Il s'agit seulement de rechercher la plus grande efficacité de ces organismes de contrôle car aucun d'entre nos pays d'Europe n'est à l'abri des pratiques de torture ou de traitements cruels, inhumains ou dégradants. Comme le rappelait, dans cette même ville, voici quelques semaines, M. Abdou DIOUF, ancien président du Sénégal et actuel président de l'Organisation de la francophonie, les mauvais traitements ne sont pas le monopole des pays pauvres ; ils ne disparaissent pas avec le développement des richesses ; ils sont une facilité permanente, laquelle, selon moi, est moins due à des agents qui seraient tortionnaires par nature qu'aux politiques que les Etats mettent en œuvre notamment quant aux moyens matériels et aux effectifs et quant aux objectifs qu'ils poursuivent dans les prisons.

La question de l'efficacité du contrôle n'est donc pas théorique. Elle est destinée à déterminer quels sont les meilleurs moyens pour mettre fin à la torture et aux traitements inhumains et dégradants. La communauté internationale l'a ainsi pensé. Elle a imaginé qu'une interdiction de principe des mauvais traitements n'était pas suffisante. Par le traité facultatif de 2002 annexé à la Convention des Nations Unies contre la torture de 1984, elle a voulu que les Etats signataires se dotent d'instruments de contrôle nationaux. C'est après avoir signé et ratifié ce traité que la Suisse et la France ont mis en place ces organismes de contrôle, que la France a baptisé « Contrôleur général des lieux de privation de liberté ». Notre origine est donc strictement commune, même si en France s'ajoutaient les fruits d'une réflexion plus ancienne sur la nécessité d'un contrôle extérieur aux prisons.

Je vais examiner les traits saillants du dispositif français ; je passerai ensuite à son fonctionnement concret ; j'essaierai enfin de tracer une esquisse des résultats obtenus ou non.

I - Principaux caractères du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Ses traits essentiels me paraissent être les suivants.

A/ Il s'inscrit dans une tradition remontant à une quarantaine d'années d'autorités administratives indépendantes

1/ Dans les années soixante-dix, sont apparus en France des organismes nouveaux, destinés à s'occuper de domaines sensibles pour les libertés, ou bien de réguler des activités économiques (dans des domaines où les autorités avaient leurs propres entreprises) : ce sont des autorités dites administratives indépendantes.

- Administratives parce qu'elles sont partie intégrante de l'Etat ; la quasi-totalité ne constituent pas une personne morale ;
- Indépendantes parce qu'elles n'ont rien à voir avec les autorités de l'Etat. Comme le dit la formule habituelle des lois qui les créent, « elles ne reçoivent d'instruction d'aucune autorité ». Cette formule figure dans la loi sur le contrôle général.

Le Contrôleur général, créé comme autorité administrative indépendante, n'innove donc pas sur ce point.

2/ Mais quelles sont les garanties qui permettent de fortifier l'indépendance ? On doit y regarder de près.

- Dans sa nomination : il est certes nommé par le président de la République (pas d'autre autorité en France chargé des nominations aux emplois supérieurs), mais après avis obligatoire du Parlement ;
- Dans l'exercice de son mandat :
 - ce mandat (6 ans) est irrévocable (sauf démission) et non renouvelable ;
 - Incompatibilité : il est exclusif de toute autre activité professionnelle de tout autre emploi public et de tout mandat politique ;

- Immunité : aucun acte accompli du fait de ses opinions ou du fait des actes accomplis dans le cadre de ses fonctions ne peut faire l'objet d'aucune poursuite judiciaire
- Il gère lui-même les crédits votés pour sa mission dans la loi de finances, sans contrôle a priori et avec seulement le contrôle a posteriori de la Cour des comptes (organe juridictionnel)
- Il recrute (dans la limite des emplois créés) librement ses collaborateurs (et met fin librement à leurs fonctions dans les limites naturellement du droit applicable).

3/ Quelle est la portée de cette indépendance ?

- Elle vaut naturellement à l'égard du pouvoir politique, dont il contrôle les agents, les règles et même, d'une certaine manière, les idées. Il doit veiller évidemment à garder sa complète liberté de ton et de mouvement à l'égard du gouvernement et de tout autre corps de l'Etat ;
- Elle vaut aussi à l'égard des autres corps indépendants : d'une part, le contrôle général ne saurait se voir imposer des décisions par d'autres autorités indépendantes ; tout travail conjoint doit donc résulter de la libre volonté de l'une et de l'autre (conventions passées par exemple avec le Défenseur des droits, avec la Commission nationale sur l'informatique et les libertés...) ; cette indépendance, selon moi, vaut aussi à l'égard d'organismes internationaux, même prestigieux (CPT, SPT...). D'autre part, le contrôle général n'a pas à entrer dans le fonctionnement d'autres corps indépendants. Ainsi s'explique la raison pour laquelle il ne peut intervenir dans aucune affaire dont un juge est saisi (indépendance de la justice) ;
- Elle vaut enfin à l'égard de toute personne morale ou physique. Je me rapproche régulièrement d'associations ou de syndicats, pour entendre leurs points de vue, connaître leurs actions. Mais leur rôle n'est pas le mien, alors même qu'ils s'occuperaient aussi de droits de l'homme. Jusqu'à présent, aucune action conjointe, y compris sous la forme de revendications, de pétitions, de textes... n'a été entreprise. Cela me paraîtrait de nature à compromettre à la fois notre indépendance et notre liberté vis-à-vis des personnes.

B/ Il doit exercer une mission à la fois précise et ample

La loi française ne limite pas le rôle du contrôle général à la prévention de la torture et autres mauvais traitements, comme l'aurait voulu le Protocole de 2002. Elle lui assigne la mission de veiller au respect des droits fondamentaux de toutes les personnes privées de liberté. Autrement dit, le contrôle englobe l'ensemble des droits définis par les normes nationales et internationales (Pacte des Nations Unies relatifs aux droits civils et politiques, convention internationale des droits de l'enfant, convention européenne des droits de l'homme, charte des droits fondamentaux de l'Union européenne...): la liberté de conscience, la liberté d'expression, le droit au procès équitable, le droit au respect de sa vie privée et familiale... en sus du droit de ne pas être soumis à la torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Les personnes privées de liberté sont celles rendues captives en vertu d'une décision administrative ou judiciaire: les personnes prévenues ou condamnées au pénal, les étrangers placés en attente à l'entrée ou à la sortie du territoire national, les personnes en garde à vue (police, gendarmerie ou douane), les malades psychiatriques hospitalisés sans leur consentement, les adolescents placés en centre éducatif fermé par un juge, les personnes en instance de comparution dans les dépôts des tribunaux ou toute personne qui serait légalement ou illégalement enfermée par un agent public. La loi, fort heureusement, n'a donné aucune liste limitative des lieux privés de liberté: elle aurait pu en oublier '(et elle n'a pas à être complétée si des nouvelles procédures d'enfermement sont à créer).

Mais sont exclues, par conséquent, toute espèce de lieu fermé où vivent des personnes pour d'autres motifs. En particulier, sont exclus les centres gériatriques ou les hébergements de personnes handicapées, ce que personnellement je regrette (beaucoup de mauvais traitements peuvent y survenir).

Le contrôle général n'a qu'un pouvoir de recommandation

1/ Comme d'autres organismes de ce genre, le contrôle général n'a aucun pouvoir de décision mais un pouvoir de recommandation. Chacun de ses rapports en contient et les ministres auxquels le rapport est destiné sont tenus d'y répondre (et, de fait, répondent). La possibilité est donnée par la

loi au Contrôleur général de décider de publier au Journal officiel (relayé par la presse) tout avis ou recommandation. Il existe aussi une procédure d'urgence en cas d'atteinte grave aux droits fondamentaux d'une personne. Enfin, tout avis ou proposition de modification législative ou de texte peut être faite.

Outre les rapports rédigés à chaque visite, le contrôle général est astreint à un rapport annuel, remis au Président de la République et au Parlement.

2/ Fallait-il aller plus loin ? Lors de la discussion de la loi créant le contrôle général, l'opposition a demandé que lui soit donné un pouvoir d'injonction, c'est-à-dire la faculté d'ordonner à l'administration d'exécuter certaines recommandations.

Personnellement, pas favorable. Deux raisons :

- Il importe beaucoup plus de convaincre que d'imposer ; il ne s'agit pas de contraindre à modifier une situation déterminée, mais il s'agit de modifier l'ensemble des attitudes qui, ici et ailleurs, ont conduit à cette situation ;
- Je connais les facultés de résistance passive de l'administration ; que se passerait-il si une injonction restait lettre morte ? On affaiblirait l'autorité morale du contrôle. Et si elle est contrainte de faire quelque chose contre son gré, l'administration a les moyens d'en faire ultérieurement payer le coût aux contrôleurs (ex. de la visite de Fresnes).

En revanche, pas défavorable à une extension des pouvoirs lors des visites, sous la forme d'une possibilité de mise en demeure d'avoir à donner ou montrer quelque chose (vaut surtout pour des documents).

II - Fonctionnement du Contrôle général

La prévention des atteintes aux droits fondamentaux, y compris celle de la torture et des autres mauvais traitements, passe par deux éléments : les visites d'établissement, dont il est fait rapport, et la possibilité pour toute personne physique et un certain nombre de personnes morales de saisir sans formalités le contrôle général.

A/ Le personnel du contrôle général

Au 31 décembre 2011, je dispose d'une quarantaine de personnes

- Une trentaine de contrôleurs (incluant le Contrôleur général et son adjoint) dont près de la moitié à temps partiel (pour des durées variables). Plus de la moitié (dix-huit) sont là depuis l'origine du fonctionnement de l'institution (été 2008) ; les autres ont été recrutés après des départs ou bien – surtout – sont venus s'adjoindre (des postes supplémentaires ont été accordés par le Gouvernement en 2010). Tous sont des cadres de haut niveau. Ils ont été choisis selon trois critères :
- La variété de leur origine et de leurs compétences : administrations d'Etat, médecine hospitalière, membres d'associations... : trois médecins, quatre magistrats, quatre directeurs des services pénitentiaires, un général de gendarmerie, une avocate, un responsable de la Croix-Rouge française...
- La grande expérience pratique (et les compétences techniques) qu'ils avaient des lieux de privation de liberté
- Une grande compréhension de la personne d'autrui.
- Six personnes chargées du traitement des saisines par courrier, recrutées à un âge nettement plus précoces que les contrôleurs, à qui il est demandé, outre la même compréhension d'autrui, des qualités de rédaction et des compétences en matière juridique (procédure pénale en particulier).
- Trois personnes chargées respectivement de la communication, des relations internationales et des finances.
- Une secrétaire.

Il n'y a pas de frontière étanche ; Je tiens à ce que tout le monde fasse des visites d'établissements. Le financier comme les contrôleurs, de telle sorte que chacun sache en parler.

Les membres du contrôle sont placés en position de détachement¹⁷, s'ils étaient antérieurement fonctionnaires ou sont recrutés sur contrat public, pour les autres. Ils sont rémunérés sur la base de leur rémunération antérieure à laquelle s'ajoute une prime de sujétion de quelques dizaines ou centaines d'euros mensuels.

¹⁷ Ils continuent d'appartenir à leur corps d'origine – notamment pour l'avancement et la retraite – où ils ont vocation à revenir, mais sont soumis à l'autorité du Contrôleur général qui assure leur rémunération.

Le budget annuel est en 2011 de l'ordre de quatre millions d'euros (4,83 millions de francs suisses) : plus de 80% (81,8%) sont destinés aux rémunérations. Le reste sert au fonctionnement et aux frais de déplacement. Pas de problème budgétaire majeur jusqu'alors ; davantage de difficultés d'insuffisance d'effectifs mais que le Gouvernement a toujours résolues positivement.

B/ L'exécution des missions comporte d'abord la visite d'établissements privatifs de liberté

- Quantitativement
- Depuis 2008, nous avons effectué plus de 500 visites (506) au 31.12.2011. Nous nous sommes fixés dès l'origine un objectif de 150 visites annuelles. Cet objectif a été à peu près tenu ou dépassé (sauf en 2010). Nous avons ainsi visité près des deux tiers des établissements pénitentiaires, 60% des centres éducatifs fermés, 55% des lieux de rétention pour étrangers. Mais 22% des hôpitaux et 4% des locaux de garde à vue, qui constituent le plus grand nombre des lieux de privation de liberté.
- Des contre-visites sont faites depuis 2010 et, plus le temps passera, plus leur nombre augmentera.
- Géographiquement.

Nous avons été dans tous les départements français de la France continentale sauf huit (sur 96) pour montrer qu'aucun site n'était à l'abri d'une visite. Nous nous sommes également rendus dans six départements ou collectivités d'outre-mer sur onze. Il fallait montrer rapidement aux responsables des établissements qu'aucun n'était à l'abri de notre venue. Il en va évidemment de même pour les types d'établissement (ex. gendarmerie maritime de Rochefort).

Annoncée ou non ? Près des ¾ des visites sont inopinées, c'est-à-dire sans préavis. Mais la réalité est très différente selon les catégories d'établissements. Nous n'annonçons jamais notre venue dans les établissements de petite taille, dont l'aspect peut être transformé en peu de temps (commissariat dont les personnes en garde à vue seraient enlevées pour être installées ailleurs, avant la visite). Pour les établissements de grande taille, il en va très différemment : une visite annoncée a des avantages ; présence de tous les acteurs, préparation des entretiens ;

et s'il y a des faux-semblants, les interlocuteurs nous le feront savoir (ex. 2^{ème} division de Fresnes).

Une visite est toujours plurielle : plusieurs contrôleurs. Variable selon les dimensions de l'établissement. Deux pour un commissariat ; dix-huit pour le CP de Fresnes début janvier 2012 (prison de 2 200 détenus présents).

Le plus important : la variable temps. Plus nous restons longtemps, plus l'on a une connaissance précise et affinée des lieux. Nos temps de visite ne cessent de s'allonger : un → deux jours pour les commissariats ; deux jours → trois jours pour les centres éducatifs fermés ; hôpital psychiatrique : au moins trois jours ; prison : au moins cinq jours. Durant ce séjour, le plus souvent existe une visite de nuit.

Cycle en principe identique : réunion de départ avec les responsables ; éventuelle courte visite sous leur conduite ; ensuite, libre examen par les contrôleurs ; à l'extrême fin de la visite, brève indication des principales constatations au chef d'établissement par le chef de mission ; envoi ultérieur à ce même chef d'établissement d'un projet de rapport pour avoir ses observations ; *in fine*, envoi du rapport définitif (compte tenu des observations du chef d'établissement) aux ministres concernés, avec conclusions et recommandations.

Le principe est l'accès à toute personne et à tout document de manière confidentielle et sous réserve de l'observation du secret professionnel que nous devons nous-mêmes observer. Nous nous entretenons aujourd'hui dans une prison de manière confidentielle avec plusieurs dizaines de personnes (50 à 60) ; captifs ou agents de l'Etat ; nous examinons beaucoup de documents (notes de service, documents disciplinaires) ; nous regardons de plus en plus les fichiers de gestion informatisés. La seule limite à ces investigations – qui fera sans doute débat aujourd'hui – est l'impossibilité où nous sommes d'accéder aux dossiers médicaux d'une part (secret professionnel des médecins) et aux relations entre un avocat et ses clients d'autre part.

C/ L'exécution des missions comporte ensuite le traitement des saisines.

1/ Quantitativement

En 2011, nous avons reçu près de 3 800 correspondances valant saisine, en progression de 15% par rapport à 2010, soit une quinzaine de demandes par jour ouvrable. Elles concernaient environ 1 400 personnes, ce qui signifie que certaines d'entre elles écrivent plusieurs fois (cas le plus fréquent) ou que plusieurs personnes nous écrivent à propos d'une même situation (l'intéressé et son avocat, par ex.).

Dans plus des trois quarts des cas en effet (77,63%), c'est la personne intéressée qui écrit elle-même au contrôle général.

2/ Quant à l'origine

La très grande majorité des saisines proviennent des établissements pénitentiaires (94%). Les autres proviennent des hôpitaux psychiatriques. Le reste est négligeable.

Cette répartition traduit un double effet de structure.

Plus le temps de captivité est court moins on écrit et moins, d'ailleurs, on a la capacité d'écrire. Tel est le cas en particulier des 640 000 personnes placées en 2011 en garde à vue. Les rares lettres que nous recevons en la matière sont postérieures à l'événement.

Plus le régime de captivité fait débat, plus les protestations naturellement se multiplient. Ainsi s'explique pour partie la faible part des malades hospitalisés dans le courrier reçu : l'hôpital est orienté vers le soin et la plupart des saisines portent donc sur la contestation de la nécessité de l'hospitalisation, mais pas sur la manière dont elle s'opère. En prison, c'est exactement l'inverse : le principe de l'emprisonnement n'est pas contesté (« on a fait une bêtise ; on paye ») mais ses modalités le sont (« pourquoi est-on traité comme des chiens ? »).

Restent d'autres cas particuliers : les étrangers en instance d'éloignement écrivent peu car beaucoup sont mal informés et ne maîtrisent pas nécessairement la langue. Les adolescents des centres éducatifs fermés sont peu portés à l'écriture et à une contestation abstraite....

3/ Quelles suites données ?

Un certain nombre de lettres ne peuvent donner lieu à aucune suite : cas en particulier de ceux qui contestent la décision d'un juge (nous ne pouvons nous immiscer dans aucune procédure juridictionnelle, comme on l'a indiqué) ou l'inadéquation des soins reçus (respect du secret médical : cf. *supra*).

D'autres ne demandent qu'une réponse simple de notre part : ainsi celles qui demandent des renseignements d'ordre juridique pour se défendre ou régler une question.

Restent les lettres qui appellent des investigations supplémentaires, en particulier pour établir la réalité des faits ou pour demander à l'autorité compétente d'apporter une solution à un problème déterminé. En 2011, près de la moitié des 3 800 lettres ont donné lieu à ce que nous appelons une enquête, le plus souvent sous forme d'un courrier adressé au chef d'établissement ou au médecin compétent. Dans la plupart des cas, la réponse qui nous parvient suffit à régler le problème. Si ce n'est pas le cas, l'échange de courriers se poursuit jusqu'au règlement (ou à l'impossibilité de régler).

Dans quelques cas, la question posée nous paraît mériter un déplacement sur les lieux mêmes, pour rencontrer la personne et ceux qui en ont la charge et examiner les documents liés à son dossier. C'est ce que nous appelons l'enquête sur place. Faute d'effectifs, nous n'avons pu en faire que quelques-unes jusqu'alors : l'accroissement des effectifs de « chargés d'enquête » obtenu au 1^{er} janvier 2012 (trois emplois créés) devrait permettre l'accroissement des enquêtes sur place qui sont, en général, tout à fait utiles.

4/ Lien entre courriers et visites

Les deux se répondent.

D'une part, les courriers nous donnent beaucoup d'informations sur les lieux privatifs de liberté. Ils peuvent orienter nos choix de visite. Ils peuvent aussi nous aider à percevoir des questions que les visites ne nous permettent pas de percevoir dans toutes leurs dimensions. Deux avis publics proviennent directement des correspondances reçues : l'un sur les pertes de biens des détenus dans les prisons, singulièrement dans les transferts entre prisons ; l'autre sur la prise en charge des transsexuels dans les lieux privatifs de liberté.

Inversement, d'autre part, les visites sont l'occasion d'entretiens qui donnent lieu à des courriers ultérieurs. Certains deviennent véritablement familiers des chargés d'enquête. Les visites contribuent en général à multiplier nos interlocuteurs, en leur faisant percevoir la réalité de notre existence et la portée de notre rôle.

C'est pourquoi le dualisme de l'exécution de nos missions paraît particulièrement précieux.

III - Réussites et échecs du contrôle

Pas question ici de pratiquer l'autosatisfaction. La seule question qui vaille est celle de savoir si les droits fondamentaux sont mieux respectés aujourd'hui qu'hier. A cet égard, beaucoup de chemin reste à faire. Nous le constatons tous les jours (cf. aussi les condamnations régulières de la France devant la CEDH).

Quatre éléments relatifs à un problème de méthode, à la situation française, aux problèmes des représailles enfin aux suites données aux recommandations.

A/ La situation des personnes privées de liberté n'est pas toujours bien connue même des personnes qui en ont la responsabilité

1/ Structurellement, les structures et les personnels qui ont la charge de personnes captives (à l'exception sans doute des établissements hospitaliers) sont appréciés beaucoup plus par la manière dont elles assurent la sécurité, c'est-à-dire l'ordre public *visible*, dans les établissements que dans la manière dont elles respectent ou non les personnes.

Structurellement encore, la situation des personnes en prison, à l'hôpital, etc. se caractérise en premier lieu par l'état de dépendance où elles se trouvent à l'égard des agents d'exécution ; en second lieu par la forte autonomie selon laquelle s'organisent les tâches de ces mêmes agents, souvent isolés et éloignés de l'encadrement.

De manière plus récente mais tout aussi structurelle dans le cas de la France, les politiques publiques restrictives en matière de personnel et le désintérêt pour certaines tâches ne facilitent pas les conditions d'une bonne prise en charge des personnes privées de liberté. Deux exemples : l'absence quasi-générale de kinésithérapeute dans les prisons françaises :

toute rééducation post-opératoire s'avère donc impossible ; l'insuffisance du nombre d'experts psychiatres, obligatoirement consultés dans un certain nombre d'octroi de mesures d'aménagement de peines, allonge considérablement certains délais de sortie (provisoire ou définitive).

2/ Ce triple aspect n'est pas sans incidences pour la confrontation de la théorie des textes juridiques applicables (en général satisfaisants) et de la réalité. Plus précisément, la connaissance des réalités échappe parfois largement aux responsables qui peuvent volontiers évoquer des éléments positifs (la qualité des règles, l'organisation d'un spectacle, l'importance de la formation) alors que ces éléments ont peu d'influence dans la captivité au regard d'éléments beaucoup plus décisifs tels que la manière dont on parle aux personnes, celle dont leurs demandes sont prises en considération, celle avec laquelle leurs familles sont accueillies. Deux exemples : la transmission du courrier des personnes détenues aux cadres de l'établissement ; la manière dont s'opère une fouille lorsqu'on est placé en garde à vue.

Au surplus, l'établissement de la vérité est handicapé par la dissymétrie qui s'attache au crédit de la parole de l'autorité – dont bien des agents sont d'ailleurs assermentés – et à celui de la parole du captif. Le premier, institutionnellement, dit la vérité ; le second affabule. Or, l'expérience montre que le partage ne se fait pas ainsi.

Il en résulte que la découverte des atteintes aux droits fondamentaux, qui font l'objet évidemment en outre de dissimulations, n'est pas simple. Une de mes grandes préoccupations est de visiter un établissement et d'en ressortir sans y avoir perçu les errements dont tous ceux qui y vivent ou travaillent sont conscients, sans avoir pu ou voulu le dire. Voilà pourquoi il faut de l'expérience et du temps.

B/ Eléments de la situation française

Comme bien d'autres pays, mais sûrement pas moins que d'autres, l'opinion et surtout le politique en France sont préoccupés de sécurité. Parmi les éléments qui avivent un sentiment d'insécurité abondamment invoqué (médias), le « fait divers » (meurtre, viol...) joue un rôle pour faire sentir l'omniprésence du crime et les menaces qu'il fait peser sur chacun. La vie quotidienne fait apparaître aussi des « petites violences » (incivilités)

contre les habitudes de chacun et des délits (vols de téléphone cellulaire) qui alimentent cette conviction d'infractions fréquentes et dangereuses, auxquelles il faut remédier.

Ce contexte retentit sur la chaîne pénale. La législation relative à la procédure pénale est, d'abord, soumise à des ajustements incessants qui vont fréquemment, mais pas toujours, dans le sens d'un « durcissement » destiné à prévenir en particulier la récidive. Il est plus frappant de voir les hésitations du législateur, par exemple en matière d'aménagement des peines. Ensuite, on a constaté globalement, depuis dix ans, une accentuation des processus répressifs (augmentation du nombre de personnes détenues malgré l'accroissement des solutions alternatives à l'emprisonnement; le nombre d'écrous est très élevé; augmentation du nombre de personnes placées en garde à vue) jusqu'en 2008 environ, avec un infléchissement depuis lors. Enfin, on constate des évolutions complexes dans les peines prononcées (durée moyenne de séjour en prison : 9,7 mois) mais les peines très longues (20-30 ans) se multiplient.

Ce durcissement se marque dans un contexte d'offre de places très différencié, caractérisé par une coexistence d'établissements très anciens et vétustes et de bâtiments neufs moins inconfortables mais où les personnes sont beaucoup moins au contact d'autres personnes. C'est le cas des commissariats de police et des prisons. C'est moins vrai pour la rétention des étrangers (la plupart des centres sont récents) ou pour l'hospitalisation psychiatrique (plan de rénovation des bâtiments 2004-2009). C'est moins vrai aussi pour les geôles des tribunaux, mais en sens inverse : la grande majorité souffre d'un état très médiocre dans un bâti peu renouvelé.

Dans ce contexte, l'opinion se montre plus encline à penser que le crime doit être puni par un châtiment rigoureux et, pour elle, le confort de la prison revient à atténuer la rigueur nécessaire de la sanction. Elle n'est pas éloignée, pour des motifs différents, du point de vue des personnels, préoccupés légitimement avant tout de leur propre sécurité et enclins à être demandeurs de garanties toujours plus fortes à cet égard (vidéo-surveillance...); et réciproquement inquiets de voir des avantages aux « voyous » dans lesquels ils voient un affaiblissement des relations de force qui les protège. Les nouveaux commissariats, les nouvelles prisons sont sans doute moins inconfortables que les ancien(ne)s (eau chaude...)

mais ils sont beaucoup plus sécuritaires (ex. des mouvements dans les prisons).

Par conséquent, alors même que les personnels se comportent dans l'ensemble correctement, on voit encore trop souvent en France des lieux ou bien marqués par l'inconfort (eau froide, entassement, absence d'ateliers...), et l'insalubrité (absence de ventilation, chauffage très insuffisant, pas de réfrigérateur pour conserver la nourriture), aggravée par la surpopulation des maisons d'arrêt. Ou bien des lieux où les détenus sont concentrés, loin des villes, à plusieurs centaines ensemble, sans pouvoir sortir de leur cellule ou de la coursière attenante, sans guère de travail et d'activités, soumis à surveillance anonyme et au silence d'un isolement important.

On doit ajouter que certains personnels ne se comportent pas de manière satisfaisante, soit qu'ils aient peut, soit qu'ils soient débordés, soit qu'ils n'apprécient pas leur travail. Ces minorités d'agents peuvent compromettre l'ensemble du climat d'un établissement et comprendre des violences le plus souvent verbales et des vengeances multiples contre les captifs jugés réfractaires.

C/ La question des représailles

Dans un tel contexte, la question des représailles se pose. Qu'est-ce à dire ?

1/ Dans la culture professionnelle des métiers de ces établissements, à la notable exception des personnels soignants (et médicaux et aussi, dans une moindre mesure, des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation), le regard extérieur est mal perçu, au mieux comme une intrusion injustifiée et incompétente, au pire comme une mise en accusation organisée.

Corollairement, par conséquent, le détenu (ou, de manière générale, le captif) qui s'adresse à l'extérieur, en particulier lorsqu'il s'agit d'une manière ou d'une autre, d'appeler à l'aide, est mal perçu. Tel est le cas de la personne détenue qui dépose plainte contre un surveillant¹⁸, ou la

¹⁸ Le plus souvent en vain car, même s'il est impossible d'en dresser un compte exact (les plaintes de personnes détenues ne font pas l'objet d'un décompte à part

direction d'un établissement. Il risque de subir ensuite des mesures de rétorsion du personnel, lequel manifeste, sur ce plan, une solidarité sans faille.

Il en va de même des rapports entre les personnes détenues, en garde à vue ou retenues et le contrôle général. Les demandes d'entretien lors des visites sont nécessairement repérées et, si l'on y prend garde, le lien peut être fait entre des détenus particuliers et des éléments d'un rapport ultérieur. On peut demander plus ou moins habilement aux captifs rencontrés par le contrôle et plus encore aux personnels ce qu'ils ont dit aux contrôleurs. C'est pourquoi, lors des visites, il faut s'efforcer de voir le plus grand nombre possible de personnes et, dans les petits établissements, rencontrer tous les captifs sans exception, en particulier si des événements graves doivent attirer l'attention.

2/ Ces difficultés sont encore plus sensibles pour les courriers. La loi française prévoit que les lettres au contrôleur général et les réponses de ce dernier ne sont pas ouvertes, contrairement aux autres correspondances qui sont contrôlées. Nous avons eu de très nombreux témoignages nous indiquant que nos lettres étaient arrivées ouvertes et avons fait, de notre côté, un constat identique, les chefs d'établissement plaidant l'erreur et la bonne foi. Mais, plus gravement encore, on nous fait savoir qu'il n'est pas « bien vu » d'écrire plusieurs fois au contrôle général : c'est notamment le cas pour les personnes fragiles ou vulnérables, qu'il faudrait éventuellement défendre. La tentation est alors grande de se plier au comportement attendu par les personnels, sur le plan des rapports avec le contrôle comme sur les autres plans.

On doit être vigilant en la matière et garder précieusement ce contact direct et confidentiel avec les personnes privées de liberté, faute de quoi l'efficacité du système serait gravement prise en défaut. Il existe à cette fin quelques solutions. Mais, en raison de la dépendance permanente d'autrui qui caractérise la privation de liberté, ces parades ont leur limite. Mieux vaut travailler en amont, avec les administrations concernées, pour les aider à admettre un fonctionnement normal du dispositif.

dans les parquets), on doit penser que la très grande majorité d'entre elles sont classées sans suite.

D/ L'effet des recommandations

1/ Les recommandations, qu'elles soient publiques ou non, adressées aux ministres par le contrôle général, aboutissent-elles à des résultats ? Le tableau sur ce point est nécessairement nuancé dès lors qu'on se rappelle que la mise en œuvre des recommandations ne dépend que de l'administration.

A cet égard, schématiquement, on peut dire que la mise en œuvre des recommandations dépend de la conscience qu'ont les responsables du problème et du déséquilibre que le changement éventuel peut apporter à des pratiques anciennes.

Un exemple de cette conscience imparfaite. En raison des nombreuses plaintes dont il était saisi, le contrôle général a émis un avis public sur la « perte » des biens des personnes détenues lors de transfèrement d'une prison à l'autre : des effets (vêtements, radio...) disparaissent en effet de manière fréquente des cartons non clos utilisés lors des changements. Le directeur de l'administration pénitentiaire du moment et le chef de l'inspection des services pénitentiaires ont soutenu un temps que c'était là un problème « imaginaire » car ils n'avaient reçu eux-mêmes aucune plainte à cet égard. Finalement, quelques mois plus tard, discrètement, l'administration a pris une circulaire sur ce sujet.

Un exemple d'habitudes anciennes bousculées. Il existe en ce moment une controverse sur les fouilles à corps systématiques réalisées sur les détenus à la sortie des parloirs avec leurs proches. Une loi récente (2009) semble faire obstacle à ce caractère systématique (« tout le monde y passe »). Mais l'administration continue de faire comme par le passé pour empêcher l'introduction en prison de biens interdits (drogues, téléphones cellulaires). Pour les surveillants, c'est une garantie essentielle de sécurité ; pour les personnes détenues, c'est une humiliation répétée. Un tribunal vient d'annuler non le principe des fouilles mais le principe de leur caractère systématique. On en est là.

2/ De manière plus générale :

- Les chefs d'établissement procèdent volontiers de leur propre initiative, après les visites du contrôle général, à des ajustements, en fonction des recommandations applicables à leur établissement. Ces ajustements peuvent consister en des instructions nouvelles ou de rappel : un exemple

en est la consigne relative à l'installation de boîtes à lettres pour la protection du courrier des personnes détenues. Ils peuvent consister aussi en des travaux immobiliers ; les remarques du contrôle général servent souvent à appuyer des demandes de crédits aux instances régionales pour aménager une cour de promenade, refaire des douches, repeindre des couloirs.

- Les autorités nationales, de leur côté, donnent écho fréquemment aux recommandations. Le ministre de la justice, dans ses réponses, précise celles qu'il s'engage à mettre en œuvre. Au début de décembre, selon une procédure d'urgence prévue par la loi, le contrôle général a dénoncé publiquement la situation indigne des détenus du centre pénitentiaire de Nouméa (Nouvelle-Calédonie) ; il a relevé que la reconstruction de cette prison était bloquée par le refus de la municipalité locale de délivrer un permis de construire. Après cet avis, le permis de construire a été délivré.

- En revanche, sur les conceptions qui engagent le travail des personnels pénitentiaires et, en particulier, l'idée qu'ils se font de ce qu'il convient de faire pour préserver leur propre sécurité ou bien leur propre effort au travail, il est très difficile d'évoluer facilement. Il est aussi difficile d'infléchir la décision publique dans des choix décisifs en matière de principe de la procédure pénale, dans le contexte « sécuritaire » qui a été rappelé, ou en matière d'engagements budgétaires. Deux exemples : la taille des établissements pénitentiaires ne cesse de s'accroître au fil des constructions de prisons neuves ; un projet de loi actuellement en débat la porte à 650 personnes détenues en moyenne ; nous avons dénoncé cette « industrialisation de la captivité », propice aux débordements. La visio-conférence : pour des motifs d'économies (elle évite les « extractions » depuis l'établissement vers le tribunal), les pouvoirs publics voudraient multiplier le recours à cette technique ; nous sommes conscients que cette technique est nécessaire dans certains cas (cf. d'ailleurs CEDH) ; elle doit demeurer l'exception car elle porte concrètement atteinte aux droits de la défense.

Voilà une série de problématiques que je souhaitais évoquer pour terminer.

La création d'un contrôle général des lieux de privation de liberté est une nouveauté bienvenue. Non seulement parce que ce contrôle est un instrument de prévention d'atteintes aux droits fondamentaux des

personnes mais, plus précisément, parce qu'il représente un instrument inédit de proximité sans intermédiaire avec les personnes détenues et un outil d'observation « au plus près » des pratiques des personnels pénitentiaires (inédit dans l'ensemble des administrations).

Deux observations finales

Ce qui nous guide, conformément aux précédents des institutions de droits de l'homme, ce n'est pas la théorie juridique, ni les textes des règles applicables qui, dans nos pays, n'appellent en général pas de critiques, mais l'effectivité de cette théorie et de ces règles. Chaque personne détenue a droit à une heure trente ou deux heures de promenade quotidienne : mais si elle craint de se faire agresser par un co-détenu dans la cour, parce que les surveillants ne savent pas empêcher les violences, où est l'effectivité de ce droit ?

Nous ne sommes évidemment pas seuls à intervenir dans les prisons. D'autres nous y ont précédé, y exercent leur activité. Nous avons naturellement besoin de leur expérience, de leur point de vue. Parmi eux, les personnels soignant et médical sont pour nous, à chaque visite, des interlocuteurs privilégiés, car ils ont des relations de confiance avec les personnes détenues. Leur témoignage est essentiel.

De manière générale, nous construisons la vérité de ces lieux difficiles par le dialogue incessant avec toutes les parties prenantes. Celui que je souhaite engager avec vous aujourd'hui en est un témoignage.

Des contrôleurs indépendants des conditions de détention.

Quelle structure en Suisse ? Quels problèmes ?
Quelle efficacité

Jean-Pierre Restellini

PLAN

- Mécanismes de prévention des mauvais traitements au plan international et national
- La CNPT suisse (mandat, compétence, etc.)
- « Mauvais traitements » et médecine pénitentiaire
- Jurisprudence du CPT dans le domaine de la médecine pénitentiaire
- Premiers rapports et activités de la CNPT
- *(Faiblesses et forces des NPM)*
- DISCUSSION

Mécanismes de prévention des mauvais traitements au plan international et national

- Comité international de la Croix-Rouge
- Comité des droits de l'Homme des Nations Unies
- Comité des Nations Unies contre la torture
- Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture
- Cour européenne des droits de l'Homme, la Cour et la Commission interaméricaines des droits de l'Homme
- Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe
- Comité européen pour la Prévention de la Torture
- Sous-Comité du Comité des Nations Unies contre la torture
- Mécanismes nationaux (OPCAT); en Suisse, cantonaux)
- Tribunaux pénaux internationaux
- Ensemble des juridictions nationales au titre de la compétence universelle
- ONGs
- etc !

- Comité des Nations Unies contre la torture (CAT)
- Comité européen pour la Prévention de la Torture (CPT)
- Sous-Comité du Comité des Nations Unies contre la torture (SPT)
- Mécanismes nationaux (NPM); régionaux (cantonaux (CCVP)!

Comité contre la torture (CAT)

Convention contre la torture du 26 juin 1987

- Le Comité contre la torture (CAT) est un organe composé *d'expert-e-s indépendant-e-s* qui surveillent l'application de la Convention contre la torture (art. 17) ; *basée sur l'art 5 de la déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948* ;
- Il *examine les rapports* des Etats parties sur la mise en oeuvre de la Convention (art. 19);
- Il est compétent pour *mener des enquêtes* en cas d'allégations de torture sur le territoire d'un Etat membre (art. 20);
- Le Comité est compétent pour recevoir des *requêtes individuelles* de la part de victimes de torture pour autant que l'Etat partie ait reconnu cette compétence au moyen d'une déclaration (art. 22).

Comité pour la prévention contre la torture (CPT) du Conseil de l'Europe

Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 26 novembre 1987

- Invention genevoise !
- Experts indépendants
- Visites
- Rapports / recommandations
- Coopération (≠ organe judiciaire)



Jean-Jacques Gauthier, 1912 – 1986

Sous-Comité pour la prévention contre la torture (SPT) des Nations Unies

Protocole facultatif à la Convention contre la torture du 18 décembre 2002
(en vigueur depuis le 22 juin 2006)

- Etablissement d'un *système de visites régulières*, effectuées par des organismes internationaux indépendants, *sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté* (art. 1);
- Constitution d'un *Sous-Comité pour la prévention de la torture* (art. 2) qui effectue des visites et formule, à l'intention des Etats parties des recommandations (art. 11 lit. a);
- Mise sur pied par les Etats parties d'un *mécanisme national de prévention* au plus tard un an après l'entrée en vigueur ou la ratification du présent protocole (art. 17).

Commission nationale de prévention de la torture (CNPT) :

NPM suisse

Loi fédérale sur la Commission de prévention de la torture du 20 mars 2009 en application du Protocole facultatif du 18 décembre 2002 se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants,

Base: message du Conseil fédéral du 8 décembre 2006.

MANDAT (art. 2)

- a. Inspection régulière des lieux de privation de liberté ;
- b. Recommandations à l'intention des autorités compétentes ;
- c. Propositions et observations sur la législation en vigueur ou projets législatifs en la matière ;
- d. Rédaction d'un rapport annuel,
- e. Contacts avec le Sous-Comité de la prévention et avec le Comité européen pour la prévention de la torture, leur transmet des informations et coordonne ses activités avec les leurs.

DÉFINITION DE LA PRIVATION DE LIBERTÉ (art. 3)

« Toute forme de détention ou d'emprisonnement d'une personne ou son placement dans un établissement public ou privé, dont elle n'est pas autorisée à sortir à son gré, sur l'ordre d'une autorité publique, à l'instigation ou avec le consentement de celle-ci ».

COMPETENCES (art. 8)

- Accès à tous les lieux de privation de liberté avec possibilité de visite sans préavis ;

- Obtention de renseignements nécessaires à l'accomplissement de sa tâche ;
- Entretiens sans témoins
 - avec toute personne privée de liberté,
 - avec toute autre personne susceptible de lui fournir les renseignements dont elle a besoin.

PROTECTION DES DONNEES (art. 10)

- La Commission est autorisée à traiter des *données sensibles et d'autres données personnelles* conformément à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données à condition que l'accomplissement de ses tâches l'exige et que ces données portent sur la situation de personnes privées de liberté ou s'y rapportent.
- Aucune donnée personnelle ne peut être communiquée (rendue publique) sans que la personne concernée y ait consenti expressément.

COMPOSITION (art. 2)

- *12 experte-s* disposant des compétences et connaissances professionnelles et personnelles nécessaires, en particulier dans les *domaines médical, psychiatrique, juridique et interculturel* et en matière de privation de liberté et de visites de lieux de privation de liberté;
- Représentation des deux sexes et des différentes régions linguistiques;
- Les membres sont nommé-e-s pour une durée de quatre ans.

Les membres

Jean-Pierre Restellini, médecin (médecine interne et médecine légale FMH) ; juriste ; Vice Président du CPT (Comité européen de Prévention contre la Torture) ; Président

Marco Mona, Dr. iur. et Dr. h.c.rer.publ., avocat; Tessin; Vice-président

Alberto Achermann, Prof. Dr. iur., LL.M, avocat, Berne; Vice-président

Elisabeth Baumgartner, lic. iur. LL.M, avocate ; Zurich

Léon Borer, Dr. iur., ancien commandant de la police cantonale argovienne

Stéphanie Heiz-Ledesma, psychologue, Genève

Thomas Maier, Dr. méd. ; psychiatre, Zurich

Leo Näf, ancien directeur du centre de mesures de Bitzi, St-Gall

Esther Omlin, Procureure générale du canton d'Obwald

Franziska Plüss, Première juge cantonale du canton d'Argovie

André Vallotton, ancien délégué aux affaires pénitentiaires du canton de Vaud

Laurent Walpen, Avocat conseil, ancien commandant des polices cantonales VS et GE; Valais.

STRUCTURE ET BUDGET

- La CNPT dispose d'un secrétariat permanent (Art. 7); 1,2 ETP ;
- Budget annuel 360'000.-,co-financé par le Département fédéral de justice et police et le Département fédéral des affaires étrangères ;
- Comparaison avec d'autres NPM (France; Moldova; Azerbaïdjan; UK).

NPM du Royaume Uni

England and Wales

Her Majesty's Inspectorate of Prisons

Independent Monitoring Boards

Independent Custody Visiting Association

Her Majesty' Inspectorate of Constabulary

Care Quality Commission

Healthcare Inspectorate of Wales

Children's Commissioner for England

Care and Social Services Inspectorate Wales

Office for Standards in Education

Scotland

Her Majesty's Inspectorate of Prisons for Scotland

Her Majesty' Inspectorate of Constabulary for Scotland

Scottish Human Rights Commission

Mental Welfare Commission for Scotland

Social Care and Social Work Improvement Scotland

Independent Custody Visitors

Northern Ireland

Independent Monitoring Boards

Criminal Justice Inspection Northern Ireland

Regulation and Quality Improvement Authority

Northern Ireland Policing Board, Independent Custody Visiting Scheme

« Mauvais traitements » et médecine pénitentiaire

Un niveau de soins médicaux insuffisant peut conduire rapidement à des situations qui s'apparentent à des "traitements inhumains ou dégradants". Le service de santé dans un établissement donné peut jouer potentiellement un rôle important dans la lutte contre les mauvais traitements au sein de l'établissement même et aussi ailleurs (en particulier dans les établissements de police).

PRINCIPES DE BASE

(3ème rapport d'activité du CPT; 1992)

- a. Accès au médecin
- b. Equivalence des soins
- c. Consentement du patient et confidentialité
- d. Prévention sanitaire
- e. Intervention humanitaire
- f. Indépendance professionnelle
- g. Compétence professionnelle

Jurisprudence du CPT

Le Recueil (élaboré par le groupe de travail sur la jurisprudence du CPT)
Les Normes du CPT ; La base de données.

Synthèse des recommandations et standards existants concernant des questions soulevées dans les rapports du CPT.

Cave : droit mou !

3. SERVICES MÉDICAUX	54
a. accès au médecin	55
b. soins médicaux	56
i) médecine générale	56
ii) soins psychiatriques	58
c. consentement du patient et confidentialité	60
i) consentement du patient	60
ii) confidentialité	60
d. autres questions de soins médicaux	61
i) contrôle médical à l'admission / prévention de la violence	61
ii) promotion de la santé	63
iii) maladies transmissibles	63
iv) HIV / SIDA	65
v) tuberculose	66
vi) drogues	66
vii) suicides / auto-mutilation	69
viii) grèves de la faim	70
ix) traitement des délinquants sexuels	72
e. détenus souffrant de handicaps et incapacité à la détention	73
f. indépendance professionnelle	73
g. compétence professionnelle	75

ORGANISATION DU SERVICE MEDICAL

La délégation du CPT a rencontré un certain nombre de médecins récemment diplômés qui effectuaient leur internat en tant que médecin pénitentiaire. *Ces médecins exerçaient leurs fonctions bien qu'ils n'aient aucune expérience préalable ni formation pour travailler en milieu carcéral, et qu'ils ne puissent pas se référer à des médecins dans d'autres prisons ni exercer sous la surveillance de collègues plus expérimentés.*

Un *détenu malade mental* doit être pris en charge et traité dans un milieu hospitalier équipé de manière adéquate et doté d'un personnel qualifié. Cette structure pourrait être soit un hôpital psychiatrique civil, soit une unité psychiatrique spécialement équipée, établie au sein du système pénitentiaire.

SECURITE

Examiner des détenus soumis à des moyens de contrainte est une pratique hautement contestable_tant du point de vue de l'éthique que du point de vue clinique . Elle n'est pas de nature à créer une relation de confiance appropriée entre le médecin et le patient. En dernier ressort, la décision sur ce point doit appartenir au personnel soignant.

S'entretenir avec détenus à travers une vitre_est une pratique éthiquement contestable et n'étant pas de nature à créer une bonne relation médecin-patient.

Recommandations de la CNPT

Expulsions sous contrainte par voie aérienne

(rôle du médecin de l'établissement LMC, du médecin présent dans l'avion, etc.).



- ▶ Expulsions sous contrainte par voie aérienne
- ▶ Isolement et conditions du traitement psychiatrique



Recommandations de la CNPT

- ▶ Expulsions sous contrainte par voie aérienne
- ▶ Isolement et conditions du traitement psychiatrique
- ▶ Garantie de l'accès aux soins pour l'ensemble des détenu-e-s

(Schweizer) Bundesgesetz über die Kommission zur Verhütung von Folter

vom 20. März 2009

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, gestützt auf Artikel 54 Absatz 1 der Bundesverfassung¹⁹, in Ausführung des Fakultativprotokolls vom 18. Dezember 2002²⁰ zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 8. Dezember 2006²¹, beschliesst:

Art. 1 Gegenstand

1 Der Bund setzt eine Kommission zur Verhütung von Folter (Kommission) ein.

2 Die Kommission achtet darauf, dass die Schweiz die Verpflichtungen einhält, die ihr aus dem Übereinkommen vom 10. Dezember 1984²² gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe entstehen.

Art. 2 Aufgaben

Die Kommission hat folgende Aufgaben:

- a. Sie überprüft regelmässig die Situation von Personen, denen die Freiheit entzogen ist, und besucht regelmässig alle Orte, an denen sich diese Personen befinden oder befinden könnten.
- b. Sie gibt Empfehlungen an die zuständigen Behörden ab mit dem Ziel:
 1. die Behandlung und die Situation der Personen, denen die Freiheit entzogen ist, zu verbessern,
 2. Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe zu verhüten.
- c. Sie unterbreitet Vorschläge und Bemerkungen zu geltenden Erlassen oder zu Erlassentwürfen.

¹⁹ SR 101

²⁰ SR 0.105.1; AS 2009 5449

²¹ BBl 2007 265

²² SR 0.105

- d. Sie verfasst jährlich einen Bericht über ihre Tätigkeit; dieser ist der Öffentlichkeit zugänglich.
- e. Sie unterhält Kontakte mit dem Unterausschuss für Prävention und dem Europäischen Ausschuss zur Verhütung von Folter, übermittelt den beiden Gremien Informationen und stimmt ihre Tätigkeiten mit ihnen ab.

Art. 3 Freiheitsentzug

Als Freiheitsentzug im Sinne dieses Gesetzes gilt jede Form des Festhaltens oder der Inhaftierung einer Person oder deren Unterbringung in einer öffentlichen oder privaten Einrichtung, die sie nicht nach Belieben verlassen darf, sofern dies auf Anordnung oder Veranlassung einer Behörde oder im Einverständnis mit einer Behörde geschieht.

Art. 4 Status

- 1 Die Kommission erfüllt ihre Aufgaben unabhängig.
- 2 Die Mitglieder der Kommission üben ihr Amt persönlich aus.

Art. 5 Zusammensetzung

- 1 Der Kommission gehören zwölf Mitglieder an.
- 2 Sie setzt sich aus Fachleuten zusammen, die über die erforderlichen beruflichen und persönlichen Kompetenzen und Kenntnisse, insbesondere im medizinischen, psychiatrischen, juristischen oder interkulturellen Bereich oder im Bereich des Freiheitsentzugs und des Besuchs von Orten des Freiheitsentzugs verfügen.
- 3 Die beiden Geschlechter und die Sprachregionen müssen angemessen vertreten sein.

Art. 6 Vorschlagsrecht, Ernennung und Amtszeit

- 1 Der Bundesrat ernennt die Kommissionsmitglieder auf Antrag des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements und des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten.
- 2 Nichtregierungsorganisationen können dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement und dem Eidgenössischen Departement für auswärtige Angelegenheiten Kandidatinnen und Kandidaten vorschlagen.
- 3 Die Kommissionsmitglieder werden für vier Jahre ernannt. Sie können höchstens zweimal wiedergewählt werden.

Art. 7 Konstituierung und Arbeitsweise

- 1 Die Kommission konstituiert sich selbst.
- 2 Sie regelt ihre Organisation und ihre Arbeitsmethoden in einer Geschäftsordnung.
- 3 Im Rahmen ihres Budgets kann sie Fachleute sowie Dolmetscherinnen und Dolmetscher beiziehen.
- 4 Sie kann über ein ständiges Sekretariat verfügen.

Art. 8 Befugnisse

- 1 Die Kommission hat Zugang zu denjenigen Informationen, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt, namentlich zu Informationen über:
 - a. Zahl, Identität und Aufenthaltsort der Personen, denen die Freiheit entzogen ist;
 - b. Zahl und Lage der Orte des Freiheitsentzugs;
 - c. die Behandlung der Personen, denen die Freiheit entzogen ist, und die Bedingungen des Freiheitsentzugs.
- 2 Sie hat Zugang zu allen Orten des Freiheitsentzugs und deren Anlagen und Einrichtungen. Sie kann diese Orte unangemeldet aufsuchen.
- 3 Sie kann mit Personen, denen die Freiheit entzogen ist, und mit jeder anderen Person, die sachdienliche Auskünfte erteilen könnte, ohne Zeuginnen und Zeugen direkt oder über eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher sprechen.

Art. 9 Obliegenheiten von Behörden

- 1 Der Bundesrat sorgt für die Veröffentlichung und Verbreitung des jährlichen Tätigkeitsberichts der Kommission.
- 2 Die zuständigen Behörden prüfen die Empfehlungen, die die Kommission an sie richtet, und nehmen zur möglichen Umsetzung Stellung.

Art. 10 Datenschutz

- 1 Die Kommission darf besonders schützenswerte und andere Personen-daten nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992²³ über den Datenschutz bearbeiten, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist und diese Daten die Situation von Personen betreffen, denen die Freiheit entzogen ist.

²³ SR 235.1

2 Personendaten dürfen nur bekannt gegeben werden, wenn die betroffene Person ausdrücklich eingewilligt hat.

Art. 11 Amts- und Berufsgeheimnis

1 Die Kommissionsmitglieder und die von ihr beigezogenen Personen unterstehen dem Amtsgeheimnis nach Artikel 320 des Strafgesetzbuches²⁴.

2 Die Kommission kann ihre Mitglieder und die von ihr beigezogenen Personen vom Amtsgeheimnis oder gegebenenfalls vom Berufsgeheimnis nach Artikel 321 des Strafgesetzbuches entbinden für Geheimnisse, die ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit anvertraut worden sind oder die sie in diesem Rahmen wahrgenommen haben. In dringenden Fällen entscheidet die Präsidentin oder der Präsident der Kommission.

Art. 12 Finanzierung

1 Der Bund kommt für die Mittel auf, welche die Kommission für ihre Arbeit benötigt.

2 Die Kommissionsmitglieder haben Anspruch auf den Ersatz ihrer Auslagen.

3 Der Bundesrat regelt den Anspruch auf Entschädigung.

Art. 13 Übergangsbestimmung

Die erste Präsidentin oder der erste Präsident der Kommission wird vom Bundesrat bestimmt.

Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2010²⁵

²⁴ SR 311.0

²⁵ BRB vom 21. Okt. 2009 (AS 2009 5443)

2

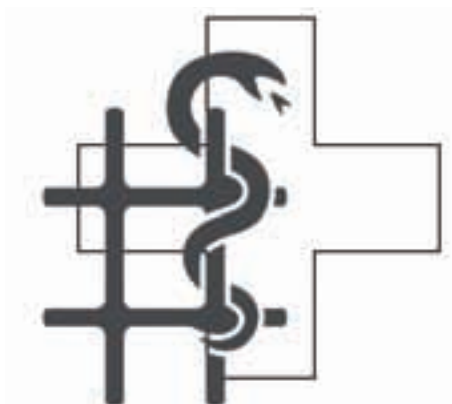
Vorträge
Plénières



Deutsch / Allemand



Deutsch / Allemand



Ethische Prinzipien der Gesundheitsfürsorge in Haft

Prof. Dr. Jörg Pont

Es wäre eine Verfehlung, hier in Genf über ethische Prinzipien der Gesundheitsfürsorge in Haft zu sprechen, ohne auf die Bedeutung hinzuweisen, die dieser Stadt für die Entwicklung der modernen europäischen Gefängnismedizin und deren ethischer Grundlagen zukommt: Es waren die Professoren J. Bernheim, Direktor des Genfer Universitätsinstituts für Rechtsmedizin, und T. Harding, die sich mit diesem Themenkreis seit den 60er Jahren nicht nur theoretisch intensiv auseinandersetzten und ihr Wissen in zahlreiche Grundlagendokumente des Europarates einbrachten, sondern sie waren auch die ersten in Europa, die die Gesundheitsversorgung von Gefangenen in völliger Unabhängigkeit von der Gefängnisbehörde organisierten.

Die gesundheitliche Betreuung von Gefangenen wirft eine Reihe von Fragen auf, die spezifisch für die Betreuung von Menschen in Haft sind und je nach Blickwinkel unterschiedlich ausfallen:

Für *Gefangene*, die sich ihren Arzt ja nicht selber aussuchen können, ist es schwierig, einem Arzt zu vertrauen, der im Sold des Vollzugssystems steht, seine Verschwiegenheit und seine professionelle Unabhängigkeit werden von Gefangenen ebenso in Frage gestellt wie seine Qualifikation, umso mehr als die gesellschaftliche Wertschätzung von Betreuern im Gefängnis ohnehin nicht die allerbeste ist. Darüber hinaus versuchen Gefangene den Arzt für eine Verbesserung ihrer Haftsituation zu benutzen.

Gefängnisärzte, Schwestern und Pfleger stehen vor dem Problem, wie berufliche Verschwiegenheit und Vertraulichkeit sowie Einverständnis und Selbstbestimmung der Patienten im Umfeld der totalitären Institution Gefängnis verwirklicht und somit das Vertrauen ihrer Patienten gewonnen und erhalten werden kann. Wie kann die Balance zwischen Zusammenarbeit mit den Wachebeamten und Vertrauen der Gefangenen gefunden werden, ohne die einen oder anderen vor den Kopf zu stoßen? Wie geht man mit den oft unbilligen Erwartungen und Forderungen seitens Gefangener oder seitens der Gefängnisadministration um? Muss Anordnungen der Gefängnisverwaltung, die medizinische Handlungen oder Entscheidun-

gen betreffen, Folge geleistet werden? Ist die Funktion des Gefängnisarztes mit der eines Amtsarztes oder der eines forensischen Gutachters vereinbar? Wie sind erforderliche teure medizinische Maßnahmen trotz knappen Budgets der Haftanstalt durchsetzbar?

Leitern von Justizanstalten und Wachebeamten stellt sich die Frage hinsichtlich der Rolle des Gefängnisarztes und seiner Mitarbeiter bei der Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung im Gefängnis: Sind ärztliche Verschwiegenheit, Selbstbestimmung der Patienten und professionelle Unabhängigkeit des Arztes und seines Teams mit Sicherheit und Ordnung im Gefängnis überhaupt vereinbar? Warum sollte der Arzt nicht durch Mitwirkung bei Leibesvisitationen und Drogentests sowie durch Attestierung medizinischer Zumutbarkeit von Disziplinarstrafen zu Sicherheit und Disziplin im Gefängnis beitragen? Kann der Gefängnisarzt nicht auch amtsärztliche Befugnisse wahrnehmen und als Betriebsarzt für die Beamten tätig sein? Ist bei allseits knappen Ressourcen die Durchführung teurer Diagnose- und Behandlungsmethoden bei Gefangenen der Gesellschaft gegenüber überhaupt vertretbar?

Der *Öffentlichkeit* ist oft nicht einsichtig, warum Gesundheit im Gefängnis wichtig ist für das öffentliche Gesundheitswesen und sie hat, insbesondere unter dem zunehmenden Einfluss populistischer Medien, wenig Verständnis für Gesundheitskosten für Gefangene bei einschneidenden Sparbudgets für die Gesundheit der Allgemeinheit.

Um allen diesen Fragen, Problemen und Gegensätzen entsprechend begegnen zu können, ist es unerlässlich, dass sich Gefängnisärzte und deren Mitarbeiter an feste Grundsätze medizinischer Ethik halten und dass die Grundsätze dieser medizinischen Ethik allen Menschen im Gefängnis - Gefangenen, Wachebeamten und Leitern der Gefängnisadministration, aber und auch der Öffentlichkeit bekannt gemacht und von ihnen akzeptiert werden.

Die heute international anerkannten Grundlagen medizinischer Ethik liegen mit der Declaration of Geneva und dem Code of Medical Ethics der World Medical Organization (WMA) seit den späten Vierzigerjahren des vorigen Jahrhunderts, oftmals revidiert, vor. Sie werden oft die heute gültige Version des Hippokratischen Eides genannt.

Ihre 4 Grundsäulen sind:

- Wohlergehen des Patienten – *salus aegroti*
- keinen Schaden anzurichten – *primum nil nocere* einschließlich der ärztlichen Verschwiegenheit
- Autonomie des Patienten – *voluntas aegroti*, und Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsfürsorge.

Klare Vorstellungen von medizinischer Ethik sind für jeden Praktiker im Gesundheitsbereich erforderlich, aber sie sind von außerordentlicher Bedeutung für Ärzte und Pflegepersonen, die Gefangene betreuen, um Leitlinien und Hilfestellung bei der Bewältigung der zahlreichen ethischen Dilemmas zu finden, die sich bei der Gesundheitsversorgung im Gefängnis stellen:

Die Prinzipien medizinischer Vertraulichkeit und Verschwiegenheit sowie das Selbstbestimmungsrecht der Patienten, die für medizinische Betreuung unverzichtbar sind, geraten in Konflikt mit Prinzipien der Bewachung wie „Sicherheit an erster Stelle“. Der Mangel an personellen und finanziellen Ressourcen und der Überbelegung vieler Gefängnisse beeinträchtigen vielfach die Qualität und den ungehinderten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die professionelle Unabhängigkeit von Ärzten und Pflegepersonen im Gefängnis, die von der Gefängnisadministration angestellt und bezahlt werden, wird immer wieder in Frage gestellt. Gerade jene Gesundheitsprobleme, die bei Gefangenen vorherrschen – psychische Störungen, Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit, HIV/AIDS, Hepatitis C und Tuberkulose – rühren oft von der Haft selbst her oder erfahren durch sie eine weitere Verschlechterung.

Die von der Weltgesundheitsorganisation verkündete Deklaration „*Prison Health is Part of Public Health*“ findet durch die Öffentlichkeit bisher kaum Unterstützung.

Einigen dieser ethischen Dilemmas kann durch die Anwendung international anerkannter Regeln und Standards begegnet werden. Angesichts der Unterschiedlichkeit von Kulturen, politischen Systemen und nationalen Gefängnispraktiken erscheint es erstaunlich, wie viele Staaten imstande waren, Konsens über Konventionen, Regeln, Deklarationen und Empfehlungen zu finden, die auch Richtlinien für medizinische Ethik in Gefängnissen beinhalten.

Dokumente der UNO: Standard Minimum Rules for Prisoners, Principles of Medical Ethics for the protection of detained persons and prisoners, Convention against Torture, Body of Principles for the Protection of persons under detention, Rules for the protection of juveniles deprived of their liberty.

Dokumente des Europarats: Die European Prison Rules von 1987, die zuletzt 2006 revidiert wurden und in deutscher Übersetzung von den BMJ der 3 deutschsprachigen Ländern gemeinsam herausgegeben wurde („Freiheitsentzug, Empfehlungen des Europarates, Europäische Strafvollzugsgrundsätze“), die Konvention über das CPT (Committee for the Prevention of Torture...) und Empfehlungen zur Kontrolle übertragbarer Erkrankungen, zu ethischen und organisatorischen Aspekten der Gesundheitspflege in Haft und zur Überbelegung von Gefängnissen.

Die *Declarations der WMA* hinsichtlich medizinischer Ethik im Gefängnis beziehen sich neben den Deklarationen gegen Folter und andere grausame, inhumane oder erniedrigende Behandlung, über die ärztliche Verpflichtung dieselbe aufzuzeigen und über die Unterstützung von Ärzten, die sich weigern daran teilzunehmen, auch auf heikle ethische Detailfragen wie den Hungerstreik und Leibesvisitationen sowie auf gefängnis-spezifische Erkrankungen.

Auch das *International Council of Nurses* hat 1998 ein Positionsdokument zur Pflege von Menschen in Haft herausgegeben, das zuletzt 2011 revidiert wurde.

Weitere internationale verfasste Dokumente sind der Eid von Athen, den eine internationale Gruppe von Gefängnisärzten (Council of Prison Medical Services) 1977 formuliert hatte und der von der WMA und Amnesty International adoptiert wurde; die Penal Reform International (PRI) Publikation „Making Standards Work“ mit einem ausgezeichneten Kapitel über Gesundheitspflege und medizinische Ethik und die Publikationen der Physicians for Human Rights, insbesondere jene, die sich mit dem Dilemma der Dualen Loyalität, d.h. mit dem Rollenkonflikt zwischen professionellen Pflichten dem einzelnen Patienten und den vermeintlichen oder tatsächlichen Verpflichtungen Dritten gegenüber (Behörde, Gefängnisadministration, Militär) auseinandersetzt sowie das Istanbul Protokoll zur effektiven Untersuchung und Dokumentation von Gewalt-, Missbrauch-

und Folteropfern, das von der UNO und der WMA adoptiert wurde und das sich nicht nur an Ärzte sondern auch an Richter und Anwälte richtet, die mit Gefangenen und damit potentiellen Folteropfern zu tun haben.

Im Gegensatz zu den zahlreich vorhandenen Schriftstücken internationaler Organisationen über ethische Prinzipien der Gesundheitsfürsorge in Haft, existieren kaum Dokumente der nationalen Berufsverbände zu diesem Thema, keines in Österreich und in Deutschland. Die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften hingegen hat 2002 ihre medizinisch-ethische Richtlinien bei der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen in 13 Punkten niedergelegt.

Die *Essenz medizinischer Ethik im Gefängnis*, wie sie in all den angeführten Dokumenten aufscheint, kann wie folgt zusammengefasst werden:

- 1) Die einzige Aufgabe von Gefängnisärzten und Pflegepersonen ist die Gesundheit und das Wohlergehen der Gefangenen.
- 2) Die *7 essentiellen Prinzipien* der CPT:
 - Ungehinderter Zugang zum Arzt
 - Gleichwertige Gesundheitspflege wie in Freiheit
 - Patienteneinverständnis und Verschwiegenheit des Arztes
 - Gesundheitsvorsorge
 - Humanitärer Beistand
 - Professionelle Unabhängigkeit
 - Professionelle Kompetenz

In Freiheit praktizierenden Ärzten und Pflegepersonen mögen diese Prinzipien völlig selbstverständlich erscheinen, ihre Verwirklichung im täglichen Gefängnisalltag ist jedoch keineswegs ein leichtes Unterfangen, wie die folgenden praxisbezogenen Überlegungen zeigen, die auf die angeführten Prinzipien im Einzelnen Bezug nehmen:

Der erste Grundsatz, *die einzige Aufgabe von Gefängnisärzten und Pflegepersonen ist die Gesundheit und das Wohlergehen der Gefangenen*, wird in den CPT Standards so formuliert:

„The prison doctor acts as the patient’s private doctor.“

Das erforderliche Vertrauen der Gefangenen in die Gesundheitsbetreuung im Gefängnis kann nach Penal Reform International nur erreicht werden,

„if it is known to everyone in the prison that for a prison physician, nurse or health care worker the patient has to have and indeed has priority over order, discipline or any other interests of the prison.“

Aus den angeführten Dokumenten lässt sich also folgendes job profile des Gefängnisarztes darstellen:

- Individuelle ärztliche Betreuung der Gefangenen;
- Überwachung von Nahrung, Hygiene, Unterbringungsbedingungen und körperlicher/mentaler Ertüchtigung der Gefangenen;
- Beratung der Gefängnisleitung in Gesundheitsfragen.

Dieselben Dokumente weisen aber auch klar darauf hin, dass Ärzte und Pflegepersonen im Gefängnis keine Aufgaben übernehmen sollen, die nicht der Gesundheit und dem Wohlergehen ihrer Patienten dienen:

“It is a contravention of medical ethics for health personnel, particularly physicians, to be involved in any professional relationship with prisoners or detainees the purpose of which is not solely to evaluate, protect or improve their physical and mental health.”(UN Resolution 37/194, 1982: Principles of Medical Ethics relevant to the role of health personnel in the protection of prisoners),

also nicht an Leibesvisitationen, oralen, rektalen oder vaginalen Untersuchungen oder Drogentestungen teilzunehmen, die aus Gründen der Sicherheit und Ordnung im Gefängnis veranlasst werden und nicht im Interesse der Gesundheit des Gefangenen sind. Wenn erforderlich, müssen solche Untersuchungen von einem Arzt, der nicht mit der Gesundheitsobsorge der Gefangenen betraut ist, durchgeführt werden. Die Aufgaben des Gefängnisarztes, Betreuer und verschwiegener Vertrauensarzt der Gefangenen zu sein, sind mit denen eines Amtsarztes, beeideter Vertrauensarzt der Behörde zu sein, nicht vereinbar. Gefängnisärzte sollen keine Atteste über die medizinische Tauglichkeit ihrer Patienten für disziplinar verhängte Strafverschärfungen ausstellen, sie sollen aber prompt ihre berechtigten Einwände erheben, wenn die Strafverschärfung die Gesundheit des Gefangenen zu beeinträchtigen oder zu gefährden droht. Ärzte und Pflegepersonen dürfen niemals, in keiner Weise, weder ihre Präsenz

noch ihr professionelles Wissen für das Auferlegen oder die Durchführung von Leibstrafen oder gar der Todesstrafe zur Verfügung stellen. Der Gefängnisarzt soll keine forensischen Expertisen über seine Patienten ausstellen.

Eine ethisch besonders komplexe Situation stellt sich im sogenannten Maßnahmen- bzw. Maßregelvollzug, in dem die erfolgreiche Absolvierung einer gerichtlich auferlegten Behandlungsmaßnahme die Voraussetzung für die Beendigung der Haft darstellt: die Beurteilung, ob eine Behandlung erfolgreich war oder nicht, wird seitens des Gerichtes meistens nicht von einem Dritten, sondern vom Therapeuten selbst eingefordert. Dieser befindet sich somit im ethischen Dilemma einerseits als Therapeut „ausschließlich im Interesse der Gesundheit und des Wohlergehens des Patienten“ zu handeln, andererseits aber dem Gericht eine für seinen Patienten unter Umständen nachteilige Beurteilung des Therapieerfolges abgeben zu müssen, die zu einer Verlängerung der Inhaftierung führen kann. Diesem Dilemma kann nur dadurch begegnet werden, dass der Patienten gründlich darüber informiert wird, welche Verpflichtungen dem Therapeuten auferlegt wurden und in welcher Funktion oder Rolle er jeweils agiert.

Der *ungehinderte Zugang zum Arzt* bedeutet, dass ausreichend medizinisches Personal vorhanden ist, um Aufnahmeuntersuchungen und alle Folgebetreuungen der Gefangenen ohne Verzögerung durchführen zu können und dass für jeden Gefangenen, der ärztliche Beratung benötigt, ausreichend Zeit für eine eingehende Untersuchung, Beratung und Behandlung zur Verfügung steht. Diese Forderung ist in der Praxis durch Überbelegung der Gefängnisse und unzureichende Anzahl von Ärzten und Pflegepersonen oft nicht gewährleistet. Gelegentlich führt dies zur Selektion durch Wachebeamte, welche Gefangenen zur ärztlichen Sprechstunde zugelassen werden und welche nicht. Ein für die Anmeldung zur Sprechstunde verfügbarer vertraulicher Patientenbriefkasten, der nur vom Betreuersteam geöffnet werden darf, kann hier Abhilfe schaffen. Der Gefängnisarzt und sein Team haben für ungehinderten Zugang zur Gesundheitspflege zu sorgen und dafür Sorge zu tragen, in seiner Abwesenheit kompetent vertreten zu werden.

Gleichwertige Gesundheitsversorgung wie in Freiheit bedeutet, dass Gefangenen zumindest gleichwertige präventive, diagnostische, thera-

peutische und pflegerische Maßnahmen und Einrichtungen zur Verfügung stehen, wie Patienten in Freiheit („Äquivalenzprinzip“). Dies schließt den Zugang zu Zahnärzten, Psychiatern, Gynäkologen und allen anderen Spezialisten ebenso ein wie die Überstellung in ein Krankenhaus, wenn eine adäquate Behandlung in Haft nicht möglich ist. Mangel an Ressourcen ist kein Rechtfertigungsgrund für inadäquate Gesundheitsversorgung Gefangener, die als Verletzung ihrer Menschenrechte zu werten ist (CPT Standards, EPR Grundsatz 4). Wiewohl in vielen Gefängnissen dieses Äquivalenzprinzip noch nicht einmal annähernd erreicht ist, gibt es sowohl aus rechtlicher Sicht als auch aus Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens starke Argumente dafür, dass in Gefängnissen die Standards der Gesundheitsversorgung sogar über denen der Allgemeinbevölkerung liegen sollten: Von Rechts wegen trägt der Staat die Verpflichtung besonderer gesundheitlicher Obsorge für Personen in Haft, da infolge des Freiheitsentzuges ihre Gesundheit und Wohlergehen völlig von der Macht des Staates abhängt. Aus Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens stellen Gefängnisse, die epidemiologische Brennpunkte für die Pandemien HIV/AIDS, Hepatitis C und Tuberkulose sind und in denen gesellschaftlich unterprivilegierte Menschen mit psychosozialen Erkrankungen, Drogenabhängigkeit und übertragbaren Infektionskrankheiten stark überrepräsentiert sind, an das Gesundheitswesen außerordentliche Ansprüche, denen durch höhere Standards von Prävention und Betreuung nachgekommen werden müsste. Dem Äquivalenzprinzip kann umso besser nachgekommen werden, je stärker die Gesundheitsfürsorge in Haftanstalten in das öffentliche Gesundheitswesen integriert ist.

Selbstbestimmung und Einwilligung des Patienten müssen vom Arzt gerade in der Haftsituation, in der so viele andere Zwänge vorherrschen, besonders ernst genommen werden. Selbstbestimmung und Einverständnis zu oft komplexen medizinischen Maßnahmen erfordern ausreichende Information (informed consent), die auch Unterbegabung, Bildungsdefizite und Sprachbarrieren, die so häufig unter Gefängnisinsassen anzutreffen sind, in Rechnung stellen muss. Ohne Einwilligung des ausreichend informierten Patienten darf auch in Haft keine diagnostische oder therapeutische Maßnahme gesetzt werden und die Information muss umso gründlicher ausfallen, je eingreifender die geplante medizinische Maßnahme ist.

Dasselbe gilt auch für Gefangene im Hungerstreik: Jegliche Zwangsernährung gegen den Willen eines mental kompetenten Gefangenen, sei es über eine Magensonde oder über intravenöse Infusion, ist mit medizinischer Ethik absolut unvereinbar. Auch bei Nichteinwilligung oder Ablehnung einer vorgeschlagenen medizinischen Maßnahme muss sich der Arzt davon überzeugen, ob der Gefangene die Folgen seiner Entscheidung ausreichend abschätzen kann (informed non-consent) und er soll den Patienten davon informieren, dass er seine Entscheidung jederzeit widerrufen kann. Ausnahmen vom Prinzip der Selbstbestimmung und Einwilligung der Patienten sind nur dann zu rechtfertigen, wenn sie gesetzlich verankert sind, wie bei mental unzurechnungsfähigen und bewusstlosen Patienten, wenn Gefahr im Verzug ist. Diese Ausnahmen müssen exakt dokumentiert und nachvollziehbar sein.

Vertraulichkeit und Verschwiegenheit des Arztes: Jedem mit der gesundheitlichen Betreuung Gefangener Vertrautem ist nur zu gut bekannt, wie schwierig es im Gefängnis ist, medizinische Vertraulichkeit zu schaffen und aufrecht zu erhalten – sie ist aber für das Vertrauen gefangener Patienten unverzichtbar. Während Untersuchungen in der ärztlichen Sprechstunde sollen Wachebeamten nur dann anwesend sein, wenn der Arzt dies aus Sicherheitsgründen verlangt und auch dann sollen sie sich bei der Erhebung der Krankengeschichte außerhalb der Hörweite und während der physikalischen Untersuchung außer Sicht aufhalten. Die Krankengeschichten der Gefangenen müssen so aufbewahrt werden, dass nur Ärzte und Pflegepersonen, die mit Verschwiegenheit gebunden sind, Zugang haben. Die Weitergabe Patienten-bezogener medizinischer Daten, auch an die Gefängnisleitung, bedarf – wie bei Patienten in Freiheit – der expliziten Entbindung von der Verschwiegenheit durch den Patienten. Ausnahmen von diesem Prinzip sind nur bei wahrgenommenen Anzeichen von Gewaltanwendung und Gefahr in Verzug, unter sorgfältiger Abwägung ethischer Werte zu rechtfertigen, müssen sorgfältig dokumentiert werden und die betroffenen Patienten müssen informiert werden.

Die Gesundheitsfürsorge Gefangener darf sich nicht nur auf palliative und kurative Betreuung beschränken, sondern muss die *Gesundheitsvorsorge* mit einschließen. Dazu gehört die Verantwortlichkeit des Gefängnisarztes, möglichst mit Unterstützung der Gesundheitsbehörden, die hygienischen Umstände im Gefängnis, Kost, Heizung, Beleuchtung, Belüftung, für jeden

Gefangenen zur Verfügung stehender Raum sowie Bewegungs- und Sportmöglichkeiten zu prüfen. Gezielte Präventionsstrategien gegen in Gefängnissen vorherrschende Gesundheitsprobleme wie Infektionskrankheiten (Tuberkulose, HIV/AIDS, Hepatitis B und C), Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit, Gewalt, Selbstbeschädigungen und Selbstmord erfordern kontinuierliche Information und Training der gesamten Gefängnisgemeinschaft, Motivation zu screening Maßnahmen, individuelle Beratung und enge Kooperation mit Spezialisten und Gesundheitsbehörden, Planung und Einsatz von Risiko-reduzierenden Strategien sowie fortlaufende Aufzeichnungen und Evaluationen. Das Äquivalenzprinzip ist an die Prävention in gleicher Weise anzuwenden wie an die übrige Gesundheitsversorgung, und zwar nicht nur aus ethischen Gründen sondern auch im Interesse des öffentlichen Gesundheitswesens. Der Einsatz all jener präventiven oder Risiko vermindender Maßnahmen, die sich in Freiheit als wirksam in der Prävention der Übertragung von Hepatitis C und HIV erwiesen haben, ist auch für Gefangene einzufordern.

Humanitären Beistand durch das medizinische Betreuungspersonal benötigen in erster Linie jene Gefangenen, die zu den Gefangenengruppen mit besonderer Schutzbedürftigkeit zählen: dies sind schwangere Frauen, Mutter mit Kind, jugendliche und sehr betagte Gefangene sowie geistig behinderte Gefangene, Angehörige ethnischer oder kultureller Minoritäten und Gefangene wegen Sexualvergehen. Während in vielen Gefängnissen der Schutzbedürftigkeit ersterer bereits Rechnung getragen wird, lässt sie für letztere meist zu wünschen übrig. Humanitärer Beistand ist auch bei alten und schwer erkrankten Gefangenen angezeigt: Da Sterben im Gefängnis mit menschlicher Würde kaum vereinbar ist, soll, sofern die Betreuung und Pflege nach der Entlassung durch Familie, Freunde oder karitative Einrichtungen gesichert ist, von ärztlicher Seite aus die Freilassung auf dem Gnadenwege oder ein Haftaufschub beantragt werden, um ein Sterben in Würde und Freiheit zu ermöglichen. Hinsichtlich der Problematik vulnerabler Gruppen von Gefangenen sind in den letzten Jahren mehrere Dokumente von der UNO und der WHO herausgegeben worden.

Professionelle Unabhängigkeit ist für Ärzte und Angehörige von Pflegeberufen umso schwieriger durchzusetzen, je mehr sie in Hierarchien der Gefängnisadministration eingebunden sind, sie sind dann in besonderem

Maße dem ethischen Dilemma dualer Loyalität – dem Patienten einerseits und dem Vorgesetzten andererseits gegenüber – ausgesetzt. Dies ist insbesondere der Fall, wenn Dienstaufsicht und Fachaufsicht miteinander verwechselt werden und nicht-medizinische Vorgesetzte ihre Aufsichtspflicht für medizinisch relevante Anordnungen missbrauchen. Um das Problem vermeintlicher oder tatsächlicher dualer Loyalität bei der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis aus der Welt zu schaffen, muss

- Kenntnis und Akzeptanz medizinischer Ethik bei medizinischem und nicht-medizinischem Personal verbessert werden,
- dem Gesundheitspersonal völlige professionelle Unabhängigkeit und die ausschließliche Rolle als Betreuer zugestanden werden – vom Gericht oder der Gefängnisleitung verlangte oder angeordnete medizinische Leistungen müssen von anderen, nicht mit der Betreuung Gefangener befassten medizinischen Personen durchgeführt werden und
- Integration in und Supervision durch Gesundheitsbehörden außerhalb der Gefängnisadministration angestrebt werden.

Berufliche Kompetenz: Das für Gefängnisärzte zusätzlich zur Kenntnis der Allgemeinmedizin benötigte spezialisierte Wissen, um den bei Gefangenen vorherrschenden Gesundheitsstörungen und Krankheiten – Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit, psychiatrische Krankheiten, psychosoziale Störungen, die Infektionskrankheiten Hepatitis B und C, HIV/AIDS, Tuberkulose, - unter den Bedingungen der Haftsituation gerecht werden zu können, wird von der Gesellschaft, aber auch von medizinischen Kollegen weitgehend unterschätzt. Die CPT zieht daher die Einführung einer anerkannten beruflichen Spezialisierung für Ärzte und Pflegepersonen in Gefängnissen in Betracht, die durch post-graduate-training und regelmäßige Weiterbildung ausgewiesen werden sollte. Dadurch könnte das berufliche Ansehen und Selbstwertgefühl von Gesundheitspersonal im Gefängnis gehoben werden und die Attraktivität des Berufs verbessert werden. Bekanntlich ist derzeit die Rekrutierung von Gefängnisärzten recht schwierig. In diesem Sinne ist es besonders erfreulich, dass in 2 Monaten der erste einjährige Lehrgang in Modulen über Gesundheitspflege im Gefängnis („Soins en milieu pénitentiaire“), veranstaltet von der Universität Genf, beginnt.

Es wurde diskutiert, ob zu diesen 7 essentiellen Prinzipien der CPT noch ein achttes hinzugefügt werden sollte, nämlich die (in Ärztesetzen ohnehin

vorgeschriebene) Verpflichtung, wahrgenommene Verletzungen/Miss-handlungen ärztlicherseits anzuzeigen, wie es in den SAMW Richtlinien (als elfte) der Fall ist. Mit dem Istanbul Protokoll steht uns hierfür eine Anleitung zur Verfügung, dies in vor Gericht verwertbarer und für das Opfer nicht zusätzlich traumatisierender Weise durchzuführen.

Das strikte Einhalten dieser Prinzipien resultiert nicht nur in ethischem Verhalten bei der gesundheitlichen Versorgung Gefangener, sondern erleichtert auch die praktische Durchführung dieser Aufgabe: es fördert das Vertrauen der Gefangenen, stellt die Professionalität außer Frage, beugt Missverständnissen vor, gibt Orientierungshilfe in ethischen Konfliktsituationen, unterstützt Qualitätssicherung, schützt vor rechtlichen Anfechtungen und bietet den Beistand internationaler Dokumente.

Die angeführten Prinzipien medizinischer Ethik bieten für viele, aber nicht für alle ethischen Problemstellungen bei der Gesundheitsbetreuung Gefangener eine Entscheidungshilfe. Für verbleibende offene Fragen ist die individuelle Entscheidung des Gefängnisarztes nach sorgfältiger ethischer Reflexion gefragt, die gelernt und trainiert sein will.

Für den Fall, dass medizinische Ethik in Konflikt zu gesetzlichen Vorschriften gerät, geben Resolutionen der WMA der ärztlichen Ethik den Vorzug und schreiben Ärzten das Recht zu, sich gegen legale Maßnahmen zu stellen, die ärztlicher Ethik entgegenstehen sowie für die Änderungen solcher Gesetze einzutreten.

Welche Perspektiven ergeben sich aus dem Gesagten, um Prinzipien medizinischer Ethik im täglichen Gefängnisalltag besser als bisher nachkommen zu können? Als erster Schritt erscheint es notwendig, vermehrt für das Bekanntmachen und die Akzeptanz medizinischer Ethik bei allen einzutreten, die von Strafvollzug betroffen oder an ihm beteiligt sind. Als zweiter Schritt ist die strikte Trennung ärztlicher Rollen anzustreben:

der ärztliche Betreuer der Gefangenen, der in erster Linie diesen verantwortlich ist, kann nicht zugleich Amtsarzt oder Gutachter sein, der in erster Linie der Behörde/dem Staat/der Allgemeinheit gegenüber verantwortlich ist. (Wenn er gezwungen ist, beide Rollen zu erfüllen, dann muss er den Patienten erklären, in welcher professionellen Rolle er jeweils agiert. Jeder Rollentausch ist naturgemäß für das Patient/Arzt Vertrauensverhältnis mehr als abträglich, Patienten vertrauen Menschen und nicht

professionellen Rollen.) Am leichtesten lassen sich die genannten Prinzipien medizinischer Ethik umsetzen, wenn überhaupt kein Abhängigkeitsverhältnis zwischen betreuenden Ärzten/Pflegepersonal und der Strafvollzugsadministration besteht und die gesamte Gesundheitsversorgung Gefangener in die Verantwortlichkeit und Verwaltung der Gesundheitsbehörden übergeben wird, wie dies in den vergangenen Jahren in mehreren Ländern und Staaten erfolgreich durchgeführt wurde (Schweizer Kantone Genf, Waadt, Valais, Norwegen, Frankreich, New South Wales/Australien, England und Wales).

Europäische Trends in der Gesundheitsversorgung Drogenabhängiger in Haft

Dagmar Hedrich und Alessandro Pirona (EBDD Lissabon)²⁶

Gliederung

1. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht – Rolle und Auftrag
2. Drogen und Gefängnis: Epidemiologische Daten
 - 2.1 Drogenkonsum unter Haftinsassen
 - 2.2 Infektionskrankheiten
 - 2.3 Drogentod nach Haftentlassung
3. Drogenspezifische Gesundheitsdienste im Gefängnis
 - 3.1 EU Drogenaktionsplan und nationale Strategien
 - 3.2 Verfügbarkeit von Drogenhilfeangeboten in Haftanstalten
 - 3.3 Substitutionsbehandlung
4. Herausforderungen und Ausblick

1. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht – Rolle und Auftrag

Die in Lissabon ansässige Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD²⁷) wurde im Jahr 1993 gegründet. Sie ist eine von zurzeit 32 dezentralisierten, finanziell und rechtlich autonomen EU Agenturen, die technisch spezialisierte Aufgaben durchführen und hierdurch zur Entwicklung von wissenschaftlichem und technischem Know-how auf europäischer Ebene beitragen.

Aufgabe der EBDD ist es, für die Mitgliedsländer der EU ein objektives, verlässliches und zwischen den Ländern vergleichbares Bild der Situation des Drogenkonsums und seiner Folgen und Begleiterscheinungen zu zeichnen und dadurch einen gemeinsamen Informationsrahmen zur Unter-

²⁶ © EBDD 2012

²⁷ www.emcdda.europa.eu – Der Name der Agentur lautet im Englischen: *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA).

mauerung der Drogendebatte an die Hand zu geben. Ein technischer Hauptschwerpunkt unserer Arbeit ist daher die Verbesserung der Vergleichbarkeit der Daten innerhalb Europas. Die Zielgruppen der EBDD sind politische Entscheidungsträger, Forscher, Drogenhilfeexperten sowie die Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse von europaweiten Datenerhebungen und -analysen werden durch die EBDD für politische Entscheidungsträger nutzbar gemacht; Fachleuten der Drogenhilfe werden Information zur Evidenzbasierung von Drogenhilfemaßnahmen und Beispiele von ‚best practice‘ geboten; und der Allgemeinbevölkerung steht eine umfangreiche Sammlung von aktuellen Daten und Fakten zum Stand der Drogenproblematik in allen EU-Sprachen als gedruckter Bericht oder in Onlinefassung zur Verfügung.

Um ihre Aufgaben zu erfüllen hat die EBDD ein durch ein europäisches Netzwerk nationaler Knotenpunkte gestütztes länderübergreifendes Drogenbeobachtungssystem aufgebaut, zu dem 30 Länder – die 27 EU Mitgliedstaaten, die EU Kandidatenländer Kroatien und Türkei, sowie Norwegen - kontinuierlich beitragen. Weiterhin ist die EBDD im Rahmen von Sonderprogrammen in anderen europäischen Ländern aktiv.

Die wichtigsten Produkte der Agentur sind neben dem jährlichen Bericht zum Stand der Drogenproblematik in Europa ein umfangreiches Statistisches Bulletin, verschiedene Publikationsserien, die von Monografien bis zu prägnanten Kurzinformationen für Entscheidungsträger (*policy briefing*) reichen, ausführliche länder- und drogenspezifische Informationen sowie ein „Best-Practice-Portal“ mit beispielhaften Projekten aus der Praxis.

2. Drogen und Gefängnis: Epidemiologische Daten

Zu einem bestimmten Stichtag verbüßen in den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union mehr als 640.000 Menschen eine Haftstrafe²⁸. Dies entspricht einer durchschnittlichen Inhaftierungsrate von etwa 128 Haftinsassen pro 100.000 Einwohner. Die nationalen Raten liegen zwischen 67 Haftinsassen je 100.000 Einwohner in Finnland und 310 in Lettland, wobei auch aus den meisten anderen mittel- und osteuropäischen EU

²⁸ Aebi, MF & Delgrande, N (2011) *Council of Europe Annual penal Statistics – SPACE I*, Survey 2009, Tabelle 1. Document PC-CP (2011) 3, verfügbar online unter : http://www3.unil.ch/wpmu/space/files/2011/02/SPACE-1_2009_English2.pdf

Mitgliedstaaten überdurchschnittlich hohe Raten gemeldet werden (siehe Abb. 1). In der EU liegen sowohl die nationalen Raten als auch der Durchschnitt erheblich unter den aus Russland (525) und den USA (730) gemeldeten Raten²⁹.

Abbildung 1:

Zahl der Gefangenen per 100.000 Gesamtbevölkerung (am 1.9.2009)



Quelle: Aebi and Delgrande, 2011 & neueste ICPS-Daten für RU und USA

In der Europäischen Union gehören Verstöße gegen nationale Drogen-gesetze zu den häufigsten Gründen für die Verhängung einer Haftstrafe: sie sind Hauptdelikt bei 15% aller in Strafhaft befindlichen Gefangenen,

²⁹ Rate für Russland bezieht sich auf 749.600 Gefangene am 1.2.2012, nach Angaben der nationalen Gefängnisverwaltung.

<http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpbcountry.php?country=118>.

Rate für die USA bezieht sich auf 2.266.832 Häftlinge am 31.12.2010 nach Angaben des U.S. Bureau of Justice Statistics

<http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpbcountry.php?country=190>.

Quelle für beides: ICPS, World Prison Brief.

wobei es zwischen den einzelnen europäischen Ländern bedeutende Unterschiede gibt³⁰.

Hinzu kommen Verurteilungen aufgrund anderer Straftaten, die im kausalen Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit der Verurteilten stehen, zum Beispiel Beschaffungsdelikten. Studien unter Drogenkonsumenten belegen, dass ein großer Teil der schwerstabhängigen Drogengebraucher über Hafterfahrung verfügt.

2.1 Drogenkonsum unter Haftinsassen

Obwohl Studien zum Drogenkonsum unter Haftinsassen methodisch wenig standardisiert sind³¹, belegen Forschungsergebnisse übereinstimmend, dass der Anteil von Menschen mit Drogenerfahrung unter Haftinsassen höher ist als in der Allgemeinbevölkerung.

Eine internationale Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2006³² dokumentiert am Beispiel von 13 Studien, die den Drogenkonsum von 7.563 Gefangenen zum Zeitpunkt der medizinischen Untersuchung bei Haftantritt erhoben, dass zwischen 25% und 50% aller Untersuchten klinisch als drogenabhängig eingeordnet wurden. Da die meisten der zugrundeliegenden Untersuchungen (9 Studien mit insgesamt 6.635 Inhaftierten) in den USA durchgeführt wurden, ist die Aussagekraft dieses Reviews für die Europäische Union, wo von grundsätzlichen Unterschieden in der Strafpolitik ausgegangen werden kann, beschränkt.

Die Datenlage in Europa ist zurzeit noch unzureichend, auf der Grundlage von Prävalenzstudien aus einigen wenigen europäischen Ländern kann man jedoch vorsichtig schätzen, dass es sich bei 10% bis 25% der in Haft befindlichen Personen, also bei einem von sechs Gefangenen, um Drogen-

³⁰ Siehe Fussnote 2, Tabelle 7.

³¹ Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A., & Hedrich, D. (2011). Ten Years of Monitoring Illicit Drug Use in Prison Populations in Europe: Issues and Challenges. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 51(1), 37–66. doi:10.1111/j.1468-2311.2011.00677.x

³² Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*, 101(2), 181-91. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x

gebraucher mit problematischem Konsummuster³³ handeln könnte³⁴. Darüber hinaus weisen Gefängnisumfragen aus den Jahren 2006 bis 2009 in acht europäischen Ländern darauf hin, dass die schädlichsten Formen des Drogenkonsums unter Menschen im Gefängnis womöglich stärker verbreitet sind: zwischen 5% und 31% der Befragten geben an, schon mindestens einmal in ihrem Leben Drogen injiziert zu haben³⁵.

Die Mehrheit der Konsumenten reduziert oder beendet den Drogenkonsum bei Haftantritt, vor allem wegen der Schwierigkeiten bei der Beschaffung der Substanzen. Die Tatsache, dass illegale Drogen trotz aller ergriffenen Maßnahmen zur Angebotsreduzierung ihren Weg in die meisten Haftanstalten finden, wird jedoch anerkannt. Ergebnisse von neueren Umfragen (2006-2009) unter Haftinsassen zum Drogenkonsum im Gefängnis zeigen beträchtliche Unterschiede mit Raten zwischen 1% und 48%, wobei die am häufigsten konsumierte Droge Cannabis ist, gefolgt von Kokain und Heroin³⁶.

Haftanstalten können ein mögliches Milieu für den Einstieg in den Drogenkonsum oder schädlichere Formen des Drogenkonsums sein. Eine im Jahr 2008 durchgeführte belgische Studie beispielsweise ergab, dass mehr als ein Drittel der Drogen konsumierenden Haftinsassen während Ihrer Haftzeit mit dem Konsum einer neuen Droge begonnen haben, wobei Heroin als häufigste Droge angegeben wurde³⁷.

³³ Definition: Unter problematischem Drogenkonsum wird injizierender Drogenkonsum, sowie der langzeitige/regelmässige Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen verstanden.

³⁴ Hedrich, D., & Farrell, M. (2012). Opioid maintenance in European prisons: is the treatment gap closing? *Addiction (Abingdon, England)*, 107, 461-463. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03694.x

³⁵ EBDD (2011), *Jahresbericht 2011: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg. Kapitel 2., online unter: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>; sowie *EMCDDA Statistisches Bulletin 2011*, Tabellen DUP-1, DUP-2 und DUP-105, online unter: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11>.

³⁶ EBDD *Statistisches Bulletin 2011*, Tabellen DUP-3 und DUP-105.

³⁷ Todts S., Gilbert, P. van Malderen, S., Huyck, V.C., Saliez, V. & Hogge, M (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Brussels.

Offenbar nutzen injizierende Drogenkonsumenten in Haftanstalten ihre Spritzbestecke häufiger gemeinsam als Drogenkonsumenten in Milieus außerhalb von Haftanstalten, was Fragen im Zusammenhang mit einem möglichen erhöhten Risiko der Ausbreitung von Infektionskrankheiten unter Haftinsassen aufwirft.

2.2 Infektionskrankheiten

Es liegen nur wenige Daten zu HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in europäischen Haftanstalten vor. Insbesondere aus den Ländern mit den höchsten Prävalenzraten von Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum liegen keine Daten vor. Generell lassen sich bei den Daten aus den acht Ländern, die seit dem Jahr 2004 Angaben gemacht haben (Bulgarien, Tschechische Republik, Spanien, Ungarn, Malta, Finnland, Schweden und Kroatien)³⁸ bei der HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in Haftanstalten und solchen in anderen Milieus außerhalb von Haftanstalten keine großen Unterschiede erkennen, was jedoch teilweise auf die eingeschränkte Verfügbarkeit dieser Daten zurückzuführen ist. Die HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in Haftanstalten war in sieben Ländern mit Angaben zwischen 0% und 7,7% relativ gering, während Spanien eine Prävalenz von 39,7% meldete. Daten zur Prävalenz von Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) bei injizierenden Drogenkonsumenten in Haftanstalten wurden aus acht Ländern gemeldet, die Angaben zwischen 11,5% (Ungarn) und 90,7% (Luxemburg) machten. In der Tschechischen Republik, Luxemburg und Malta scheinen HCV-Infektionen unter Haftinsassen, die Drogen injizieren, weiter verbreitet zu sein als unter injizierenden Konsumenten in anderen Milieus. Daten zu Infektionen mit HBV (Hepatitis-B-Oberflächenantigen) unter injizierenden Drogenkonsumenten in Haftanstalten liegen aus vier Ländern vor:

Bulgarien (11,6% im Jahr 2006), Tschechische Republik (15,1% im Jahr 2010), Ungarn (0 % im Jahr 2009) und Kroatien (0,5% im Jahr 2007)³⁹.

³⁸ EBDD *Statistisches Bulletin 2011*, Tabelle INF-117, sowie nationale Berichte von Malta (2005) und der Tschechischen Republik (2010).

³⁹ EBDD (2011) *Jahresbericht 2011: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, S. 44.

2.3 Drogentod nach Haftentlassung

In einer Studie zur drogenbezogenen Sterblichkeit nach Haftentlassung⁴⁰ wurden die Daten von 48.771 in den Jahren 1998 bis 2000 in England und Wales aus dem Gefängnis entlassenen Menschen mit Einträgen in offiziellen Sterberegistern bis November 2003 abgeglichen. Der Vergleich der beiden Datenbanken ergab 442 registrierte Todesfälle, wobei in 261 (59%) Fällen eine drogenbezogene Ursache vorlag. Für das Jahr nach Haftentlassung ergab sich dadurch eine drogenbezogene Sterblichkeitsrate von 5,2 per 1.000 bei den Männern und 5,9 per 1.000 bei den Frauen. Die allgemeine Sterblichkeit bei den Männern in der ersten und zweiten Woche nach Haftentlassung war 37 bzw. 26 Todesfälle per 1.000, wobei 95% drogenbezogene Ursachen hatten. Bei den Frauen waren es 47 bzw. 38 Todesfälle (per 1.000 Frauen), von denen alle drogenbezogen waren.

Obduktionsberichte bestätigten das Vorhandensein von Opiaten in 95% der Todesfälle, von Benzodiazepinen in 20%, Kokain in 14% and von Antidepressiva in 10%. Im Vergleich zur altersgleichen Allgemeinbevölkerung lag bei Haftentlassenen ein um 30- (Männer) bzw. 70-fach (Frauen) höheres Sterberisiko vor. Am höchsten war die Rate in der ersten Woche nach Haftentlassung, sie sank danach wöchentlich um 50% ab und stabilisierte sich nach 4 Wochen. Vergleichbare Ergebnisse liegen aus Studien in Australien, Dänemark, Finnland, Frankreich sowie den USA vor⁴¹.

Aus diesen Daten folgern die Autoren, dass frisch entlassene Häftlinge einem akutem Risiko des Drogentodes ausgesetzt sind und dass angemessene Präventionsmaßnahmen ergriffen werden sollten, inklusive einer

⁴⁰ Farrell, M., & Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(2), 251-5. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02081.x.

⁴¹ Stewart L. M., Henderson C. J., Hobbs M. S., Ridout S. C., Knuiman M.W. Risk of death in prisoners after release from jail. *Aust NZ J Public Health* 2004; 28: 32–6; Christensen P. B., Hammerby E., Smith E., Bird S. M. Mortality among Danish drug users released from prison. *Int J Prisoner Health* 2006; 2: 13–19; Joukamaa M. The mortality of released Finnish prisoners: a 7 year follow-up study of the WATTU project. *Forensic Sci Int* 1998; 96: 11–19.; Verger P., Rotily M., Prudhomme J., Bird S. High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. *J Forensic Sci* 2003; 48: 614–16.; Binswanger I. A., Stern M. F., Deyo R. A., Heagerty P. J., Cheadle A., Elmore J. G. et al. Release from prison—a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med* 2007; 356:157–65.

erhöhten Sensibilisierung vor der Entlassung für das Risiko einer Überdosis, dem Angebot der Substitutionsbehandlung im Gefängnis, und der begleiteten Vermittlung in Drogenhilfe außerhalb der Haft; weiterhin müsse die Verfügbarkeit von Opiatantagonisten verbessert werden, um durch Intervention im Drogennotfall das Eintreten von Todesfällen wirksam zu verhindern⁴².

3. Drogenspezifische Gesundheitsdienste im Gefängnis

Haftinsassen haben das Recht auf Zugang zu der im entsprechenden Land verfügbaren medizinischen Versorgung, ohne wegen ihrer rechtlichen Situation diskriminiert zu werden⁴³. Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum sollten daher in Haftanstalten unter ähnlichen Bedingungen behandelt werden, wie sie außerhalb der Haft angeboten werden (CPT, 2006). Dieser allgemeine Gleichheitsgrundsatz wurde mit der Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit⁴⁴ in der Europäischen Union anerkannt, und seine Umsetzung wird im aktuellen EU-Drogenaktionsplan 2009-2012 eingefordert.

Insbesondere Haftinsassen, die bereits vorher Drogen injiziert haben, haben häufig multiple und komplexe Gesundheitsbedürfnisse, die einen multidisziplinären Ansatz und spezielle medizinische Betreuung erforderlich machen. Dies stellt eine Herausforderung für die in Haftanstalten verfügbaren Gesundheitsdienste dar.

⁴² Farrell, M., & Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(2), 251-5. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02081.x.

⁴³ Generalversammlung der Vereinten Nationen, Resolution A/RES/45/111, „Basic principles for the treatment of prisoners“ (Grundsätze für die Behandlung von Haftinsassen). Online verfügbar unter: <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm>.

⁴⁴ ABI. L 165 vom 3.7.2003, S. 31. Online verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:165:0031:0033:DE:PDF>

3.1 EU Drogenaktionsplan und nationale Strategien

Seit vielen Jahren stellen EU-Drogenstrategien Alternativen zum Gefängnis an die erste Stelle wenn es um den Umgang mit drogenbedingter Straffälligkeit geht. Im aktuellen EU-Drogenaktionsplan werden die EU-Mitgliedsländer erneut zur verstärkten Anwendung von wirksamen Alternativen zur Inhaftierung Drogen konsumierender Straftäter aufgefordert (Zielsetzung 7 - Aktion 16). Darüber hinaus sollen drogenspezifische Hilfen für Inhaftierte entwickelt, und damit ein besserer Zugang zu Leistungen drogenbezogener Prävention, Behandlung, Schadensminderung und Rehabilitation, die den außerhalb von Gefängnissen verfügbaren Leistungen vergleichbar sind, geschaffen werden⁴⁵. Besonderes Augenmerk soll dabei auf die Betreuung nach der Entlassung gelegt werden. Eine weitere Aktion der EU Kommission ist die Schaffung eines gemeinsamen Rahmens, der es den Ländern erlaubt mit standardisierten Indikatoren den Drogengebrauch, die drogenbezogenen Gesundheitsprobleme sowie die Bereitstellung drogenspezifischer Dienste im Gefängnis zu dokumentieren (Zielsetzung 9 – Aktionen 21 & 22). Die EBDD unterstützt die Europäische Kommission bei der Entwicklung dieses Rahmenplanes und der Indikatoren.

Bereits heute sind in den nationalen Drogenstrategien und Aktionsplänen vieler europäischer Länder Ziele enthalten die die Betreuung Drogenabhängiger in Haftanstalten betreffen, und die zur Verbesserung der Gleichwertigkeit, Qualität und Kontinuität der Behandlung und Betreuung von Haftinsassen beitragen sollen. Einige Länder haben spezifische drogenpolitische Strategien nur für das Haftsystem erarbeitet. Hervorzuheben sind hier Spanien und Luxemburg, die seit mehr als einem Jahrzehnt solche Strategien in ihren Haftanstalten umsetzen und die Wirksamkeit dokumentiert haben. Unter den neueren Strategien ist der Drogenaktionsplan 2007-2009 der tschechischen Haftanstalten zu erwähnen, der eine Evaluierungskomponente umfasst; sowie die Drogenstrategie 2008-2011 des *National Offender Management Service* der Gefängnisverwaltungen von England und Wales, die Maßnahmen im Umgang mit Straftätern mit einem Drogenproblem vorsehen, die darauf abzielen, die durch Drogenkonsum entstehende Schäden für den Einzelnen und die Gesellschaft so

⁴⁵ EU-Drogenaktionsplan (2009-2012), <http://www.emcdda.europa.eu/policy-and-law/eu-activities>.

gering wie möglich zu halten. Weiterhin wurden im ungarischen Haftsystem 2008 ein Ausschuss für Drogen eingerichtet und in Belgien Koordinatoren für Drogenstrategien in Haftanstalten ernannt sowie eine zentrale Einheit eingerichtet, in der Mitarbeiter von Haftanstalten und Spezialisten aus dem Drogenbereich gemeinsam daran arbeiten, den Insassen bei ihrer Entlassung einen Therapieplatz zu sichern. In Frankreich wurde durch Parlamentsentscheidung mit dem Amt des *“contrôleur général des lieux de privation de liberté”*⁴⁶ eine unabhängige Körperschaft geschaffen, deren Aufgabe seit 2008 die Kontrolle aller Orte ist, wo Menschen unter Freiheitsentzug leben. Es wird geprüft, ob die Grundrechte der Gefangenen gewahrt werden inklusive des Rechts auf gleichwertige Gesundheitsversorgung in Haft.

3.2 Verfügbarkeit von Drogenhilfeangeboten in Haftanstalten

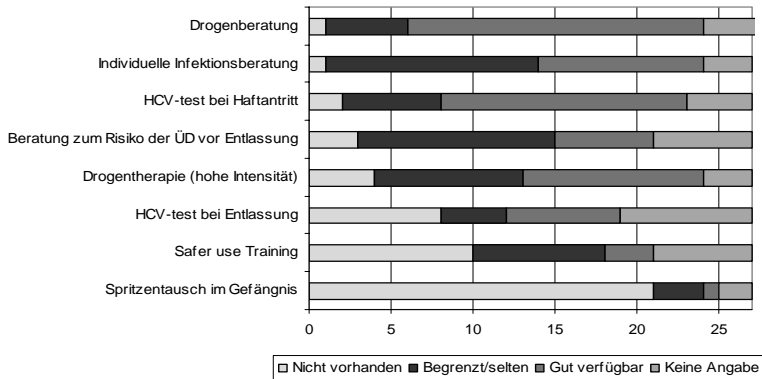
Die im folgenden Text berichteten Daten beruhen auf Umfragen, die die EBDD als Teil der regulären Berichterstattung mithilfe von strukturierten Fragebögen im Expertennetzwerk der nationalen Knotenpunkte durchführt.

Die in europäischen Haftanstalten angebotenen Dienste im Zusammenhang mit Drogenkonsum (siehe Abb. 2) umfassen die Bereitstellung von schriftlichen Informationsmaterialien zu Drogen und Gesundheit (Prävention und Schadensminderung); die Durchführung von Informationsveranstaltungen zum Thema Drogen und Gesundheit für Haftinsassen; Maßnahmen zur Schadensminderung (Spritzenprogramme, safer-use Training); Diagnose und Behandlung drogenbedingter Infektionskrankheiten; Entgiftung, Beratung und Therapie der Drogenabhängigkeit inklusive psychosozialer Unterstützung und Erhaltungsbehandlung Opiatabhängiger mit Methadon oder Buprenorphin, sowie die Vorbereitung auf die Haftentlassung⁴⁷.

⁴⁶ Weitere Informationen online unter: <http://www.cgjpl.fr/en/>

⁴⁷ EBDD *Statistisches Bulletin 2011*, Tabelle HSR-7. Online unter: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrtab7a> and <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrtab7b>

Abbildung 2:
Expertenrating zur Verfügbarkeit ausgewählter Dienste



Quelle: EMCDDA Reitox Knotenpunkte, siehe auch <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrtab7a>

Die meisten Länder nutzen neben dem haftinternen medizinisch-sozialen Versorgungssystem auch externe Anbieter (z.B. freie Drogenhilfeträger) um den Bedarf an drogenbezogenen Gesundheitsdiensten in Haftanstalten zu befriedigen. Durch diese Partnerschaften zwischen Gesundheitsabteilungen im Gefängnis und Diensten in der Gemeinschaft außerhalb wird nicht nur die Behandlungskapazität erhöht sondern auch die Weiterführung der medizinischen Versorgung bei Haftantritt und nach der Haftentlassung verbessert. Verschiedene europäische Länder sind hier einen Schritt weiter gegangen und haben die gesundheitliche Versorgung in Haftanstalten in die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums aufgenommen; andere organisieren die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung im Gefängnis durch öffentliche Gesundheitsdienste, wodurch auch Ungleichheiten in der Versorgung verringert werden können. Vorreiter auf diesem Gebiet waren Norwegen einige Kantone in der Schweiz und Frankreich, gefolgt von Schweden, Italien, England und Wales sowie Schottland. Auch in Slowenien werden die Gesundheitsdienste im Gefängnis vom öffentlichen Gesundheitssystem angeboten. In Spanien wird eine entsprechende Reform zurzeit umgesetzt.

Den Berichten der nationalen Knotenpunkte zufolge sind Informationsmaterialien zum Thema Drogen und Gesundheit im Allgemeinen als Angebot in den Gefängnissen der Länder vorhanden. Eine Diagnostik von Infektionskrankheiten wird den Angaben zufolge bei Haftantritt in den meisten Ländern regelmäßig durchgeführt. Aus 14 Ländern wird auch die Existenz von Hepatitis-B-Impfkampagnen berichtet, die sich speziell an Drogenkonsumenten im Gefängnis richten⁴⁸, wobei jedoch keine genaueren Angaben zur tatsächlichen Nutzung vorhanden sind.

Zunehmend mit Sorge betrachtet werden die hohen Hepatitis C Infektionsraten unter Haftinsassen. Spezielle Früherkennungsprogramme werden aus Belgien, Bulgarien, Frankreich, einigen deutschen Bundesländern, Litauen, Luxemburg, Ungarn und Finnland gemeldet. Trotz der nachweislichen Kosteneffektivität von HCV-Diagnostik und Behandlung in Haftanstalten^{49 50} werden viele Insassen nicht auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Hepatitis C Virus getestet⁵¹.

Außerhalb des Gefängnisses sind Spritzenprogramme in allen Ländern der EU, sowie in Norwegen und Kroatien verfügbar, aber nur in Spanien und Luxemburg werden sterile Spritzen auch in allen Gefängnissen angeboten. In geringerem Umfang existieren solche Programme auch in Rumänien und in Deutschland; das in Portugal eingerichtete Programm wird von den Haftinsassen nicht angenommen.

Spezifisches Informationsmaterial zur Risikoverminderung des Drogentodes steht Gefangenen in Haftanstalten in Deutschland, Italien, Irland, Litauen, den Niederlanden, Polen, Slowenien, Spanien und dem Vereinigten Königreich zur Verfügung⁵². Weiterhin ist den Informationen der Knotenpunkte zufolge die Verfügbarkeit und Qualität von Beratungen zum

⁴⁸ EBDD *Statistisches Bulletin 2011*, Tabelle HSR-6. Online unter: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrtab6>

⁴⁹ Sutton, A. J., Edmunds, W. J., und Gill, O. N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison“, *BMC Public Health* 6, S. 170.

⁵⁰ Tan, J. A., Joseph, T. A., und Saab, S. (2008), „Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving“, *Hepatology (Baltimore, Md.)* 48(5), S. 1387-1395.

⁵¹ EBDD *Statistisches Bulletin 2011*, Tabelle HSR-7-Part (i). Online unter: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrtab7a>

⁵² EBDD *Statistisches Bulletin 2011*, Tabelle HSR-7-Part (ii). Online unter: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrtab7b>

Risiko der Überdosis vor Haftentlassung sehr begrenzt. Im Vereinigten Königreich ist zurzeit eine experimentelle Studie⁵³ in Vorbereitung, bei der die Kombination von Erste Hilfe Training mit Vergabe des Opiatantagonisten Naloxon auf Effektivität in Hinblick auf die Verringerung des Drogentodes nach Haftentlassung untersucht wird.

3.3 Substitutionsbehandlung

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Substitution Opiatabhängiger mit Methadon und Buprenorphin in Europa stark verbreitet. Es wird davon ausgegangen dass jeder zweite der geschätzten 1.4 Millionen Opiatabhängigen in der EU sich zurzeit in dieser von der WHO⁵⁴ als Methode der Wahl empfohlenen Behandlungsform befindet⁵⁵. Obwohl die opiatgestützte Substitutionsbehandlung außerhalb des Gefängnisses zunehmend akzeptiert ist, wird sie in Haftanstalten nur zögerlich und in unterschiedlichem Maße umgesetzt⁵⁶.

Eine systematische Übersichts zur Wirksamkeit dieser Therapieform im Gefängnis wurde vor kurzem veröffentlicht⁵⁷. Der Review analysiert Daten aus 21 Untersuchungen (inklusive 6 experimentelle Untersuchungen) und belegt dass Substitutionsbehandlung bei drogenabhängigen Menschen im Gefängnis eine Reihe positiver Wirkungen erzielt, wenn die Behandlung fachgerecht durchgeführt wird.

In Bezug auf Infektionsrisiken zeigten die Ergebnisse unter anderem, dass es im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung zu einer Verringerung des Gebrauchs von Heroin, einer Abnahme des injizierenden Gebrauchs sowie weiteren reduzierten Infektionsrisiken durch den Rück-

⁵³ Zur N-Alive Studie gibt es mehr Informationen unter: <http://www.controlled-trials.com/ISRCTN34044390>

⁵⁴ WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.

⁵⁵ EBDD (2011), *Jahresbericht 2011: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

⁵⁶ EBDD *Statistisches Bulletin 2011*, Tabelle HSR-9. Online unter: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrtab9>

⁵⁷ Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L., & Mayet, S. (2011). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Review Literature And Arts Of The Americas*, 501-517. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03676.x

gang des Gebrauchs unsteriler Spritzen kommt. Die Wahrscheinlichkeit der Weiterführung der Suchttherapie nach Haftentlassung, sowie die Dauer des Verbleibens in einer solchen Behandlung werden durch Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung im Gefängnis positiv beeinflusst, obwohl aufgrund einer unzureichenden Anzahl von Studien die diesen Aspekt untersuchten keine klare Aussage in Bezug auf die Inzidenz von HIV und HCV Infektionen gemacht werden konnte. Die vorliegenden Daten zeigten jedoch, dass eine Unterbrechung der Behandlungskontinuität, insbesondere aufgrund kurzer Haftperioden, mit sehr signifikanten Anstiegen der HCV-Inzidenz assoziiert ist.

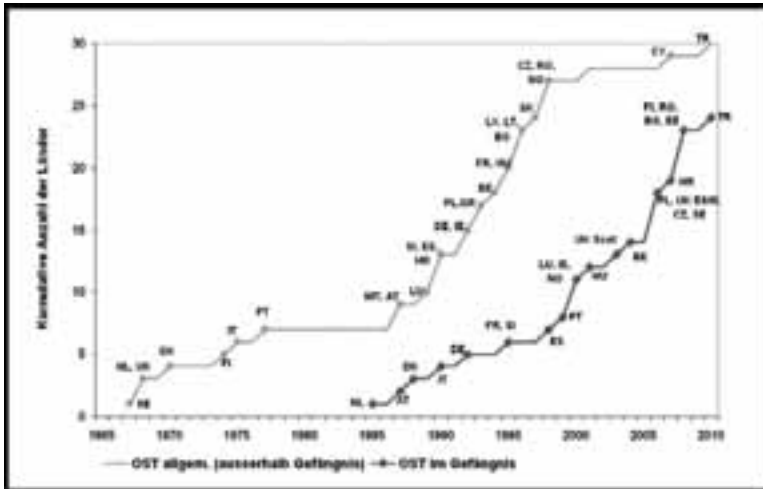
Neuesten Berichten zufolge ist die Substitutionsbehandlung lediglich in fünf EU-Ländern (Griechenland, Lettland, Litauen, Slowakei und Zypern) nicht offiziell als Behandlungsmethode im Gefängnis eingeführt⁵⁸. In allen anderen Ländern können Drogenkonsumenten, die sich bei Haftantritt in einer Substitutionsbehandlung befinden, diese im Gefängnis fortsetzen. Während es in fast allen dieser Länder weiterhin möglich ist, eine Substitutionsbehandlung während des Gefängnisaufenthalts zu beginnen, ist dies in Polen bisher nicht möglich.

Die Einführung dieser Behandlungsmethode in den Gefängnissen (siehe Abb. 3 folgende Seite) fand im Schnitt ca. sieben bis acht Jahre später als in der Gemeinschaft außerhalb des Gefängnisses statt.

Die Daten zur konkreten Umsetzung der Behandlung sind zwar noch immer unvollständig, jedoch wird aus den Berichten der Knotenpunkte deutlich, dass sich der Zugang zur Erhaltungstherapie im Gefängnis in den vergangenen Jahren insgesamt verbessert hat (siehe Abb. 4 folgende Seite). In vielen Ländern scheint jedoch die vollständige Entgiftung von Drogenabhängigen die ins Gefängnis kommen der gängige Standard zu sein und den verfügbaren Daten zufolge wird nur in 8 Ländern die Behandlung in einem Umfang angeboten, der mit der Situation außerhalb vergleichbar ist.

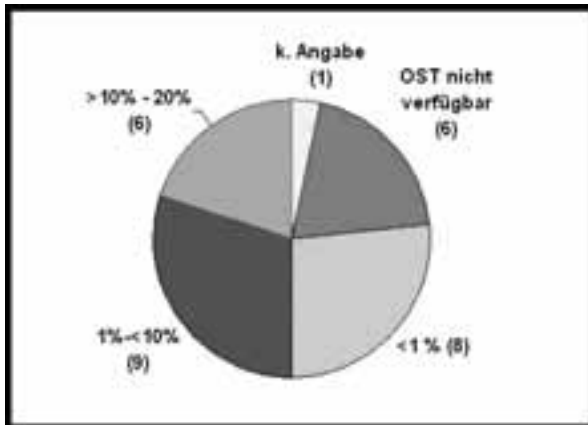
⁵⁸ EBDD Statistisches Bulletin 2012: <http://www.emcdda.europa.eu/stats12> (online from July 2012 onwards). Auch in Nordirland ist Substitution im Gefängnis nicht als Behandlungsmethode offiziell eingeführt.

Abbildung 3: Offizielle Einführung der Substitutionsbehandlung als anerkannte Therapiemethode in 30 europäischen Ländern, 1967-2010



Quelle: EMCDDA Reitox Knotenpunkte, siehe auch <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrtab9>

Abbildung 4: Prozent der Inhaftierten in Substitution (2010, 30 Länder)



Quelle: EMCDDA Reitox Knotenpunkte, siehe auch <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrfig4>

Wenig verfügbar sind systematische Informationen über den Umfang von Maßnahmen zur Entlassungsplanung von Gefangenen mit Drogenerfahrung, ihre Weitervermittlung in drogenspezifische Angebote außerhalb des Gefängnisses und in Maßnahmen zur Wiedereingliederung. Hier werden bessere Daten benötigt.

Die Bemühungen um eine bessere Qualität der Drogenhilfe im Strafvollzug spiegeln sich in verschiedenen Ländern in Investitionen in die Ausbildung der Bediensteten wider. Zum Beispiel erhielten in Belgien alle Gefängnismitarbeiter ein Training zur neuen Alkohol- und Drogenpolitik; Gefängnisärzte in Kroatien nahmen an Ausbildungen zur Substitutionsbehandlung teil, und ein von der UNODC geleitetes Projekt schulte lettische Gefängnisärzte, Sozialarbeiter und Psychologen in HIV-Prävention und Drogenaufklärung. In Finnland wurde eine neue Richtlinie eingeführt nach der jedes neue Behandlungsprogramm im Gefängnis durch die Aufsichtsbehörde des Gefängnisystems akkreditiert werden muss.

4. Herausforderungen und Ausblick

Trotz zunehmender Akzeptanz des Prinzips ‚Therapie statt Strafe‘ kann in Europa aufgrund der vorhandenen Studien davon ausgegangen werden, dass Jahr für Jahr ein bedeutender Teil der Gruppe schwerstabhängiger Drogenkonsumenten inhaftiert wird. Untersuchungen deuten darauf hin, dass das Gefängnis eine Risikoumgebung für die Übertragung drogenbezogener Infektionen und die Initiierung von problematischem Drogenkonsum sein kann; ein erhöhtes Risiko des Drogentodes nach Haftentlassung ist in vielfachen Studien deutlich nachgewiesen worden. Der Strafvollzug hat regelmäßigen Kontakt mit Drogenabhängigen und im Gefängnis bietet sich die Möglichkeit, einen wichtigen Teil der Gesamtgruppe Drogenabhängiger mit essenziellen Gesundheitsdiensten zu erreichen.

Das Prinzip der Äquivalenz der Gesundheitsdienste für Menschen in Haft mit denen in außerhalb des Gefängnisses ist auf EU-Ebene und in nationalen Politiken bestätigt, aber bleibt noch immer mehr Wunsch als Realität. In den vergangenen Jahren wurde die Zusammenarbeit zwischen Haftanstalten und Drogenhilfe bzw. allgemeinen Gesundheitsdiensten außerhalb des Gefängnisses in vielen Ländern weiter ausgebaut.

In den Gefängnissen Europas werden zunehmend drogenspezifische Dienste bereitgestellt, jedoch erscheint dieser Prozess bei bestimmten Interventionen zögerlich. Basierend auf unseren bisherigen und in vieler Hinsicht vorläufigen Daten lässt sich sagen, dass sich das Angebot bei der Drogentherapie verbessert hat, es jedoch noch immer Lücken in Bezug auf die Angebotsbreite sowie der Deckung der Nachfrage zu geben scheint, und dass weiterhin bedeutende Unterschiede zur Versorgungssituation außerhalb des Gefängnisses bestehen. Gleichzeitig mit dem zunehmenden Angebot der Substitutionsbehandlung sind auch Qualitätsfragen und die Einhaltung von Behandlungsstandards mehr in den Blickpunkt geraten.

Ein vorläufiger Vergleich der Ergebnisse unserer Expertenumfragen von 2008 und 2011 lässt auf höhere Investitionen in Maßnahmen zur Verminderung und Vorbeugung vor gesundheitsbezogenen Risiken und Schäden des Drogengebrauchs schließen, in Bezug auf flächendeckende Verfügbarkeit solcher Maßnahmen zeichnet sich weiterhin Entwicklungsbedarf ab. Die Kontinuität der Behandlung und die bessere Zusammenarbeit zwischen Haftanstalten und der Gemeinschaft außerhalb des Gefängnisses sind von besonderer Bedeutung, um das Risiko von Todesfällen durch eine Überdosis nach der Haftentlassung zu verringern.

Die Gesundheit der Menschen im Gefängnis kann nicht getrennt von der Gesundheit der Menschen außerhalb gesehen werden – fehlende oder inadäquate Angebote in Haft könnten das Gefängnis zur Achillesferse der allgemeinen Wirksamkeit von Drogenhilfe machen. Auswirkungen der ökonomischen Rezession auf die Gesundheitsversorgung in Europas Gefängnissen beginnen sich abzuzeichnen und müssen beobachtet werden. Um drogenbezogene Gesundheitsdienste im Gefängnis bedarfsgerecht und nachhaltig zu planen, werden vor allem verlässliche Daten gebraucht. Zu diesen Themen kann die EBDD einen wichtigen Beitrag leisten.

Lissabon, 27 April 2012

3

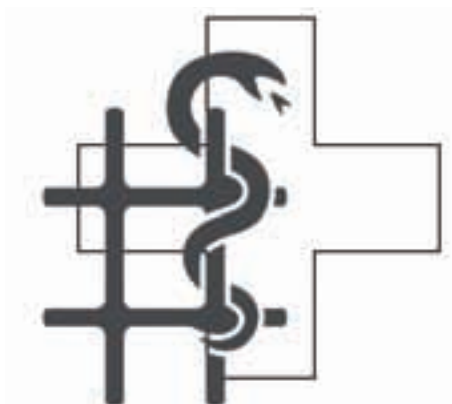
Vorträge
Plénières



Englisch / Anglais



Englisch / Anglais



Safer Prescribing

Prof. Dr. Michael Levy

Medical School, The Australian National University

“The chief merit of language is clearness, and we know that nothing detracts so much from this as do unfamiliar terms.”
Galen (AD 129-199)

Why is this important?

- ▶ The evidence is so poor
- ▶ Protect our Patients
- ▶ Safeguard our Practice
- ▶ Improve Services

Prescribed drugs are a major component of clinical practice within prisons; they form the central point of contact between the patient and the prescribing medical staff.

Approximately 15% of the prison health budget is spent on pharmacy services and medications (UMassMS).

In the period 1980 - 2011 there were only 24 peer-reviewed articles vaguely on the issue of PRISON PRESCRIBING.

- Prescribing experience
- Non-prescribing – tales of caution
- Non-prescribing – prisoners are less eligible
- Interactions with custodial authorities
- Community – prison comparison

Elger BS, Bindschedler M, Goehring C, Revaz SA.:

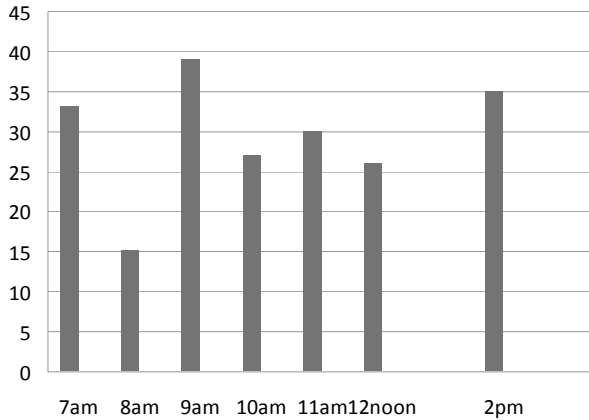
Evaluation of drug prescription at the Geneva prison's outpatient service in comparison to an urban outpatient medical service.

Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2004; 13: 633-644.

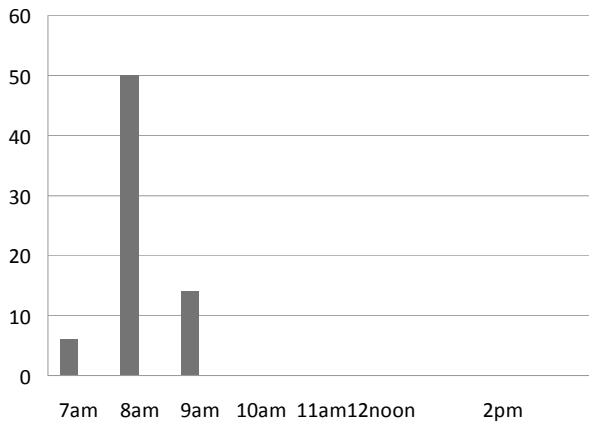
“The most often non-psychotropic drugs at the Geneva prison were analgesics (NSAID and paracetamol), dermatologicals, antibiotics and drugs for the gastrointestinal system.”

“For most types of non-psychotropic drugs the frequency of prescription as well as the prescribing patterns were similar in the prison ambulatory service and the urban poly-clinic.”

Methadone Dosing Times Community



Methadone Dosing Times Prison



Australian Institute of Health and Welfare

The health of Australia's prisoners 2010

<http://aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737420111>

- ▶ 40% of prisoners were prescribed medications – on average 2.3 drugs per person
- ▶ 47% female prisoners received a regulated medication
- ▶ 39% male prisoners received a regulated medication
- ▶ 18% of prescribed medications were anti-depressants and mood stabilisers
- ▶ 12% of prescribed medications were anti-inflammatory drugs (AIHW, 2011).

Safer Prescribing in Prison (2011)

http://www.rcgp.org.uk/PDF/Safer_Prescribing_in_Prison.pdf

British Medical Journal (2012; 344: e447)



PHARMACOTHERAPIES; ANALGESIA; SLEEP; ANTI-INFLAMMATION

How does the environment impose on the doctor – patient relationship?

How does the population impose on the interagency relationship?

How can health professionals influence the population – institutional relationship?

DIVERSION OF MEDICATION
HOARDING OF MEDICATION
NON-COMPLIANCE WITH PRESCRIPTION
“ON PERSON” MEDICATION.

Quality of Care

Poly-pharmacy advice
Prescriber education
Prospective drug review
Clinical guideline development and monitoring of adherence.

Drug Utilisation

Analysis of prescribing patterns
Controlled substance management (including fraud and abuse reporting)
Cost management (e.g encourage use of generic medications)
Appropriate re-use of unused medications.

Treatment Opportunities

PHARMACOTHERAPIES
TREATMENT FOR HEPATITIS C (AND B)
TREATMENT FOR HIV

“Some cause happiness wherever they go, ...
others whenever they go.”

Oscar Wilde (1854 – 1900)

WHO Health in Prisons Programme (HIPP)

Dr. Lars Møller

Programme Manager; Health in Prisons Programme

World Health Organization; Regional Office for Europe

Aim: 'to support Member States in improving public health by addressing health and health care in prisons, and to facilitate the links between prison health and public health systems both at national and international levels'.

Prison health: a serious problem for society

- ▶ Source for spread of communicable diseases
- ▶ Great turnover in prison population
- ▶ Intensive interaction between prison and society
- ▶ Large number of prisoners with drug-related or mental health problem



'Addressing health and health care in prisons leads to an improvement of public health.'

Member States involved

44 Member States are actively involved:

▶ 18 from Western Europe:

Andorra, Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Greece, Iceland, Ireland, Malta, Netherlands, Norway, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, United Kingdom (England, Wales and Scotland)

▶ 16 from Central Europe:

Albania, Bosnia and Herzegovina, Croatia, Czech Republic, Estonia, Hungary, Lithuania, Latvia, FYR Macedonia, Republic of Moldova, Montenegro, Poland, Romania, Serbia, Slovakia, Slovenia, UN Admin. Province of Kosovo (observer)

▶ 10 from Eastern Europe:

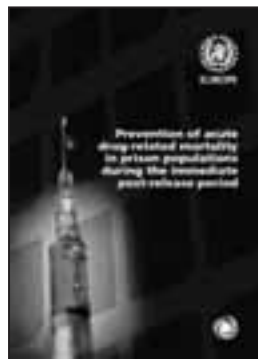
Azerbaijan, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Russian Federation, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan.

International partners

- United Nations Office on Drugs and Crime
- Pompidou Group, Council of Europe
- AIDS Foundation East-West
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- International Centre for Prison Studies, Kings College, London
- International Committee of the Red Cross
- KNCV Tuberculosis Foundation
- Sainsbury Centre for Mental Health, United Kingdom
- WHO Collaborating Centre for Promoting Prison Health, Department of Health, England and Wales
- American Public Health Association
- The Prison Health Expert Group of The Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being
- International Corrections and Prisons Association

Activities WHO HIPP

- Annual network meeting – October 2011: Italy
- Workshops / seminars / conferences
- Specific projects in Member States
- Best Practice Awards
- Publications on prison health topics; recent examples:
 - ▶ Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period, 2010
 - ▶ Checklists and guidance notes on women's health in prison, 2011
- Stewardship for prison health



WHO 'Prison Health Guide'

Second edition to be published in 2012!



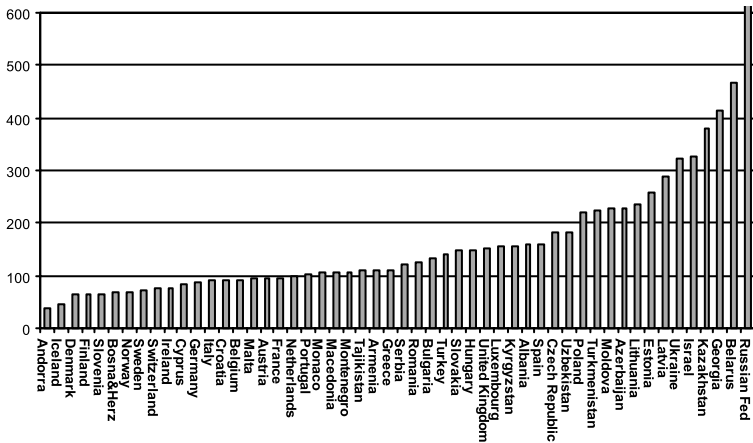
Key conclusions health care in prisons

- Prison health is part of public health
- Whole prison approach is essential
- Leadership role must be recognized
- Prioritization by politicians and policy makers is important.

Prison population European Region

Number of prisoners per 100.000 population

Source: International Centre for Prison Studies December 2008




Stewardship for Prison Health

► covers all issues concerning decisions affecting the provision of prison health care services of an agreed standard.

Issues to consider include:

- Ministerial responsibility – political will
- Principle of equivalence
- Continuity of care
- Staff
- Finance.

Process

Initial discussion during WHO Network Meeting on Prison Health in Copenhagen, based on briefing paper 'Patient or Prisoner'	Expert Group Meeting on Stewardship of Prison Health in Copenhagen, to discuss the issue and agree on outline of the framework	Discussion of the draft framework during WHO Network Meeting on Prison Health in Abano Terme, Italy	Publication and launch of the final framework; 'WHO guidance on the Stewardship of Prison Health'
			Use by Member States and International Organizations
October 2010	June 2011	October 2011	Mid 2012

The Stewardship Expert Group

Main aim of the Expert Group meeting in June 2011:

► To discuss and identify the fundamental issues regarding the Stewardship for prison health with international partner organizations and some selected Member

Key questions discussed during the meeting:

1. Does the separation of prison health services from a country's public health services risks the creation of specific problems in the quality and accessibility of health care?
2. Does a Ministry's responsibility for prison health determine the characteristics of a prison health service, and which characteristics are essential in creating the best arrangements?

Stewardship of Prison Health: A guidance document (1)

Policy guidance and checklist for Member States of the WHO European Region on the provision of health services in prisons

Purpose:

The provision of WHO guidance for Member States of the WHO European Region on the provision of prison health services with a particular focus on ministerial responsibility for prison health and improvements in national governance systems for prison health.

The framework aims to provide guidance on:

- The responsibility for prison health care,
- Models of prison health service delivery,
- The issues to be considered, potential benefits and challenges and the options available if change of responsible Ministry is considered,
- Issues to consider in case of change, including human resources, financial issues, operational matters and health care challenges.

Recommendation by Expert Group

- All Member States should assess the adequacy of their prison health services, including the resources made available for this service; assessment tools will be developed to assist this process.

Checks at national level should include:

- ▶ That there is a close contact and co-operation between the prison health services and the Ministry of Health, with full involvement of prison health in national health strategies.
- ▶ That there is close contact and co-operation between prison health professional staff and their peers in community health.
- ▶ That continuity of care is adequate to meet the needs of prisoners and their families.
- The WHO Health in Prisons Programme should work jointly with its international partner organizations to give guidance as to what prison governors and all staff working with prisoners can do as regards health protection, health maintenance and health promotion.

What does a good prison health service look like? For example.....

- Resources provide for the sort of prison health services the country needs, equivalent to those outside prison;

- Nationally MoJ and MoH are working really effectively together to promote the health of prisoners and society;
- Locally prison health is well integrated into the local community services;
- The health needs of the prison population as well as the outcomes of the prison health services are well-known,
- Prisons are monitored the same way as the public health system, and
- Health professionals in prisons have the respect and support they need to provide a humane, effective and 'healthy' prison service.

Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

MoJ	MoH
<p><u>Strengths:</u> Organizational strength: prisons and all their services under one authority ▶ strong settings approach to health promotion may be more likely</p>	<p><u>Strengths:</u> Equivalence more readily achieved; same quality of staff and services as in wider society; automatic inclusion of prisons in national health strategies; same guidance.</p>
<p><u>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</u></p>	
MoJ	MoH
<p><u>Weakness:</u> Prison health more likely to be separate from national strategy for health; more difficulties in recruitment of staff; dual loyalty; throughcare more difficult to guarantee</p>	<p><u>Weakness:</u> Settings approach may be difficult; Prison must compete for resources with primary and secondary health care provided in the wider community, and may come off second best.</p>

Strengths, Weaknesses, <u>Opportunities</u> , Threats	
MoJ	MoH
<p><u>Opportunity:</u> The integrated 'healthy prison' with full advantage of a 'settings' or 'whole prison approach' may be easier; shared values among all staff easier;</p>	<p><u>Opportunity:</u> Seamless continuity of care; if MoH espouses a 'settings approach' in schools, this may also be applied to prisons, encouraging a 'whole prison approach' to health</p>
Strengths, Weaknesses, <u>Opportunities</u> , Threats	
MoJ	MoH
<p><u>Threat:</u> Ministry of Health may be poorly informed – prisons may develop health problems of public health importance, and thereby weaken the governance of health in general</p>	<p><u>Threat:</u> Prison health service could become a health service of lowest priority within The health services in the country as a whole; prison staff may take little interest in health issues if they consider it 'someone else's responsibility'</p>

Plans for the next year

- ▶ Steering Group meeting, March 2012 to finalize the Stewardship Framework and publication during the summer 2012;
- ▶ Publication of an updated version of 'Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health';
- ▶ Publication on naloxone, naltrexone;
- ▶ Publication on alcohol and prisoners;
- ▶ Country support (Moldova, Serbia, Kosovo, Latvia, Georgia, Ukraine, Croatia);
- ▶ Network meeting.

Website: <http://www.euro.who.int/prisons>



World Health Organization
WHO EUROPE

English Français Occitan Pycckoe

Home
[WHO Europe home page](#)

Where we work
[Sixty in Europe](#)
[Networks](#)

What we do
[Data and evidence](#)
[Health systems](#)

What we publish
[Books](#)
[Technical reports](#)

Who we are
[About WHO](#)
[Our structure and membership](#)

Prisons and health

What we do
Health topics
Health interventions
Prisons and health
News
Policy
Activities
Country work
Facts and figures
Publications
Partners
Contact us

News

Imprisonment and women's health:
concerns about gender sensitivity, human rights and public health
27/04/2015

WHO Network Meeting for Prison Health 2015
12/04/2015

More news



Relevant health topics

- Alcohol use
- Gender and health
- HIV/AIDS
- Mental health
- Tuberculosis
- Violence and injuries

Recognizing the need to promote health and tackle health inequalities in prison settings, WHO-Europe initiated the WHO Health in Prisons Project (HIP) in 1995.

At any given time, over 2 million people are imprisoned in penal institutions in Europe. A prison sentence often entails an increased risk of becoming seriously ill or a lost opportunity to recover from an existing illness or dependency. Prisoners who are healthy on entry have a considerable risk of returning prison with HIV, tuberculosis, a drug problem or poor mental health. Those who enter with a drug or other health-related problem often leave without having received proper medical attention.

4

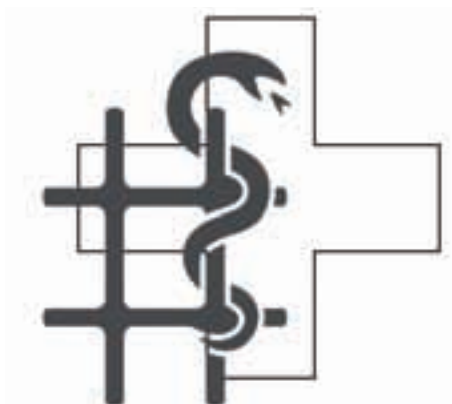
Arbeitsgruppen Groupes de travail



Deutsch / Allemand



Deutsch / Allemand



Gesundheitsangebote für Drogenabhängige: Vernetzung, „Therapie statt Strafe“ – Therapie nach bedingter Entlassung

Lisa Jakob, IFT München, D-München

Dr. Barbara Gegenhuber, Schweizer Haus Hadersdorf, A-Wien

1. Drogenbezogene Gesundheitsversorgung in deutschen Haftanstalten

1.1 Hintergrund

Die Durchführung des Justizvollzugs in Deutschland ist Angelegenheit der Bundesländer. Seit 2006 obliegt den Ländern auch die Gesetzgebung in diesem Bereich. Seitdem gibt es eigene Strafvollzugsgesetze für den Erwachsenenstrafvollzug in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Niedersachsen und Hessen. In den restlichen Bundesländern gilt nach wie vor das allgemeine Strafvollzugsgesetz. Nicht zuletzt aufgrund dieser Gesetzeslage gibt es kein nationales System zur regelmäßigen Datenerhebung über die Gesundheit im Strafvollzug in Deutschland, sondern vor allem regionale Datenerhebungen und einzelne Studien, zum Teil nur unter Teilpopulationen einzelner Einrichtungen.

Die drogenbezogene Gesundheitsversorgung in Haft ist durch die Besonderheiten des Strafvollzugs gekennzeichnet. Die beiden wichtigsten Ziele des Strafvollzugs sind die Wiedereingliederung der Inhaftierten und der Schutz der Allgemeinheit (§2 StVollzG). Drogenprävention und -behandlung werden demgegenüber oft als nachrangig angesehen. Dies ist aufgrund des hohen Anteils von Drogenkonsumenten und der Verbreitung von Infektionskrankheiten innerhalb der Gefängnispopulation besonders problematisch:

- Der Anteil von i.V.-Drogenkonsumenten (IDU) beträgt in Haft 21,92% - 29,61% und ist damit um den Faktor 73-98 gegenüber der Allgemeinbevölkerung (Anteil IDU: 0,3%) erhöht (Radun et al. 2007; Schulte et al. 2009).
- Der Anteil von HIV-Infektionen liegt mit 0,81% - 1,22% in Haft um den Faktor 16-24 über der Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung (0,05%). Infektionen mit HCV sind in Haft mit 14,32% - 17,01% um den Faktor 26-32

gegenüber der Allgemeinbevölkerung (0,4% - 0,7%) erhöht (Radun et al. 2007; Schulte et al. 2009).

Weitere Probleme ergeben sich schließlich aus der Gesetzeslage bezüglich der Gesundheitsfürsorge in Haft. Unter dem siebten Titel des StVollzG (Gesundheitsversorgung) werden nämlich keine Vorgaben für den Umgang mit Drogen konsumierenden Inhaftierten gemacht.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Fragestellung der im Folgenden vorgestellten Erhebung, die Art und Umfang von drogenbezogenen Gesundheitsangeboten in deutschen Haftanstalten untersuchte.

1.2 Methode der Erhebung

Zur Erhebung von Art und Umfang drogenbezogener Gesundheitsangebote wurde der „Kurzfragebogen zur gesundheitlichen Situation Gefangener“ entworfen. Er wurde im Rahmen der Informationssammlung für den REITOX-Bericht 2010/2011 an die Drogenbeauftragten bzw. die Justizministerien der Länder versendet und umfasst die folgenden Aspekte: (1) Medizinische und psychosoziale Versorgung, (2) Schulung von Justizvollzugsbeamten, (3) Tests auf Drogen und Infektionskrankheiten, (4) Intramurale Therapieangebote, (5) Substitutionsbehandlung, (6) Manuale und Leitlinien sowie (7) Angebote zur Prävention, Schadensminimierung und Entlassvorbereitung. Abgefragt wurden die Daten zum Stichtag 31.03.2010.

1.3 Ergebnisse

1.3.1 Antwortraten

Im Rücklauf gingen Antworten aus 14 von 16 Bundesländern ein, keine Antwort gab es aus Hamburg und dem Saarland. Die Fragebögen wurden in 11 Fällen durch die Ministerien beantwortet, in den übrigen 3 Fällen durch Justizvollzugsanstalten. Auf Basis der beantworteten Fragebögen ist eine Aussage möglich über 67.898 Gefangene, dies entspricht 95% der zum Stichtag 31. März 2011 erfassten 71.200 Gefangenen.

Fehlende Angaben (Missings) finden sich bei durchschnittlich 50% der Items. Rund die Hälfte dieser Missings war als „nicht erfasst“ gekennzeichnet. Sie konnten also aufgrund der speziellen Dokumentation in den Justizvollzugsanstalten bzw. Bundesländern nicht beantwortet werden. Vermutlich liegt die Rate der nicht erfassten Angaben sogar noch deutlich

höher, da in der Auswertung nur solche Items als „nicht erfasst“ gewertet wurden, die vom Beantworter ausdrücklich so deklariert wurden.

1.3.2 Drogentests

Die Umfrage ergab, dass in Deutschland bei ca. 30% der Haftantritte Drogentests durchgeführt werden (von insgesamt 240.000 Haftantritten in Deutschland im Jahr 2010), in der Regel erfolgt die Testung auf Verdacht. Auch während der Haft erfolgt die Testung in der Regel auf Verdacht und zusätzlich in manchen Bundesländern indikationsabhängig. Die Anzahl durchgeführter Testungen ist nicht ermittelbar.

Insgesamt ist die Anzahl der positiven Testungen während der Haftzeit im Vergleich zum Zeitpunkt des Haftantritts deutlich geringer. Dieses Bild zeigt sich bezüglich einzelner Substanzen vor allem für Opiode und Kokain. Bei Cannabis ist der Anteil an positiven Tests während der Haft etwas höher als zu Beginn der Haft. Ein deutlicher Anstieg scheint dagegen bei Medikamenten (u.a. Benzodiazepinen, Antidepressiva und Barbituraten) sowie bei Mischintoxikationen der Fall zu sein. Zu beachten ist hierbei, dass diese Entwicklung nicht anhand von wiederholten Testungen bei Individuen beobachtet wurde, sondern aufgrund der positiven Drogentests von voneinander unabhängigen Gefangenen zu Beginn bzw. während der Haft.

1.3.3 Infektionskrankheiten

Bei Haftantritt werden Tests auf Infektionskrankheiten vor allem bei Verdacht durchgeführt. Der Anteil der getesteten Gefangenen liegt bei ca. 50%. Für die Ergebnisse der HIV-Tests liegen Angaben aus 4 Bundesländern vor - mit ca. 0,8% positiven Testungen. Dies liegt im Bereich der von Radun und Kollegen (2007) sowie Schulte und Kollegen (2009) ermittelten Angaben von 0,8% - 1,2%. Für HBV liegen Angaben aus 2 Bundesländern vor, der Anteil positiver Testungen liegt dabei bei ca. 1,8%. Für HCV stammen die Angaben aus nur einem Bundesland, mit ca. 15% liegt der Anteil der positiven Testungen hier ebenfalls im von Radun und Kollegen (2007) sowie Schulte und Kollegen (2009) ermittelten Bereich von 14% - 17%. Während der Haft werden Testungen auf Infektionskrankheiten ebenfalls vor allem bei Verdacht durchgeführt. Hinzu kommen Testungen nach Bedarf, beispielsweise vor einer Vollzugslockerung oder nach Freigang. Zum Teil wird auch vor der Entlassung oder auf Wunsch des Gefangenen

getestet. Die Anzahl der Testungen ist hierbei unbekannt, die angegebenen Absolutwerte können daher nicht für die Gefängnispopulation interpretiert werden.

1.3.4 Substitution

Unterschiede zwischen den Bundesländern ergaben sich bezüglich der Fragen, welche Art der Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige (Opioid Substitution Therapy, OST) angeboten wird und dem Anteil der Substituierten unter den Gefangenen. So wird Substitution vor allem als Abdosierung angeboten (14 von 14 Bundesländern, aus denen Antworten vorliegen). Aufrechterhaltung ist in 11 Bundesländern möglich, eine Hochdosierung vor Haftentlassung in 6 Bundesländern. Nur ein Bundesland gab an, den Beginn einer OST vor der Entlassung anzubieten.

1.4 Bisherige Erfahrungen

Im Rahmen der durchgeführten Erhebung zeigten sich die Justizministerien sehr kooperativ. Dabei entstand der deutliche Eindruck, dass eine gute Versorgung gewünscht wird. Außerdem besteht breites Interesse an einer verbesserten Datenerhebung und einheitlichen Richtlinien speziell für den Strafvollzug. Unterschiede zwischen den Bundesländern zeigten sich im Umfang der angegebenen Daten und im Rückschluss daraus wahrscheinlich auch im Umfang der dort vorliegenden Dokumentation.

1.5 Diskussion der Arbeitsgruppe

In der Diskussion wurden im Hinblick auf die Situation in Deutschland, Österreich und der Schweiz die folgenden Aspekte thematisiert:

Allgemein ist festzuhalten, dass der Entzug im Gefängnis neben den unzweifelhaft existierenden positiven Effekten bzgl. der gesundheitlichen Gesamtsituation der Inhaftierten auch ein Gefahrenpotenzial mit sich bringt, weil dadurch das Risiko für eine Überdosis beim Freigang oder nach der Entlassung erhöht ist. Außerdem wurde thematisiert, dass Aufklärungsarbeit bezüglich der Sucht in einem weiten Personenkreis wichtig ist: für die Bediensteten der Justizvollzugsanstalten, für das Umfeld der Gefangenen und ihre Familienangehörigen, außerdem für die Vollzugsleitung sowie für Ärzte außerhalb des Strafvollzugsystems. Um die Haltung des Gesundheitspersonals zu ändern, wären außerdem deutlich mehr Fortbildungen nötig.

1.5.1 Österreich

Hinsichtlich der Situation in Österreich wurde festgestellt, dass im Strafvollzug zwar substituiert wird, die betreffenden Gefangenen jedoch ausgegrenzt werden, indem sie z.B. von bestimmten Berufen ausgeschlossen oder ihre Freigänge eingeschränkt werden. Aufgrund dieser Ausgrenzung und Diskriminierung wollen viele Insassen nicht in der OST bleiben und brechen diese ab.

1.5.2 Schweiz

In der Schweiz hat sich gezeigt, dass die Heroinvergabe in Haft mittlerweile beinahe eingestellt werden kann, weil die Vergabeprogramme außerhalb des Strafvollzugs so gut funktionieren, dass die Abhängigen kaum noch kriminell werden. Substitution in Haft ist in der Schweiz nichts Ungewöhnliches und auch Diskriminierung scheint kein Thema zu sein. Ein Problem scheint allgemein eher die Nachbehandlung nach der Entlassung zu sein: Sie ist nicht nur eine Frage der Finanzierung, sondern auch die Schwellen zur Aufnahme sind höher, so dass die Versorgung in Haft häufig besser ist als außerhalb. Hier wäre ein Entlassmanagement nötig, das Aufgabe des sozialen Dienstes und der Suchtberatung wäre. Die Bewertung von OST vs. Entzug ist also auch abhängig von der Situation nach der Entlassung. Wenn ein Anschlussprogramm fehlt, ist der Entzug im Gefängnis möglicherweise sinnvoller als eine Substitutionsbehandlung, die nach Entlassung nicht fortgesetzt werden kann. Entzugsbehandlungen bringen allerdings wieder eigene Probleme mit sich: Eigentlich müsste der Entzug in einem Krankenhaus durchgeführt werden, weil der Strafvollzug damit überfordert ist. Und obwohl in der Schweiz durch Akupunktur die innere Unruhe während des Entzugs bekämpft wird, reicht es nicht aus, nur den Entzug im Sinne eines Verhaltensabbaus durchzuführen, sondern gleichzeitig müsste anderes Verhalten aufgebaut werden. Es wäre also psychosoziale Betreuung nötig.

1.5.3 Deutschland

Für Deutschland wurde noch hinzugefügt, dass ein Erlass zur Diamorfinvergabe in Haft zwar in Baden-Württemberg in Kraft ist, aber in der Praxis nicht umgesetzt wird. Bevor die Diamorfinvergabe eingeführt wird, sollte auch zunächst die normale OST in Haft flächendeckend umgesetzt werden. Ob in Deutschland substituiert wird oder nicht, hängt vom Anstaltsarzt ab.

Es bleibt festzuhalten, dass hier die Erfahrungen aus anderen Ländern (Österreich, Schweiz) oder aus Schwerpunktpraxen zu Rate gezogen werden sollten, und dass grundsätzlich ein stärkerer Erfahrungsaustausch zwischen den Ländern nötig ist.

Literatur

Radun, D., Weilandt, C., Eckert, J., Schüttler, C. G., Weid, F. J., Kücherer, C., & Hamouda, O. (2007). "Cross-sectional Study on Seroprevalence regarding Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV, Risk Behaviour, Knowledge and Attitudes about Bloodborne Infections among adult Prisoners in Germany - Preliminary Results", in European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE).

Schulte, B., Stöver, H., Thane, K., Schreiter, C., Gansefort, D., & Reimer, J. (2009). Substitution treatment and HCV/HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. International Journal of Prisoner Health 5 (1) 39-44.

Suizidalität und Traumafolgestörungen bei Inhaftierten -Epidemiologie und Behandlungen

Marina Haller, Psycholog. Institut der Universität Zürich, Schweiz
 Dr. Jens Wittfoot, JVA Hannover, Deutschland

Suizidalität bei Inhaftierten

Marina Haller

Die vermehrte Abhängigkeit von legalen oder illegalen Drogen, Gewalterfahrungen sowie der Verlust von Intimsphäre, familiärer und sozialer Unterstützung tragen letztlich dazu bei, dass die seelische Gesundheit der Gefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weitaus häufiger gestört ist. In deutschsprachigen Ländern wird bei Gefangenen ein 2-4 Mal häufigeres Auftreten von psychischen Störungsbildern registriert, wie z.B. höhere Anteile von Depressionen, Psychosen, Affekt- und Angststörungen sowie eine höhere Suizidrate (Stöver, 2005). Untersuchungsgefangene haben im Vergleich zu nicht inhaftierten Männern eine ungefähr 7,5fach erhöhte Suizidversuchsrate, während Strafgefangene im Vergleich zu nicht inhaftierten Männern eine etwa 6-fach erhöhte Rate aufweisen (WHO, 2007).

Tabelle 1: Suizide im Strafvollzug (Anzahl und Prozent aller Todesfälle im Strafvollzug), *Council of Europe, 2011:*

	Deutschland	Österreich	Schweiz
2003	80 (53.3% von 150)		8 (50.0% von 16)
2004	81 (50.3% von 161)	11 (33.3% von 33)	13 (48.1% von 27)
2005	81 (50.6% von 160)	6 (16.7% von 36)	6 (54.5% von 11)
2006	76 (46.6% von 163)	10 (29.4% von 34)	14 (43.8% von 32)
2007	72 (41.6% von 173)	12 (42.9% von 28)	6 (37.5% von 16)
2008	67 (41.4% von 162)	6	8 (44.4% von 18)
2009	61	7	6

Abbildung 1: Suizidraten pro 10'000 in Deutschland unter Gefängenen und der allgemeinen Bevölkerung

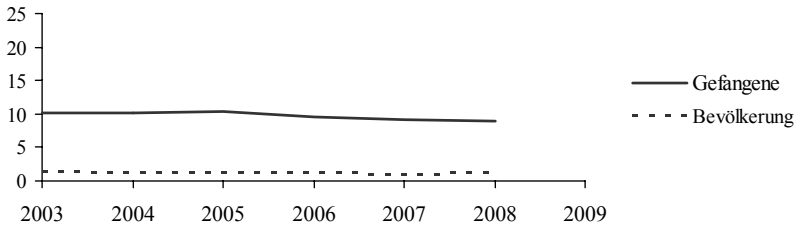


Abbildung 2: Suizidraten pro 10'000 in Österreich unter Gefängenen und der allgemeinen Bevölkerung

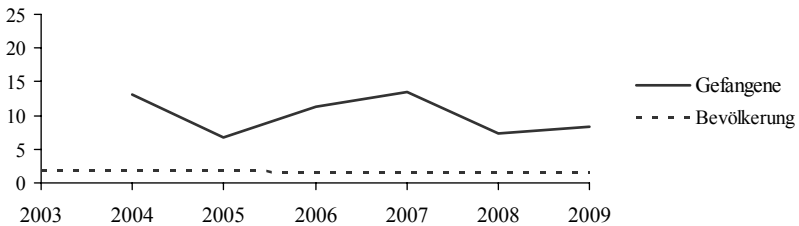
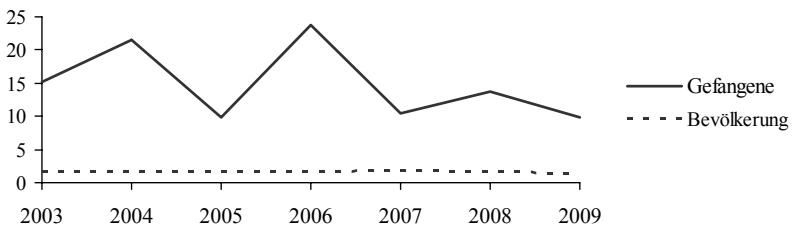


Abbildung 3: Suizidraten pro 10'000 in der Schweiz unter Gefängenen und der allgemeinen Bevölkerung



Eine der grössten Herausforderungen der Suizidprävention besteht darin, die Menschen zu identifizieren, welche besonders suizidgefährdet sind. Die World Health Organisation (WHO) (2007) weist in diesem Zusammenhang auf spezifische Risikogruppen hin: junge Männer (Alter zwischen 15-49 Jahren); ältere Menschen, v.a. ältere Männer; Angehörige von Urvölkern und Eingeborene; Menschen mit psychischen Erkrankungen; Personen, welche Alkohol- und/oder andere psychotrope Substanzen missbrauchen; Inhaftierte, welche bereits vor Hafteintritt einen Suizidversuch unternommen haben; Menschen in Gefangenschaft.

Viele dieser Charakteristika treffen auf alle Gefangenen zu, weshalb gezielt Suizidprofile entwickelt wurden, welche zur Reduktion der Suizidrate in Gefängnissen beitragen sollen:

- Profil 1: Untersuchungsgefangene, welche sich in Haft das Leben nehmen, sind überwiegend männlich, jung (20-25 Jahre), unverheiratet und Erstinhaftierte infolge eines weniger schweren Deliktes, welches zu meist in Zusammenhang mit Drogen steht. Bei der Verhaftung stehen die Betroffenen oft unter der Einwirkung von Drogen und begehen den Suizid mehr oder minder unmittelbar nach ihrer Inhaftierung, d.h. häufig während der ersten Stunden in Haft.
- Profil 2: eher ältere Strafgefangene (30-35 Jahre) und Gewaltdelinquenten, welche sich nach einer längeren Zeit in Haft suizidieren (oft nach vier oder fünf Jahren).

Wenig sozialer und familiärer Rückhalt, früheres suizidales Verhalten sowie die Diagnose einer psychischen Erkrankung oder emotionale Probleme sind bei Gefangenen, die sich suizidieren, oft zu beobachten (Matschnig, Frühwald, & Frottier, 2006). Suizide werden vorwiegend durch Erhängen begangen (Konrad et al., 2007; WHO, 2007), wenn die Gefangenen isoliert oder in Einzelhaft sind und wenn das Personal die Zellen seltener kontrolliert. Die Überwachung wird aber dadurch erschwert, dass es bei einer Erhängung schon nach 3 Minuten zu dauerhaften Gehirnschäden kommt und dass bereits nach 5-7 Minuten der Tod eintritt. Deshalb sind sogar Rundgänge in 10- bzw. 15-Minuten-Intervallen ungenügend (Konrad et al., 2007).

In deutschsprachigen Ländern werden verschiedene Ansätze zur Suizidprävention im Strafvollzug angewendet. Hier werden nur drei von ihnen, ein Projekt aus Österreich, ein Projekt aus Deutschland und ein Projekt aus der Schweiz, präsentiert.

Prävention in Österreich

Einen Rückgang der Suizidrate in österreichischen Gefängnissen brachte 2007 die Einführung des Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions (VISCI). VISCI ist ein Formular mit ca. 20 Fragen zur sozialen Situation, der kriminellen Vergangenheit und der psychologischen Geschichte des Häftlings: "Waren Sie vor der Haft arbeitslos?", "Wie oft waren Sie in Ihrem Leben in Haft?", "Wurde bei Ihnen jemals eine psychiatrische Krankheit festgestellt? Z.B. eine Depression oder Angststörung?". Diese Befragung wird gleich bei der Einlieferung durch die Vollzugsbeamten durchgeführt. So haben die Bediensteten die Möglichkeit, auch in der Nacht und ohne Psychiater das Suizidrisiko der eingelieferten Person einzuschätzen (Frottier, König, Matschig, Seyringer, & Frühwald, 2008).

Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft ist sehr verständlich aufgebaut. Das System funktioniert wie eine Ampel: Rot bedeutet hohe Gefährdung, gelb heisst unsicher, grün heisst, nichts zu erkennen.

rot: hohe Gefährdung → rasche Zuweisung zum Fachdienst, keinesfalls Anhaltung in einer Einzelzelle, Empfehlung zur Beschäftigung des Insassen tagsüber;

gelb: Gefährdung vorhanden → Anhaltung nicht in einer Einzelzelle und Empfehlung zu Beschäftigung des Insassen tagsüber;

grün: keine Gefährdung ersichtlich → keine besonderen Massnahmen.

Die Durchführung und die Auswertung der Fragebogen braucht keine fachlichen Kenntnisse und gibt klare Anweisungen, die zur Reduktion der Suizidalität im Strafvollzug führen (Frottier, König, Matschig, Seyringer, & Frühwald, 2008)

Prävention in Deutschland

In Niedersachsen startete am 1. März 2010 ein Projekt, das Untersuchungshäftlingen in den ersten 14 Tagen nach ihrer Inhaftierung ermöglichte, nachts anonym mit einem Seelsorger zu telefonieren. So wurden 100 Zellen in Gefängnissen in Braunschweig, Oldenburg, Hannover und Rosdorf mit spezieller Technik ausgestattet. Die Geräte sind nur für die Kontakte mit Seelsorgern programmiert. Durchschnittlich werden 50 Gespräche pro Monat geführt. Die Häftlinge in Not erwähnten bei ihren nächtlichen Anrufen am häufigsten die folgenden Themen: Ängste („Meine

Frau haut jetzt ab.“), Sinn, Sucht. Etwa 14 Prozent brachte das Thema Suizid direkt zur Sprache. In Niedersachsen wird von einer Reduktion der Suizidrate im Gefängnis von 8 Personen 2009 auf 6 Häftlinge 2010 gesprochen (March, 2011; Neue Presse, 2011).

Prävention in der Schweiz

In Gefängnissen des Kantons Zürich steht der Psychologisch-Psychiatrische Dienst (PPD) für Visiten zur Verfügung. Die Visiten finden allgemein mindestens einmal wöchentlich und in den Gefängnissen Stadt Zürich und Zürich-Flughafen (und damit auch in der Ausschaffungshaft) drei Mal wöchentlich statt. Für ein Gespräch können sich die Insassen selbst anmelden oder sie werden von den Aufseherinnen oder Aufsehern angemeldet. Bei akuter Suizidalität kann eine Insassin oder ein Insasse im Sinne einer Schutzmassnahme auch in einer Arrestzelle mit Sitzwache untergebracht werden. Diese 24-Stunden-Überwachung wird z.T. durch einen externen psychiatrischen Pflegedienst gemacht, bis entweder eine Klinik-einweisung erfolgt oder die zuständige Psychiaterin bzw. der zuständige Psychiater die Insassin oder den Insassen beurteilt hat. Das externe Personal kann die Haftsituation für die Insassen entschärfen trotz der Tatsache, dass eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung in einer Einzelzelle mit vielen Hindernissen verbunden ist. Besteht das Risiko einer Selbstgefährdung, erfolgt eine Verlegung in das Psychiatriezentrum Rheinau bzw. in die Bewachungsstation des Inselpitals Bern oder in die psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich (Regierungsrat des Kantons Zürich, 2011).

Diskussion

In der Arbeitsgruppe mit 39 Teilnehmern wurden Aspekte der Suizidalität sowie deren Prävention weiterdiskutiert und vertieft.

Dabei wurden verschiedene Gründe für die Suizidalität besprochen. Eine grosse Gruppe der Inhaftierten versuchen, sich ihr Leben in den ersten Stunden der Haft zu nehmen. Dies passiert vor allem deshalb, weil sie unter dem Schock der Inhaftierung stehen. Bei anderen Insassen, die schon einige Zeit im Strafvollzug verbracht haben, kann Suizidalität ein Lebensfazit ausdrücken. Das betrifft vor allem solche Insassen, die ein schweres Delikt begangen haben. Weiter kann ein Selbsttötungsversuch auch nur eine Manipulation sein, wenn die Person dadurch hofft, ihre Haftsituation

zu ändern bzw. zu verbessern. Auch psychische Vorbelastungen spielen bei den suizidalen Absichten eine grosse Rolle.

In der Diskussion über die Suizidprofile, die durch die WHO 2007 entwickelt wurden, wurde in der Arbeitsgruppe auch die Frage nach einer gruppenspezifischen Suizidprävention gestellt. Für das erste Profil (Untersuchungsgefangene, welche sich während der ersten Stunden in Haft das Leben nehmen) wurde ein Screening, z.B. mit dem Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions (VISCI), als erforderlich angesehen. Das Ampelsystem mit den klaren Standards wurde sehr positiv bewertet.

Da das Screening nur bei der Inhaftierung durchgeführt wird, kann es das zweite Profil der suizidalen Menschen im Gefängnis nicht abdecken. Das heisst, dass diejenigen Gefangenen, die sich eher nach einer längeren Zeit in Haft suizidieren, andere präventive Massnahmen brauchen. Die KollegInnen aus Österreich sind vom „Listener-System“ überzeugt, das im Rahmen der 3. und 4. Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft bereits vorgestellt wurde. Dabei geht es darum, dass geeignete Inhaftierte als sogenannte „Listener“ ausgebildet werden. Nach einer Schulung sind die Listener imstande, den Mitinhaftierten in Krisensituationen eine Unterstützung anzubieten (siehe Dokumentation zur 3. und 4. Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft). Bei diesem System bleibt allerdings offen, ob die Benutzung der Ressource Mitinhaftierter zu viel Verantwortung auf diesen überträgt. Obwohl die österreichischen KollegInnen dies verneinten, wurden in der Arbeitsgruppe die ethischen Aspekte des „Listener-Systems“ in Frage gestellt. Auch der Zürcher Einsatz der Rund-um-die-Uhr Betreuung gilt als umstritten, weil eine solche Betreuung von den Gefangenen als eine Art Bestrafung wahrgenommen werden kann. Dadurch werden die Gefangenen das nächste Mal über ihre Absichten womöglich eher schweigen, um nicht wieder „bestraft“ zu werden. Eine lange Betreuung wurde auch als sehr kostenaufwendig empfunden. In diesem Sinne wurde in der Arbeitsgruppe keine gemeinsame Strategie zur Prävention der Suizidalität entwickelt, was die Notwendigkeit weiterer Forschung und weiteren Austauschs in diesem Bereich zeigt.

Alle Suizide im Strafvollzug zu verhindern, scheint absolut unmöglich. Vor allem ist es schwer, solche Personen zu schützen, die bereits lange Zeit im Gefängnis verbracht und bisher kein auffallendes Verhalten gezeigt haben. Aber auch mit psychisch auffälligen Personen sind die Gefängnisange-

stellten überfordert. Deshalb wurde in der Arbeitsgruppe die grundlegende Frage nach der Haftfähigkeit von suizidalen Menschen gestellt. Die Betreuung durch Fachleute wurde als sehr wichtig und zwingend angesehen. Auf jeden Fall sollen suizidale Gefangene von einem Psychiater untersucht werden.

Literatur

Council of Europe (2011). *Annual Penal Statistics of the Council of Europe. SPACE I. Annual reports*. Retrieved Januar 26, 2012, from <http://www3.unil.ch/wpmu/space/space-i/annual-reports/>.

Frottier, P., König, T., Matschig, T., Seyringer, M.E., & Frühwald, S. (2008). Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft. *Psychiatrische Praxis*, 35, 1-8.

Konrad, N., Daigle, M.S., Daniel, A.E., Dear, G.E., Frottier, P., Hayes, L.M., et al. (2007). Preventing suicide in prisons, part I: Recommendations from the international association for suicide prevention task force on suicide prisons. *Crisis*, 28, 113-121.

March, B. (2011). *Wenn die Tür zugeht...* Retrieved Januar 31, 2012, from http://www.justizvollzugsanstalt-annover.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=23367&article_id=94287&psmand=168

Matschnig, T., Frühwald, S., & Frottier, P. (2006). Suizide hinter Gittern im internationalen Vergleich. *Psychiatrische Praxis*, 33, 6-13.

Neue Presse (2011). *Telefonseelsorge soll Suizid in U-Haft verhindern*. Retrieved Januar 31, 2012, from <http://www.neuepresse.de/Hannover/Uebersicht/Telefonseelsorge-soll-Suizid-in-U-Haft-verhindern>.

Stöver, H. (2005). Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung in Haft. *SuchtMagazin*, 2, 3-13.

Regierungsrates des Kantons Zürich (2011). *Suizidversuche in Haft / Psychopharmakonsum in Haft, 96/2011*. Retrieved Januar 31, 2012, from http://www.kantonsrat.zh.ch/Geschaefst_Details.aspx?ID=609d8c04-f011-4189-8bd0-6052cc7bf28e.

World Health Organisation (2007). *Suizidprävention: Ein Leitfaden für Mitarbeiter des Justizvollzugsdienstes*. Retrieved Januar 26, 2012, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595506_ger.pdf.

Traumafolgestörungen bei Inhaftierten - Epidemiologie und Behandlung

Dr. Jens Wittfoot

Der Referent ist seit über zehn Jahren als Psychiater und Psychotherapeut in der JVA Hannover tätig, die mit derzeit ca. 570 Inhaftierten etwas mehr als 10% aller Gefangenen in Niedersachsen beherbergt. In Hannover wird neben Straf- und Untersuchungshaft auch Abschiebehaft vollzogen. In der Anstalt befindet sich als Teil des Fachbereichs Medizin eine von drei auf psychisch kranke Inhaftierte spezialisierte Krankenstationen im niedersächsischen Justizvollzug.

Als Traumafolgestörungen können bei Inhaftierten neben den typischen posttraumatischen Belastungsstörungen auch viele Borderline-Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen und antisoziale Persönlichkeitsstörungen verstanden werden. Auch bei Somatisierungsstörungen, depressiven Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen finden sich häufig traumatisierende Ereignisse in der Lebensgeschichte, die für die Entstehung der Störung von Bedeutung sind.

Die Häufigkeit von posttraumatischen Belastungsstörungen unter Inhaftierten ist in letzter Zeit vermehrt untersucht worden. Plattner et. al. (2011) beschreiben für den österreichischen Jugendvollzug eine Punktprävalenz von 30% (25,1% bei den männlichen, 53,4% bei den weiblichen Jugendlichen). Schröder (2005) bzw. von Schönfeld et al. (2006) geben für den Erwachsenenvollzug in Bielefeld eine 6-Monats-Prävalenz von 11,8% bei den Männern und 31,7% bei den Frauen an.

Die Punktprävalenz von Borderline-Persönlichkeitsstörungen geben von Schoenfeld et. al. (2006) für Bielefeld mit 5,3% bei den Männern und 42,9% bei den Frauen an. Eine japanische Untersuchung im Jugendvollzug (Matsumoto et al. 2005) hat gezeigt, dass allein das Merkmal Selbstverletzungen signifikant mit erlittenen Misshandlungen in der Biografie in Zusammenhang steht (56,4% der Selbstverletzer vs. 29,2% der Nicht-Selbstverletzer).

Antisoziale Persönlichkeitsstörungen werden in der Bielefelder Untersuchung (von Schönfeld et al. 2006) bei 32,9% der Männer und 30,2% der Frauen gefunden. Bei fast 50% der Inhaftierten mit antisozialer

Persönlichkeitsstörung findet sich eine schwergradige Traumatisierung in der Biographie (Driessen et al. 2006).

Traumaspezifische Behandlungen von Inhaftierten finden in der JVA Hannover im (relativ geschützten) Rahmen der Krankenstation und eingebettet in die medizinische bzw. psychiatrische Basisbehandlung statt. Der grundsätzliche psychotherapeutische Zugang ist tiefenpsychologisch ausgerichtet. Ich setze regelmäßig EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing, Shapiro 2001) ein. Dabei handelt es sich um ein etabliertes psychotherapeutisches Verfahren, mit dem unter Zuhilfenahme von horizontalen Augenbewegungen traumatische Erinnerungen in der Therapiesitzung erneut durchlebt und dabei verarbeitet werden, was zu einer Neubewertung und im Idealfall zum Verschwinden der auf das Trauma bezogenen Symptome (flashbacks, allgemeine Beunruhigung, Vermeidungsverhalten etc.) führt. Außerdem berücksichtige ich häufig Ego-State-Gesichtspunkte (Peichl 2007), da sich vor allem bei beziehungs-traumatisierten Menschen häufig verschiedene Persönlichkeitsanteile entwickeln, die zur unmittelbaren Bewältigung der traumatisierenden Situation zwar hilfreich sind, sich aber später als problematisch erweisen (z.B. Persönlichkeitsanteile, die sich ganz der Rache an einem früheren Täter verschrieben haben und jetzt überall potentielle Täter vermuten). Typischerweise in der Therapie bearbeitete Traumata sind Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, Lebensgefahr und das Miterleben schwerer Gewalt.

Die Diskussion im Workshop machte deutlich, dass eine frühzeitige und umfassende Diagnostik hinsichtlich Traumafolgestörungen bei Inhaftierten erforderlich ist und dass insbesondere Suizidalität und Aggressivität Hinweise auf eine bestehende Grundproblematik in diesem Sinne sein können. Es wurde thematisiert, dass eine angemessene Versorgung der betroffenen Inhaftierten im Sinne des Äquivalenzprinzips einen erheblichen Ausbau der psychotherapeutischen Ressourcen erforderlich machen würde. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass neben psychotherapeutischen Maßnahmen im engeren Sinne auch Angebote wie Sport und angemessene Beschäftigung zur Stabilisierung der Betroffenen wichtig sind.

Literatur

Driessen et al. (2006): Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminal behavior in prisoners in Germany: a comparative study in incarcerated women and men. *The Journal of clinical psychiatry*, Vol. 67, No. 10, pp. 1486-1492

Matsumoto et al. (2005): Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and clinical neurosciences*, Vol. 59, No. 3, pp. 319-326

Peichl (2007): *Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst*. Klett-Cotta Stuttgart

Plattner et al. (2011): Psychopathologische und komorbide Störungen inhaftierter Jugendlicher in Österreich. Implikationen für einen jugendpsychiatrischen Versorgungsauftrag im Strafvollzug. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, Vol. 39, No. 4, pp 231-242

Schröder (2005): *Psychische Erkrankungen bei männlichen Gefangenen im geschlossenen Vollzug*. Dissertation, Universität zu Lübeck

Shapiro (2001): *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. 2. Auflage. Guilford Press New York & London

Von Schönfeld et al. (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Der Nervenarzt*, Vol. 77, No. 7, pp. 830-841

Intramurale Versorgung und Übergangsmanagement von lebensälteren und behinderten Gefangenen; ältere Gefangene mit Migrationshintergrund.

Kerstin Höltekemeyer-Schwick, Dr. Martin Oberfeld, Wilfried Weyl.

Einführung

Wilfried Weyl

Die demographische Entwicklung und vor allem der Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung machen auch vor dem Justizvollzug nicht halt und führen zu einer Veränderung der Haftpopulationen.

Längere Strafen und Ersttäterschaften im Alter von über 50 Jahren zusammen mit einer Verlängerung der Lebensdauer führen zu einer zunehmenden Zahl älterer Gefangener.

Diese Entwicklung wird in allen europäischen Ländern beschrieben und ist auch in Deutschland beobachtbar.

Am Beispiel England ist zu sehen, dass die Entwicklung sehr schnell gehen kann. Hier hat sich die Zahl der Gefangenen über 60 Jahre kontinuierlich um 250% zwischen 1998 und 2008 erhöht (Fazel, Hope, O'Donnell, Piper & Jacoby, 2001; Hayes & Shaw, 2001; PSI, 2001).

In der geriatrischen Diskussion ist die Gruppe der lebensälteren Gefangenen weitgehend unbeachtet geblieben, weshalb wir wenig über ihre gesundheitlich-sozialen Bedarfe wissen, und wenig darüber, wie der Justizvollzug darauf reagieren soll.

Ältere Gefangene leiden unter chronischen gesundheitlichen Belastungen die durch ihre riskanten Lebensweisen, wie der frühere (auch in Haft fortgesetzte) Konsum von Gesundheitsschädlichen Substanzen, wie Tabak, Alkohol und illegale Drogen, ausgelöst wurden.

Existenziell bedrohliche Erkrankungen, wie Hepatitis C und HIV/AIDS und die Folgen dieser Erkrankungen, Nebenwirkungen der Medikamente usw. treten gehäuft auf. Der zunehmende Verlust der körperlichen Reserven macht den älteren Menschen anfälliger für neue Krisen. Psychische Belastungen und Erkrankungen z.B. Depressionen sind bei älteren Inhaftierten überproportional stark verbreitet und treten in den Haftanstalten geballt auf.

Diese psychische Belastung wird durch die Inhaftierung anders verarbeitet als außerhalb der „Mauern“, es gibt weniger „Ablenkung“.

Zu den gesundheitlichen Belastungen kommen soziale Problemlagen, die sich ausdrücken in größeren Anpassungsproblemen, Isolation, Altersarmut, Übergangsproblemen in der Entlassungsphase etc.

Viele ältere Patienten leiden unter mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität). Demenz, Inkontinenz, Arthrosen, Osteoporose, Arteriosklerosen hirnversorgender Gefäße, Prostatahyperplasie und Niereninsuffizienz um einige zu nennen.

Man muss sich das nur vorstellen: einen inkontinenten Gefangenen im Hafthaus eines Gefängnis der Sicherheitsstufe I beim Beseitigen seiner „Pampers“. Ebenso wie man die Pflegestandards aus der 'Erwachsenenkrankenpflege' nicht auf die Kinderkrankenpflege übertragen kann, können sie auch nicht ohne weiteres auf die Pflege älterer Menschen übertragen werden.

Ein weiteres besonderes Tätigkeitsfeld ist der Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit Migrationshintergrund.

Für den ‚normalen‘ Mitteleuropäer ist der Besuch beim Anstaltsarzt ein Gang wie zum Hausarzt.

Probleme bereitet es Männern aus dem islamischen Kulturkreis schon, wenn der Anstaltsarzt eine Frau ist. Dies gilt ebenso für Krankenschwestern, die im Männervollzug arbeiten. Oft scheitert eine notwendige Behandlung an der Frage des Geschlechts des Behandlenden. Im Gefängnis lebt der Gefangene 'seinen' Islam oftmals konsequenter als draußen. Dies betrifft seine Ansprüche an das Essen ebenso wie seine Gebete im Tagesablauf. Für Menschen aus dem orientalischen Kulturkreis wird eine Einzelzelle als Haftverschärfung empfunden, er braucht seine Gesprächs- und Gebetsmitbewohner. Ein Mitteleuropäer hingegen sieht Einzelunterbringung als positiv an und wünscht sie. Probleme mit Gefangenen mit Migrationshintergrund entstehen fast immer nur dann, wenn man mitteleuropäische Maßstäbe einfach auf diese Menschen überträgt, ohne sich mit ihren kulturellen Besonderheiten zu beschäftigen.

Zurzeit sind etwa 6% bis 10% je Anstaltstyp, der in Deutschland inhaftierten Gefangenen älter als 55 Jahre. Davon bis zu 40% Menschen mit Migrationshintergrund.

Im Vollzug galt bisher der Grundsatz: In Haft darf niemand sterben. Der Tod gehört zum Leben.

Was wird geschehen mit den älteren Gefangenen die nicht „raus“ wollen? Was wird mit denen, Stichwort Sexualstraftäter, die nicht raus dürfen? Die in Haft in ihrem gewohnten Umfeld ihr Leben beschließen wollen? Ist das Personal darauf vorbereitet, Stichwort Palliativ care? Wie kann sich die Haftanstalten darauf vorbereitet? Was kann die Pflege tun?

Die konzeptionellen und praktischen Antworten auf die demographischen Entwicklungen im Justizvollzug sind unterschiedlich:

Sowohl gesonderte Betreuung im Einzelfall, Einrichtung einzelner Abteilungen, bis hin zu speziellen Einrichtungen für ältere Gefangene (ab 55 Jahren) lassen sich in Deutschland ausmachen.

So besteht zum Beispiel in der JVA Detmold/NRW eine Lebensälterenabteilung, die bereits seit mehreren Jahren eine Warteleiste führt und das Eingangsalter auf 62 Jahre erhöht hat.

Eine enge Kooperation besteht mit der Pflegeeinrichtung für Gefangene in NRW in der JVA Hövelhof.

Als eine weitere Facette der Versorgung in NRW gibt es eine Abteilung in dem Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg.

Ein Beispiel für eine gesonderte Einrichtung stellt das Gefängnis für ältere Straftäter in der JVA Singen in BW dar

In Hessen gibt es in der JVA Schwalmstadt mit dem Kornhaus eine Abteilung für ältere Gefangene.

Unsere Forderungen:

- ▶ Haftanstalten müssen alten- und behindertengerechte, sprich barrierefreie Abteilungen haben.
- ▶ Große Anstalten müssen personell so ausgestattet sein, dass eine Betreuung rund um die Uhr sichergestellt werden kann.
- ▶ Pflegemittel bis hin zu Pflegebetten müssen vorhanden sein.
- ▶ Über das Freizeitangebot muss nachgedacht werden.
- ▶ Für die Mitarbeiter im Strafvollzug und hier in erster Linie die Pflegekräfte und die Strafvollzugsbeamten wird deshalb ein Fach „Umgang mit älteren und behinderten Gefangenen“ sowie „Umgang mit Sterbenden“ im Rahmen ihrer Ausbildung gefordert.

Diskussion

- Die Differenzierung und Ausweitung des Unterbringungs- und Behandlungsangebotes bringt und hält mehr Menschen in Haft. Dies wird als die Kehrseite der adäquateren und menschlicheren Unterbringung und Behandlung angesehen.
- Der Gruppe stellt sich die Frage, ob es tatsächlich politischer Wille und Auftrag des Strafvollzuges ist, dass immer mehr ältere und kränkere Menschen in Haft kommen. Hier wird eine entsprechende politische Willenserklärung vermisst.
- Insbesondere die Frage nach dem Sinn und Zweck der Strafe bei pflegebedürftigen Menschen wird ohne abschließendes Ergebnis diskutiert.
- Entsprechend der Ausweitung der Unterbringungsmöglichkeiten ist eine geriatrische und/oder palliative Ausbildung des betroffenen medizinischen Personals zu fordern.
- Die Tatsache der zunehmend älteren Strafgefangenen muss in der Ausbildung allgemeinen Vollzugs- bzw. Betreuungspersonals Berücksichtigung finden. Hier sollten nicht nur Grundlagen psychischer Erkrankungen vermittelt werden sondern auch grundlegende Bedürfnisse älterer Menschen.
- Es wurde das Selbstbestimmungsrecht des Gefangenen in Hinblick auf das Lebensende diskutiert (eine Pflegeabteilung als Sterbeort für Gefangene wenn diese es wünschen? Umgang mit Patientenverfügungen; Umgang mit Gruppen wie „Exit“).
- Es wird diskutiert, dass die Arbeit in einer Pflegeabteilung aber auch in einer Lebensälteren-Abteilung sich im folgenden Spannungsfeld abspielt: Die Vollstreckungsbehörden möchten länger inhaftieren und weniger Straftäter entlassen.

Das Ministerium möchte eine möglichst geringe Zahl von Sterbefällen in der Justiz.

Die Mitarbeiter der genannten Einrichtungen möchten eine individuelle Betreuung des Inhaftierten Patienten insbesondere am Lebensende.

Ohne abschließendes Ergebnis wird diskutiert, dass in den medizinischen Diensten im Vergleich zur externen Medizin ein größerer Aufwand für juristisch absichernde Diagnostik betrieben wird, im geringeren Umfang auch auf Behandlungen zutreffend.

Die Lebensälterenabteilung der Justizvollzugsanstalt Detmold

Kerstin Höltkemeyer-Schwick

Zielsetzung

Die gesamtgesellschaftliche, demographische Entwicklung spiegelt sich auch im Strafvollzug wider. Die zunehmende Delinquenz auch älterer Mitbürger sowie eine veränderte, gerichtliche Verurteilungspraxis, die durch die Verhängung längerer Freiheitsstrafen und weniger Bewährungsanordnungen gekennzeichnet ist, offenbaren sich mittlerweile auch in der Belegungsstruktur des nordrhein-westfälischen Strafvollzuges.

Die Justizvollzugsanstalt Detmold reagiert mit der Abteilung für lebensältere Gefangene auf diese Veränderungen und gewährleistet eine auf diese speziellen Gefangenen zugeschnittene Unterbringung.

Zugangsvoraussetzungen

Bei der Zuweisung auf die Abteilung müssen bestimmte Voraussetzungen berücksichtigt werden.

Lebensalter

Für die Aufnahme auf die Abteilung für lebensältere Gefangene sollten die Gefangenen in der Regel das 62. Lebensjahr vollendet haben.

Sicherheitsaspekte

Obwohl bei lebensälteren Inhaftierten grundsätzlich eher von einem geringeren Risiko intramuraler Übergriffe ausgegangen werden kann, wird in der Vollzugskonferenz, unter Beteiligung des Vertreters der Abteilung Sicherheit und Ordnung, auch der Aspekt der möglichen Gefährdung von Mitgefangenen und Kollegen erörtert und entschieden.

Grundsätzlich werden auf dieser Abteilung nur lebensältere Strafgefangene aufgenommen, die gemeinschaftsfähig sind, bei denen von einem geringen Gewaltpotential ausgegangen wird und die nicht mit Sicherungsmaßnahmen belegt sind.

Physische und psychische Voraussetzungen

Obwohl eine enge Zusammenarbeit mit dem Krankenpflegedienst eine gute medizinische Versorgung gewährleistet, können Inhaftierte mit einem

ausgeprägten Pflegebedarf in dieser Abteilung nicht hinreichend versorgt werden. Eine Aufnahme kann deshalb bei pflegebedürftigen oder gesundheitlich schwer beeinträchtigten Gefangenen nur unter Beteiligung des medizinischen Dienstes erfolgen. Die Aufnahme psychiatrisch auffälliger älterer Inhaftierter (z.B. Demenzerkrankung oder Altersdepressionen) muss im Einzelfall und unter Beteiligung aller Dienste entschieden werden. Grundsätzlich ist aber festzuhalten, dass stark pflegebedürftige und psychisch auffällige ältere Gefangene in anderen Vollzugseinrichtungen besser versorgt werden können (Justizvollzugsrankenhaus Fröndenberg, Pflegeabteilung der Justizvollzugsanstalt Hövelhof). Mit diesen Einrichtungen bedarf es einer engen Vernetzung und gegenseitiger Kooperation.

Probleme älterer Menschen in Haft

Viele ältere Gefangene passen sich gut an die institutionellen Rahmenbedingungen der Haft an. Es gibt selten Konflikte mit dem Vollzugspersonal und die „Senioren“ werden als stabilisierend und beruhigend für das Anstaltsklima wahrgenommen. Altern bringt jedoch für jeden Menschen Schwierigkeiten mit sich, die bewältigt werden müssen.

Die Situation älterer Menschen in Haft unterscheidet sich allerdings erheblich von der Situation älterer Menschen in Freiheit. Dabei sind insbesondere zwei Probleme zu bewältigen: Zum Einen muss die Inhaftierung als Entwicklungsereignis bewältigt werden. Zum Anderen erschwert die Inhaftierung darüber hinaus die weitere Entwicklung, das „Altern“ an sich. In der Regel sind alte Menschen „nur“ mit den Restriktionen konfrontiert, die das Älterwerden mit sich bringt. Inhaftierte ältere Menschen müssen zusätzlich mit den Restriktionen des Strafvollzuges fertig werden. Die Lebenssituation des älteren Menschen ändert sich im Falle einer Inhaftierung drastisch. Angestrebte Selbstentwürfe und Lebensziele rücken möglicherweise in unerreichbare Ferne. Die Integration der Realität ins Selbstbild erfordert ein extrem hohes Maß an Flexibilität.

Der Freiheitsentzug bedeutet gerade für ältere Erstinhaftierte eine „biografische Katastrophe“. Als größtes Problem erweist sich jedoch zunehmend die Einschränkung der Perspektiven. Die Haft wird so vielfach als Ende des sozialen Lebens empfunden. Die erwarteten Reaktionen des sozialen Umfelds sowie das Gefühl von verlorener Zeit und die Sorge um die Gesundheit wirken zermürend. Daher benötigen ältere Menschen in Haft besonders auf sie angepasste Bedingungen:

- Altersgerechten Sport,
- Spezifische Gesundheitsfürsorge,
- Schutz vor jüngeren Gefangenen,
- Verständnisvolles Personal,
- Selbstständigkeitsfördernde Betreuung,
- Angemessene Beschäftigung,
- Seelsorgerische Angebote,
- Psychologische Angebote,
- Medizinische Angebote,
- Suchtberatung,
- Vernetzung mit anderen Institutionen und Personen,
- Soziale Kontakte,
- Angemessene Freizeitgestaltung,
- Spezielle Entlassungsvorbereitung.

Entlassungsvorbereitungen

Entlassungsvorbereitende Maßnahmen für lebensältere Gefangene im Strafvollzug sind sehr aufwendig, schwierig zu organisieren und durchzuführen.

Es ist von großer Bedeutung, dass eine ganzheitliche Betreuung, neben einer passenden Unterkunft auch die Kontaktpflege zu Angehörigen beinhaltet.

Sind keine tragfähigen Beziehungen mehr vorhanden und ist eine Unterbringung in einer Wohngemeinschaft oder in einem Heim notwendig, so ist es für die Zeit nach der Entlassung elementar wichtig, dass tragfähige, soziale Beziehungen neu geknüpft werden, damit der Mensch im Alltag bestehen kann und letztlich einen Lebensmittelpunkt hat. Dies soll anfänglich durch die Unterbringung in Gemeinschaftsräumen erleichtert werden.

Im Entlassungsfall wird es von besonderer Bedeutung sein, hinsichtlich der Kostenfrage rechtzeitig entsprechende Vorbereitungen zu treffen. Mit Vollendung des 65. Lebensjahres eines vor der Entlassung stehenden Gefangenen erhalten nämlich Häuser, die traditionell als Entlassungsadressen zur Verfügung stehen, vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) keine Kostenerstattung bzw. –beteiligung mehr.

Soweit dann auf Altersheime zurückgegriffen werden muss, stellt sich auch hier die Situation als besonders schwierig dar. Denn im Zuge der demographischen Entwicklung sind diese Häuser ohnehin schon überbelegt, und

Aufnahmen müssten sehr langfristig geplant werden. Es bedarf daher zum Beispiel einer Kontaktaufnahme mit der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG), die möglicherweise besondere Häuser für diesen Personenkreis anbieten kann.

Es wird mittel- und langfristig auch notwendig sein, eigene, neue Konzeptionen für die Haftentlassung Lebensälterer zu entwickeln und hier aus den gemachten Erfahrungen zu profitieren. Das Übergangsmanagement stellt bei lebensälteren Inhaftierten eine besondere Aufgabe dar.

Pflegeabteilung der Justizvollzugsanstalt Hövelhof

Dr. Martin Oberfeld

Geschichte des Gebäudes

Ehemaliges Landes-Tuberkulose-Krankenhaus; dann Tuberkulosekrankenhaus der Justiz; in den 90er Jahren Umbau zur Pflegeabteilung und Integration in die JVA Hövelhof.

Heutige Situation

Geschlossener Erwachsenenvollzug für Männer mit relativ niedrigem Sicherheitsstandard; 29 Betten in Ein- u. Zweibettzimmern auf 2 Stationen; barrierefreies Haus und Freizeiteinrichtungen mit 12 rollstuhlgerechten Zimmern; Mitversorgung aus der benachbarten offenen Jugendvollzugsanstalt (z.B. Mahlzeiten) und medizinische Versorgung Derselben durch die Pflegeabteilung rund um die Uhr.

Zuständigkeit und Klientel

Landesweite Zuständigkeit für Inhaftierte Männer, die körperlich, geistig und / oder psychisch für den Regelvollzug nicht geeignet sind aber nicht stationär im Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg behandelt werden müssen; somit alle Altersklassen (Altersdurchschnitt 58,3 Jahre), alle Behinderungen mit Pflegebedürftigkeit bis analog Pflegestufe II.

Angebote

Strukturierter Tagesablauf mit langen Aufschlusszeiten und zwei Freistunden pro Tag; pflegerische Dauerpräsenz; Arztpräsenz an vier Tagen in

der Woche; Sozialdienst, Psychologischer Dienst und Seelsorgerischer Dienst im Haus; Physiotherapieangebot dreimal pro Woche und Ergotherapieangebot zweimal pro Woche durch Externe; Mitbetreuung durch eine Diätassistentin der Jugendvollzugsanstalt, Mitbetreuung durch eine Neurologin/Psychiaterin einmal pro Woche aus einem Landeskrankenhaus; Mitbetreuung durch diverse externe Kräfte (z.B. Kochkurs; Friseurin, Fußpflegerin etc.); umfangreiche medizinisch-physikalische Behandlungsmöglichkeiten; sterbenskranke Patienten, die nicht haftentlassen werden wollen können bleiben und erfahren eine besondere Behandlung.

Anmeldeverfahren/Kooperationen

Landesweit bekanntes Anmeldeverfahren; Entscheidung über die Aufnahme in einer Hauskonferenz mit allen beteiligten Professionen; Kooperation z.B. mit der Lebensälterenabteilung der JVA Detmold und dem Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg.

Bekannte Defizite und Wünsche für die Zukunft

- ▶ Anbau mit einem gemeinschaftlichen Speisesaal (Mobilisierung insb. der älteren und beginnend dementen Patienten!).
- ▶ Räume für Beschäftigungsmöglichkeiten in Zusammenarbeit mit der Jugendstrafanstalt.
- ▶ Arbeitsräume für Externe.

Tabakprävention in Totalen Institutionen: Wie kann ein für alle Beteiligten akzeptabler Weg effektiver Tabakprävention gefunden werden ?

Dr. Catherine Ritter & Prof. Dr. Heino Stöver, Institut für Suchtforschung Frankfurt am Main

*„Die Möglichkeit, das Rauchen zu erlauben oder zu verbieten, gibt den Leitern der Gefängnisse das wirksamste Mittel in die Hand, ein Maximum an guten Willen im Gefangenen hochzuziehen, und mit dem Rauch der Zigarette mag ein Großteil der Wut und des Hasses, die sich in seiner Seele ansammeln, gefahrlos entweichen. Zudem schafft das Recht, zu rauchen, noch eine Art Verbindung zwischen dem Eingekerkerten und der Gesellschaft, die ihn ausgeschlossen hat; sein Verlangen, auch anderer Rechte, die sie vergibt, wieder teilhaftig zu werden, steigert sich, die Tendenz, Frieden mit ihr zu machen, wird in ihm gestärkt, kräftiger gewiß als durch frommen Zuspruch oder unbedingte Brutalität der Behandlung.“
(Alfred Polgar 1930er Jahre)*

Einführung

Nach einer kurzen Einführung über die Situation des Tabakgebrauchs in den Gefängnissen und die Vorstellung einer bundesweiten, vom Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland (BMG) unterstützten Studie, die im Jahre 2011 in deutschen Gefängnissen stattgefunden hat, wurde in dieser Arbeitsgruppe eine Nichtraucherstrategie mit den Teilnehmern diskutiert.

Die Arbeitsgruppe war mit sieben hoch interessierten Teilnehmern zum Thema Tabakgebrauch in Gefängnissen besetzt. Alle sind in ihren täglichen Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten in Haftanstalten mit Tabakgebrauch sowohl von Bediensteten als auch von Gefangenen konfrontiert, und haben von den Erfahrungen der anderen Teilnehmern gelernt. Das zeigte das Bedürfnis nach spezifischen Hilfsmitteln, um die Tabakkontrolle in geschlossenen Anstalten durchzuführen, was wir mit der vorgestellten Strategie versuchen zu ermöglichen.

Die Nichtraucherstrategie fußt im Wesentlichen auf den Ergebnissen der oben genannten Studie, international gültige Rahmenbedingungen für den Nichtraucherschutz (WHO und FCTC) und Forschungsbefunde. Die Ziele dieser Strategie bestehen darin, das Leben und Arbeiten von Gefangenen und Bediensteten unter gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen zu verbessern, insbesondere:

- die Passivrauchaussetzung zu verringern,
- Versuche, das Rauchen zu reduzieren oder zu beenden, zu unterstützen,
- die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdiensten und Anstaltsleitungen zu optimieren.

Diese sehr hilfreichen Anmerkungen aus der Praxis sind dann in eine neuere Fassung der Strategie eingeflossen. Die endgültige Version befindet sich am Ende dieses Dokument.

Tabakgebrauch in Gefängnissen und Vorstellung der Nichtraucherstrategie

WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC (2011):

“If current trends continue, by 2030 tobacco will kill more than 8 million people worldwide each year, with 80% of these premature deaths among people living in low- and middle-income countries.”

9 Millionen Personen sind weltweit inhaftiert. In Deutschland sind gegenwärtig 70.000 Menschen inhaftiert: Darunter befinden sich geschätzt etwa 44.800-63.000 Raucher/innen.

Prävalenz Tabakrauch

- Inhaftierte (Europa): **Männer**: ≈ 80% (Daten aus Frankreich, Litauen, Polen, Griechenland, England, Schweiz). In Deutschland, geschätzte Daten : (JM) 85%

Frauen: 66% bei Schwangeren in England (Knight & Plugge 2006); 60-80% (Frankreich, Litauen, Polen, England, Schweiz).

Die Mehrheit der Inhaftierten raucht, wobei in der Außenwelt Raucher zur Minderheit gehören.

- Bedienstete: 40% in Canada (Guyon 2010), 26-55% in der Schweiz (Etter & Ritter im Druck).

Gründe

- Im Gefängnis konzentrieren sich vulnerable Gruppen, die auch überproportional häufig Raucher sind: Psychiatrische Patienten; DrogenkonsumentInnen; soziales Prekariat;
- Es existieren keine bzw. wenig Tabakrauch-, Präventions- oder Entwöhnungsprogramme;
- Tabak besitzt eine spezifische Rolle in Haft: z.B. Langeweile, Stress, Suchtverlagerung, Genuss, Währung (Cropsey, Stöver, Mc Askill, Richmond; Baybutt, Ritter, Stöver 2012).

Regelungen

- « Partial ban »: Rauchverbot in Gemeinschaftsräumen. Rauchen wird draußen und in den Zellen, die als Privaträume gelten (Europa, Deutschland auch, vom Nichtraucherschutzgesetz her), gestattet.
- « Total ban »: Rauchverbot überall auf dem gesamten JVA-Gelände, erzwungener Rauchstopp bei der Inhaftierung, mit oder ohne Nikotinersatz (USA; Australien; Neuseeland, England).

Strategien zur Tabakkontrolle

- Wenig verbreitet, unvollständig (nur die Regelung), nicht in der Landes-Nichtraucherschutz-Politik enthalten.
- Gutes Beispiel Australien (Queensland): Häftlinge und Bedienstete werden berücksichtigt; Erziehung, Information und Aufklärung; Raucherentwöhnungsunterstützung, Nikotinersatztherapie (Queensland Corrective Services); Quit line.
- Belohnung: mehr Früchte und Sport (England, Polen).

Diskussionsergebnisse des workshops: Vorschläge für eine Tabakkontroll-Strategie

- Eine Strategie definieren, beschreiben, und kommunizieren;
- Tabakpräventionsstrategie mit anderen Suchtbehandlungen zusammen diskutieren;
- Die Kollaboration mit Nichtraucherschutz-Netzwerken organisieren, z.B. Netzwerk Rauchfreie Krankenhäuser;
- Tabakentwöhnung in die Suchtkrankenbehandlung einschließen;
- Evaluation durchführen, mit Hilfe von und der Kollaboration mit Netzwerken.

Fortbildung

- Gesundheitsfachleute
- Personalrat
- « Tabakrauch » - Angestellte
- Jedes Bundesland hat ein eigenes Fortbildungszentrum, in dem Tabakprävention/-kontrolle/-entwöhnung zum Thema gemacht werden kann.

Regelungen

- Keine Raucherräume oder Rauchkabinen
- Raucher und Nichtraucher werden von Haftbeginn an in getrennten Zellen untergebracht
- Arbeitsbereiche sind rauchfrei.

Vernetzung

- Unterstützungsbedarf:
 - Vernetzung zwischen JVA's und Tabakpräventionskreisen verstärken, damit die Informationen, Aufklärung und Kurse auch in den JVA's vorhanden sind;
 - Ein Netzwerk „Weniger Rauch in Gefängnissen“ ist erforderlich;
 - Ein Netzwerk „Rauchfreie Justizvollzugskrankenhäuser“.

RaucherInnen

- Kontrolliertes Rauchen, Schadensminderung;
- Rauchstopp: Raucherentwöhnungsprogramme systematisch und kostenfrei bereit stellen. Der „kalte Entzug“ bei Entwöhnung ist prinzipiell ausgeschlossen (außer bei eigenem Willen).

Bedienstete

- Die Zigarettenautomaten entfernen;
- Den Bediensteten das Rauchen nur während der Arbeitspausen gestatten und nur im Freien (keine Raucherräume oder Rauchkabinen);
- Gefangene bitten, in der Anwesenheit von Nichtrauchern (Gefangenen und Bediensteten) nicht zu rauchen, auch während der Gespräche im Haftraum.
- Rauchstopp.

Schlussfolgerungen

Eine Reihe von weiteren Maßnahmen sind nötig um den Tabakrauch bei Bediensteten und Gefangenen zu vermindern: Regelungen, Tabakentwöhnungs(-Reduktions) - Programme, Schulungen, Trainings. Die Gefängnisse brauchen professionelle Unterstützungen und Vernetzung mit Fachleuten. Diese vielfältigen Aspekte bilden die Grundlage der nachfolgend aufgeführten Strategie.

Nichtraucherschutz-Strategie in Justizvollzugsanstalten

Ziele

Die Ziele dieser Strategie bestehen darin, das Leben und Arbeiten von Gefangenen und Bediensteten unter gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen zu verbessern, insbesondere:

- Passivrauch-Aussetzung zu verringern;
- Rauchstopp/-einschränkungen zu unterstützen;
- Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdiensten und Anstaltsleitungen zu optimieren.

Einleitung

Die vorliegende Nichtraucherschutzstrategie ergibt sich aus den Ergebnissen einer vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützten Studie in deutschen Gefängnissen⁵⁹, internationaler Rahmenbedingungen für den Nichtraucherschutz (WHO und FCTC), und besonderen Charakteristika der Gefangenen und deren Umgebungen, die sowohl in der Literatur wie in der Forschung erhoben wurden. Ferner wurde der Strategieentwurf mit PraktikerInnen aus dem Justizvollzug diskutiert und überprüft.

Die Strategie richtet sich sowohl an Gefangene als auch an Bedienstete.

Sie besteht aus 6 Modulen:

1. Allgemeine Prinzipien der Strategie
2. Regelungen zum Nichtraucherschutz
3. Gesundheitsaufklärung und Fortbildungen
4. Individuelle Hilfen zum Rauchstopp oder -einschränkung

⁵⁹ Zuwendung des Bundes aus Kapitel 15 02 Titel 684 69 in den Haushaltsjahren 2010 und 2011

5. Netzwerken mit Einrichtungen der Tabakprävention
6. Checkliste.

1. Allgemeine Prinzipien der Strategie

Das Konzept orientiert sich an folgenden Prinzipien:

- Rauchen ist nur in bestimmten Zonen möglich für einen effizienten Nichtraucherenschutz im Rahmen des Landes-Nichtraucherschutzgesetzes. Der Haftraum ist als privater Lebensbereich anzuerkennen. Rauchen kann nicht zulässig sein, wenn mehrere Personen sich in ein und demselben Raum befinden und unter ihnen auch Nichtraucher sind (Breitkopf Helmut & Stollmann Frank, 2010).
- Isolierte Maßnahmen sind ungenügend. Zum Beispiel therapeutische Angebote, ohne Umgebungsvariablen in Betracht zu ziehen. Oder Regelungen zum Nichtraucherenschutz allein - sie müssen durch zielgruppenspezifische und lebensweltnahe Therapie- und Beratungsangebote, Netzwerke und Personalausbildung ergänzt werden.
- Effektiver Nichtraucherenschutz schließt eine Palette von Maßnahmen ein, um einen Rahmen zu schaffen, in dem das Rauchen nicht geduldet wird, in dem RaucherInnen aber auch nicht diskriminiert, oder strengeren Regelungen als in der allgemeinen Gesellschaft ausgesetzt werden.
- Soweit wie möglich sollten die Nichtraucherchutzregelungen und -angebote denen in Freiheit entsprechen. Dies ermöglicht eine breite Akzeptanz aller Akteure und bereitet die Gefangenen nach Entlassung auf die Veränderungen in der allgemeinen Gesellschaft vor, die während ihrer Inhaftierung stattgefunden haben. Insofern sind Bemühungen zur Akzeptanz des Nichtraucherenschutzes auch als Teil einer gesellschaftlichen Wiedereingliederung zu verstehen.
- Personen die in der Anstalt als „Gesundheits-Verantwortliche“ bestimmt oder beauftragt sind, sollten die Möglichkeit haben, sich auszubilden, damit sie das gesamte Nichtraucherchutzkonzept umsetzen, und die Beratungs- und Therapieangebote sowohl für Gefangene als auch für Bedienstete weiter entwickeln können.
- Tabakprävention ist als Teil von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu betrachten und anzugehen. Tabakprävention ist eine Querschnittsaufgabe

und erfordert abgestimmte Vorgehensweisen und klar definierte Verantwortlichkeiten zwischen Gesundheitsdiensten, Personalrat, Gefangenvertretung und Anstaltsleitung.

- Tabak wird häufig mit anderen Substanzen konsumiert. Tabakkontrolle in der Anstalt sollte also Teil des umfassenden Suchtkonzeptes sein.
- Kampagnen, die in der allgemeinen Gesellschaft organisiert werden, können auch in den Anstalten durchgeführt werden, insbesondere Aktionen zum 31. Mai (Welt Nichtrauchertag, siehe Website http://www.rauchfrei-am-arbeitsplatz.de/index.php?article_id=105), als Anlass für eine einwöchige Kampagne vor oder nach diesem Datum, in der das Rauchen in den Mittelpunkt der anstaltlichen Aufmerksamkeit gerückt wird.

2. Regelungen zum Nichtraucherschutz

- Die Hausordnungen sollten auf den Nichtraucherschutz hin überprüft werden.
- NichtraucherInnen sollten keinen Hofraum mit RaucherInnen teilen müssen. Es ist darauf hinzuwirken Nichtraucher-Flure einzurichten, die ausdrücklich Hofräume auch für Nichtraucher bei der Aufnahme vorbehalten.
- Die Regelungen auf den Arbeitsstellen sollten vereinheitlicht werden, besonders für die Pausen. Arbeitsbereiche und Toiletten sollten rauchfrei sein, gemäß den Regelungen in der allgemeinen Gesellschaft.

3. Gesundheitsaufklärung und Fortbildungen

Information über Tabakprodukte, Rauchstopp oder -einschränkungen sowie Unterstützungsmaterialien sollten verfügbar sein.

- Link zur Bestellung: <http://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/>

Insbesondere:

Faltblatt "Die Sucht und Ihre Stoffe - Nikotin" (Bestellnummer: 34008002) : <http://www.bzga.de/infomaterialien/?sid=-1&idx=976>

- *Rauchfreistartpaket:* <http://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/rauchfrei-startpaket/> (sind mit Begründung auch in größeren Stückzahlen zu bestellen)
- <http://www.rauchfrei-info.de/>

Jedes Bundesland bietet Aus- und Fortbildungen für Bedienstete im Justizvollzug an. Das Thema „Tabakrauchen“ wird leider noch zu wenig angesprochen. Deshalb müssen sich interessierte Bedienstete und Gesundheitsfachleute selbst Fortbildungen suchen. Informationen befinden sich auf der website rauchfrei + <http://www.dnrkf.de/das-netzwerk/>

4. Individuelle Hilfen zum Rauchstopp oder –einschränkung

Gefangene:

Bei den Gefangenen sollte das Thema Rauchen/Nichtrauchen in allen Stadien der Inhaftierung zwischen Zugangsuntersuchung und Entlassung regelmäßig angesprochen und eine Statusabfrage (RaucherIn oder Nicht-raucherIn) vorgenommen werden.

Unterstützungen und Hilfen zum Rauchstopp/-einschränkungen sollten angeboten werden. Weitere Details der Unterstützung sollten je nach Konzept und Ressourcen der Anstalten entwickelt und angeboten werden (z.B. kostenfreie Abgabe oder Abgabe mit Eigenanteil bei medikamentöser Unterstützung).

Bedienstete:

- Die Nichtraucherchutzregelung sollte bei der Einstellung von Bediensteten mitgeteilt werden. Sie sollte im Leitbild der Anstalt verankert werden.
- Im Allgemeinen sollten Bedienstete nicht mit Gefangenen zusammen rauchen - insbesondere nicht in den Hafträumen der Gefangenen (Vorbildcharakter, falsche Solidarisierung, Achtung des Privatbereichs der Gefangenen, kein Ausweichen nach Auflösung von Raucherräumen).
- Zur Situation in den Hafträumen:
 - Für Gespräche zwischen Gefangenen und Bediensteten sollten andere Räume als Hafträume genutzt werden, wenn es sich um einen Haftraum handelt, in dem geraucht wird (Breitkopf & Stollmann, 2010).
 - Die Räume sollten vor Zellenrevisionen und anderen dienstlichen Angelegenheiten gründlich gelüftet werden, und die Gefangenen sollten

aus Rücksichtnahme gebeten werden, während der Anwesenheit der Bediensteten nicht zu rauchen (siehe Beispiel in Irland; NPS, 2007).

- Die Motivation zur Tabakreduktion/-entwöhnung bei Bediensteten sollte regelmäßig überprüft werden. Weniger rauchen oder Nichtrauchen auf dem Arbeitsplatz fördern rauchfreie Wohnungen zu Hause, was die Familien weiter schützt, und die Tabakentwöhnung im Allgemeinen stärkt. Damit die Arbeitsumgebung das Rauchverhalten nicht weiter fördert, sollte es keine Raucherräume geben, und das Rauchen nur im Freien und während der Arbeitspausen gestattet sein. Es ist aber grundsätzlich rechtlich gestattet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008).
- Raucherentwöhnungskurse sollten den Bediensteten von einer dafür ausgebildeten Person angeboten werden.
- Ein System von Gratifikationen könnte für die Bediensteten entwickelt werden, um einen Anreiz für das Nichtrauchen zu schaffen (z.B. einen halben Tag Urlaub mehr für nichtrauchende Bedienstete).

Weitere Informationen befinden sich im Dokument der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008) und auf den beiden websites: <http://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/> und <http://www.anbieter-raucherberatung.de/>

5. Netzwerken mit Einrichtungen der Tabakprävention

Es sollten Kooperationen mit kompetenten und spezialisierten Institutionen zur Rauchstoppentwöhnung/-einschränkung auf kommunaler oder Landesebene hergestellt werden. Dies ist wichtig für Angebote von Materialien, Fortbildungen (für besonders vulnerable Gruppen, z.B. Jugendliche) und bestimmte Einrichtungen wie Justizvollzugskrankenhäuser, für welche das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen hilfreich sein kann (DNRFK <http://www.dnrfk.de/>).

6. Check-Liste

Diese Check-Liste dient der Überprüfung der Praxis des Nichtraucher-schutzes in den Anstalten. Sie soll Klarheit darüber schaffen, welche Punkte der o.g. Strategie bereits erreicht wurden und welche noch mehr Aufmerksamkeit benötigen.

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit „Nein“ beantwortet haben, dann empfehlen wir Ihnen diese besonderen Aspekte weiter zu überprüfen (siehe Literatur am Ende).

a. Fragen zum Nichtraucherchutz der Gefangenen

Regelungen zum Nichtraucherchutz

Besprechen wir den Nichtraucherchutz für Gefangene gemeinsam mit dem medizinischen Dienst Ja Nein

Besprechen wir den Nichtraucherchutz für Gefangene gemeinsam mit der Gefangenenvertretung Ja Nein

Gibt es eine zuständige Person für den Nichtraucherchutz oder Gesundheitsförderung Ja Nein

Suchen wir professionelle Hilfe bei der Optimierung des Nichtraucherschutzes bspw. aus dem Netz für den Nichtraucherchutz Ja Nein

Haben wir eine Nichtraucherchutzregelung Ja Nein

Wird unsere Nichtraucherchutzregelung eingehalten Ja Nein

Haben die nichtrauchenden Gefangenen systematischen, schnellen Zugang zu einer Nichtraucherzelle Ja Nein

Sind die Arbeitsbereiche rauchfrei Ja Nein

Sind die Toiletten rauchfrei Ja Nein

Sind die Pausenräume rauchfrei Ja Nein

Gesundheitsaufklärung

Sind uns Bestelladressen für Informationen zur Tabakprävention bekannt Ja Nein

Werden Informationen zur Tabakprävention regelmäßig und pro-aktiv verteilt Ja Nein

Sind Gefangene als weitere Vermittler von Informationen/Material einbezogen Ja Nein

Fortbildung

Ist das Personal (Gesundheit, Betreuung oder Vollzug) für Gesundheitsaufklärung zum Thema Tabak ausgebildet Ja Nein

Ist das Gesundheitspersonal für Tabakentwöhnung oder -einschränkung ausgebildet Ja Nein

Ist die zuständige Person für den Nichtraucherchutz ausgebildet Ja Nein

Individuelle Hilfen zum Rauchstopp oder -einschränkung

Ist der Zugang zum Rauchstopp oder -einschränkung einfach? Ja Nein

Werden die Gefangenen regelmäßig zum Rauchstopp oder Einschränkung angesprochen Ja Nein

b. Fragen zum Nichtraucherchutz für Bedienstete

Regelungen zum Nichtraucherchutz

Besprechen wir den Nichtraucherchutz für Bedienstete gemeinsam mit dem medizinischen Dienst Ja Nein

Besprechen wir den Nichtraucherchutz für Bedienstete gemeinsam mit dem Personalrat Ja Nein

Gibt es eine zuständige Person für den Nichtraucherchutz Ja Nein

Suchen wir professionelle Hilfe bei der Optimierung des Nichtraucherschutzes bspw. aus dem Netz für den Nichtraucherchutz Ja Nein

Wird unsere Nichtraucherchutzregelung eingehalten Ja Nein

Sind die Bediensteten vor dem Passivrauch außerhalb des Haftraums geschützt Ja Nein

Ist der Zugang zu Rauchprodukten auf dem Arbeitsplatz unmöglich Ja Nein

Dürfen die Bediensteten nur draußen im Freien rauchen

Ja Nein

Dürfen die Bediensteten nur während den Pausen rauchen

Ja Nein

Gesundheitsaufklärung

Sind uns die Bestelladressen für Informationen zur Tabakprävention bekannt

Ja Nein

Sind Informationen zur Tabakprävention regelmäßig und pro-aktiv verteilt

Ja Nein

Fortbildung

Wird das Thema Tabak in den Fortbildungen angesprochen

Ja Nein

Die zuständige Person für den Nichtraucherchutz ist ausgebildet

Ja Nein

Individuelle Hilfe zum Rauchstopp oder -einschränkung

Ist der Zugang zur Unterstützung des Wunsches nach Rauchstopp oder -einschränkung einfach

Ja Nein

Werden die Bedienstete regelmäßig zum Rauchstopp oder Einschränkung angesprochen

Ja Nein

Literatur

Baybutt, M., Ritter, C., Stöver, H. (2012): Tobacco use in prison settings: A need for policy implementation. In: WHO (ed.) Health in prison guide. 2nd edition (in press)

Breitkopf Helmut, & Stollmann Frank. (2010). Nichtrauchererschutzrecht (2. Auflage ed.): Kommunal- und Schul-Verlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2008). Rauchfrei am Arbeitsplatz - Informationen für Rauchende und Nichtraucher. Rauchfrei am Arbeitsplatz - Ein Leitfaden für Betriebe

<http://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/>

NIPS. (2007). Smoking Policy. Belfast, Northern Ireland Prison Service (NIPS). Retrieved 14th 2010 April from

<http://www.niprisonservice.gov.uk/module.cfm/opt/2015/area/Publications/page/publications/archive/true/year/2009/month/2013/cid/2010/cid/2019>.

Ritter Catherine, Tabakgebrauch und Kontrolle in Gefängnissen: eine Literatur Review, Geleitwort von Heino Stöver, BIS Verlag, http://www-a.ibit.uni-oldenburg.de/bisverlag_shop/series/

WHO (Producer). (2009, 7. January 2011) WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL Guidelines for implementation

Article 5.3; Article 8; Article 11; Article 13.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598224_eng.pdf

Bruch der ärztlichen Schweigepflicht und Infektionskrankheiten: Ihre psychosozialen (Aus-) Wirkungen auf Mitarbeiter/innen der Justizvollzugsanstalten und Inhaftierte

Bärbel Knorr (DAH), Magdalena Kramer (JVA Duisburg), Rüdiger Wächter (AIDS-Hilfe Duisburg)

In Nordrhein-Westfalen (NRW) galt bis Mitte Januar 2012 eine Regelung zum „Zwangsoouting“ HIV-positiver Gefangener gegenüber ihren Mitgefangenen, wenn sie mit diesen einen „Umschluss“ praktizieren wollten (stundenweise Aufenthalt in der Zelle des anderen Gefangenen zur gemeinsamen Freizeitgestaltung). Diese Regelung stammte noch aus den 80er Jahren, als es noch viel Unsicherheit im Umgang mit HIV und HIV-positiven Menschen gab. Diese Praxis wurde im letzten Jahr lebhaft diskutiert und von den Aidshilfen in NRW kritisiert. In diesem Zusammenhang stellte sich natürlich auch die Frage, wie denn die Bediensteten wissen können, wer infiziert ist und wer nicht, um die o.g. Regelung überhaupt durchzusetzen. Es zeigte sich, dass in einigen Justizvollzugsanstalten entsprechende Vermerke im EDV-System gespeichert sind, die für alle MitarbeiterInnen einsehbar sind. Für die DAH stellte sich dieser Umstand als „Bruch der ärztlichen Schweigepflicht“ dar, da ihrer Ansicht nach die Gefangenen vorab nicht aufgeklärt werden, dass ihre gesundheitsbezogenen Daten über Infektionskrankheiten nicht beim Medizinischen Dienst der JVA verbleiben, sondern den Bediensteten der JVA zugänglich gemacht werden. Die DAH schrieb im Februar 2011 alle Datenschutzbeauftragten der Bundesländer an und fragte sie nach der Praxis in ihrem Bundesland.

Baden-Württemberg

- Arzt informiert Anstaltsleiter
- Anstaltsleiter informiert Bedienstete
- EDV-Programm enthält Warnhinweise über „infektiöse Erkrankung“
- Warnhinweis auf Gefangenenpersonalakte und ggf. Transportschein

Bayern

- Arzt informiert Anstaltsleiter

- Anstaltsleiter informiert „ausgewählte“ Bedienstete
- EDV-Programm enthält Warnhinweise über „infektiöse Erkrankung“ (darunter seien aber auch andere Infektionskrankheiten zu finden).

Berlin

- Daten bleiben beim Medizinischen Dienst, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
- Umschluss findet mit anderen Gefangenen statt.

Brandenburg:

Keine Rückmeldung

Bremen

- Keine Unterrichtung der Bediensteten über Krankheiten der Gefangenen.
- *Keine Einträge* im EDV-System (Blutkontakt vermeiden etc.)

Hamburg

- Kürzel „Blutkontakt vermeiden“ wurde bis 2007 benutzt.
- Vermerk jetzt ausschließlich in Gesundheitsakte;
- „Ausnahmen“: Offenbarung gegenüber der Anstaltsleitung, z.B. bei „bekennenden Homosexuellen“

Hessen

- Kürzel „Blutkontakt vermeiden“ wird im EDV-Programm gespeichert und ist für die Bediensteten einzusehen. Kürzel steht aber auch für andere Infektionskrankheiten.
- Regelung in fast allen Haftanstalten;
- Ausnahme nur bei Gefangenen, die nur wenige Tage in der JVA sind.

Mecklenburg-Vorpommern

Verwenden das Kürzel „Blutkontakt vermeiden“ seit Februar 2012 nicht mehr.

Niedersachsen

Verwendeten Kürzel „Blutkontakt vermeiden“ wollen dies aber zukünftig unterlassen (Stand Mai 2011).

Nordrhein-Westfalen

- Neuregelung im Januar 2012 im Rechtsausschuss beschlossen! Abschaffung der Offenlegung gegenüber Bediensteten und Gefangenen.

Bis dahin:

- Es besteht ggf. sogar die Pflicht zur Offenbarung der Gesundheitsdaten gegenüber dem Anstaltsleiter;
- Anstaltsleiter wägt ab, wer Daten erhält;
- Umschluss nur bei vorheriger schriftlicher Bestätigung der Mitgefangenen, dass sie über Infektion Kenntnis haben.

Rheinland-Pfalz

Verwenden das Kürzel „Blutkontakt vermeiden“ nicht mehr. Es wurden alle Justizvollzugsanstalten daran erinnert eine solche Praxis nicht zu betreiben (Stand August 2011).

Saarland

- Umgang ist in der Verfügung vom 20.11.1992 geregelt.
- Bedienstete erhalten grundsätzlich keine Kenntnis.
- Anstaltsarzt teilt Anstaltsleitung ggf. Infektion mit.

Sachsen

- Bedienstete werden „grundsätzlich“ nicht über HIV-Infektion unterrichtet.
- In einigen JVAen dann doch. Kürzel wird verwendet „Blutkontakt vermeiden“, wenn „Verdachtsmomente“ vorliegen;
- Dann: Eintragung auf „Wahrnehmungsbogen“ der Gefangenenakte und
- Eintrag im EDV-System.

Sachsen-Anhalt

Verwenden das Kürzel seit 2009 nicht mehr, da keine medizinischen Gründe für den Vermerk stehen.

Schleswig-Holstein:

Im Einzelfall Meldung an Anstaltsleitung.

Thüringen

- Verwenden Kürzel „Blutkontakt vermeiden“.
- Alle Bediensteten erhalten Kenntnis.
- Information über Anstaltsleiter an Bediensteten.

Zusammenfassung der Befragung

Keine Datenweitergabe:

- Berlin
- Bremen
- Rheinland-Pfalz
- Sachsen-Anhalt
- Niedersachsen (seit Mai 2011)
- Nordrhein-Westfalen (seit Januar 2012)
- Mecklenburg-Vorpommern (seit Februar 2012)

Eigentlich keine Datenweitergabe:

- Hamburg (fraglicher Umgang bei Homosexuellen)
- Saarland (eigentlich seit 1992 keine Informationsweitergabe, aber Ausnahmen)

Anstaltsarzt informiert Anstaltsleitung...

- Sachsen (im nicht näher definierten Einzelfall, dann auch im EDV-System und auf der Gefangenenakte/ „infektiös“)
- Schleswig-Holstein (im nicht näher definierten Einzelfall)

Anstaltsarzt informiert Anstaltsleitung... und Eintrag im EDV-System

- Bayern
- Baden-Württemberg
- Hessen
- Thüringen

Infektionskrankheiten – ihre psychosoziale (Aus-) Wirkungen auf Mitarbeiter/innen und Inhaftierte der Justizvollzugsanstalten

Magdalena Kramer, JVA Duisburg Hamborn; Rüdiger Wächter, AIDS-Hilfe Duisburg

Einführung

Ziel dieses Workshops war die Erarbeitung eines Handlungsplanes zur Reduzierung von angstbesetzten und mit unter tabuisierten Haltungen und Wahrnehmungen im Umgang mit Infektionskrankheiten in Haft.

Bei den Infektionskrankheiten, die in Haft vorkommen, weist Hepatitis C (etwa im Vergleich zu HIV) eine erheblich höhere Prävalenz auf. Dennoch haben Bedienstete wie auch Inhaftierte bezüglich eines möglichen Infektionsrisikos mit Hepatitis C keine oder geringe (Berührungs-) Ängste. HIV dagegen, welches beim Drogenkonsum wesentlich seltener zu einer Übertragung im Vergleich zu Hepatitiden führt (s. Gefängnismedizin, Keppler/Stöver, S. 165 fortlaufend, Thieme 2009), wird in Haft anders wahrgenommen. Diese ambivalenten Verhaltensmuster, die auf Grund langjähriger Präventionsarbeit belegt werden kann, sollte im Rahmen dieses Workshops thematisiert werden.

Um eine gut funktionierende HIV-Präventionsarbeit in Haft umsetzen zu können, ist es notwendig, neben der Wissensvermittlung zu Übertragungsmöglichkeiten, den Focus verstärkt auf die psychosozialen Auswirkungen der Infektionskrankheit HIV auf die Zielgruppe "MitarbeiterInnen und Inhaftierte" zu richten.

1. Die Prävalenz von Infektionskrankheiten in Haft
2. Umgang mit Infektionskrankheiten in Haft
3. Verhaltenstherapeutisches Lernmodell als möglicher Erklärungsansatz
4. Beispiele
5. Diskussion und Ideensammlung
6. Erarbeitung eines Handlungsplanes
7. Quellen.

1. Die Prävalenz von Infektionskrankheiten in Haft

Gemäß zweier Studien von 2004 und 2005 tritt in Haft HIV mit einer Prävalenz von 1-2,4% auf (Prävalenz in der Gesamtbevölkerung 0,2-0,3%).

Hepatitis C hat eine Prävalenz von 6,9-9,5% (Prävalenz in der Gesamtbevölkerung 0,6-0,9%).

2. Umgang mit Infektionskrankheiten in Haft

Bei den Infektionskrankheiten, die in Haft vorkommen, weist Hepatitis C (etwa im Vergleich zu HIV) eine erheblich höhere Prävalenz auf. Dennoch haben Bedienstete wie auch Inhaftierte keine oder geringe Berührungängste hinsichtlich eines möglichen Infektionsrisikos. HIV dagegen, welches beim Drogenkonsum wesentlich seltener zu einer Übertragung im Vergleich zu Hepatiden führt, wird in Haft anders wahrgenommen. Diese ambivalenten Verhaltensmuster, die aufgrund langjähriger Präventionsarbeit belegt werden können, sollen im Rahmen des Workshops thematisiert werden.

Um eine gut funktionierende HIV-Präventionsarbeit in Haft umsetzen zu können, ist es notwendig, neben der Wissensvermittlung zu Übertragungsmöglichkeiten, den Fokus verstärkt auf die psychosozialen Auswirkungen der Infektionskrankheit HIV auf die Zielgruppen "MitarbeiterInnen und Inhaftierte" zu richten. Zur Notwendigkeit der Präventionsarbeit siehe: "Entwurf Weiterentwicklung der HIV/AIDS-Prävention in NRW", Seite 10 ff, Juli 2011.

3. Das SORKC-Modell

Das SORKC-Modell ist eine schematische Darstellung, die Verhaltenstherapeuten für die Diagnose von bestimmten Verhaltensmustern benutzen.

Wenn das Verhalten eines Menschen nicht mehr angemessen ist, können die „aufrecht erhaltenden Bedingungen“, also die Items, die das Verhalten positiv verstärken, anhand des SORKC-Modelles eindeutig herausgearbeitet werden. Für die Diagnose sind die Konsequenzen, die für eine Verstärkung stehen (C+ und C-) wichtig. Davon müssen mindestens vier in einem SORKC-Modell auftauchen, damit ein Verhalten als stabil bzw. unveränderlich gelten kann.

Die AIDS-Hilfen arbeiten seit Jahren an der Akzeptanz von und gegen Vorurteile gegenüber Menschen mit HIV. Trotz kognitiven Wissensvermittlungen (was bedeutet HIV, wie sind die Übertragungswege etc.) hat sich in dem Verhalten einiger Menschen, denen die HIV-Infektion bekannt wird, kaum etwas verändert (Ängste, Ablehnung, nicht nachvollziehbare

Reaktionen und Beschlüsse [wie z.B. der Umgang unterschiedlichster Justizministerien mit HIV-positiven Menschen in Haft] etc.). Um dieses Verhalten zu verstehen, ist das SORKC-Modell ein nützliches Modell, um die unterschiedlichen Muster sowie die somatischen und psychischen Anteile, die zu dem aufrechterhaltenden Verhalten beitragen zu analysieren und die daraus folgenden Konsequenzen zu ziehen.

SORKC:

S steht für Stimulus oder Situation

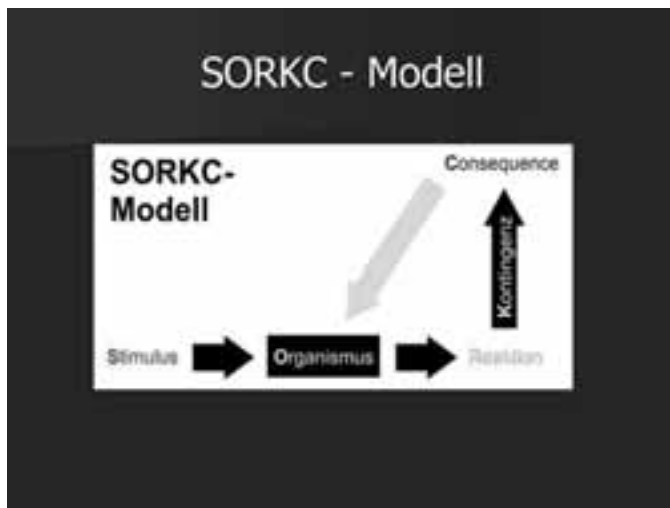
O steht für Organismus bzw. die individuelle Komponente

R steht für Reaktion. Wird unterteilt in emotionale R, motorische R (zu sehende körperliche Veränderungen), kognitive R, physiologische R (nicht sichtbare körperliche Reaktionen).

K steht für Kontingenz, den zeitlichen Zusammenhang.

C steht für Konsequenz, die aufgeteilt wird un C+ (direkte Belohnung), C+ / (Wegnehmen von etwas), C- (direkte Bestrafung) und C-/ (negative Situationen werden entfernt). Zeitlich werden diese Konsequenzen noch in kurz-, mittel- und langfristige unterteilt.

Für die Verhaltenstherapie sind die Konsequenzen C* und C-/ von Bedeutung, da diese für „aufrechterhaltende Bedingung“ verantwortlich sind.



4.1 Beispiel anhand einer Situation in Haft

Situation:

Ein Insasse erfährt von seinem Zimergenossen, dass dieser HIV-positiv ist.

O (Organismus / die individuelle Komponente und überdauernde Muster) des Zellenkollegen.

- ▶ Nähe-Distanz-Problem
- ▶ Intelligenzminderung
- ▶ "Oberplan" Angst vor Krankheit
- ▶ Defizitäres Selbstwirklichkeitserleben
- ▶ Massenhysterie in den 80er Jahren verinnerlicht

R (Reaktion)

- ▶ Emotional: Angst, Hilflosigkeit;
- ▶ Motorisch: Schweiß an den Händen und Achseln, Pupillenerweiterung, kurzes Zucken der Arme;
- ▶ Kognitiv: Hat der mich infiziert?, Hab ich das jetzt auch?, " Ach verdammt, jetzt muss ich mir immer Gedanken machen", Fluchtgedanken;
- ▶ Physiologisch: Anspannung der Muskeln, Herzrasen.

K (Kontingenz)

- ▶ Sekundärfenster

C - C+ (Konsequenz) - *kurzfristig*

(direkte Belohnung)

- ▶ Unsicherheit des HIV Positiven, die Stellung des anderen wird verbessert;
- ▶ Machtgefühl.

C-/ (schlechte Situationen werden entfernt)

- ▶ Vermeidung des Kontaktes zu Mithäftlingen;
- ▶ Aufbau einer innerlichen Distanz (bei Nähe-Distanz-Problemen).

C - C+ (Konsequenz) - *langfristig*

- ▶ Aufmerksamkeit von anderen Inhaftierten (verbal oder nonverbal);
- ▶ Zuwendung von anderen;
- ▶ Kann Frust gegen das System "Haft" durch diese Situation ablassen.

4.2 Beispiel anhand einer Situation in Haft

Situation:

Eine Beamtin bietet einen Schminkkurs an. Eine Inhaftierte ist HIV-positiv. Die Beamtin erfährt dies in der Gruppensituation.

O (Organismus/die individuelle Komponente und überdauernde Muster) der Beamtin

- ▶ Nähe-Distanz-Problem;
- ▶ "Oberplan" Angst vor Krankheit;
- ▶ Massenhysterie der 80er Jahre verinnerlicht.

R (Reaktion)

- ▶ Emotional: Angst, Mitleid;
- ▶ Motorisch: Pupillenerweiterung;
- ▶ Kognitiv: Ich muss die anderen schützen!, wie kann ich mich schützen?, Ich darf mir nichts anmerken lassen!, Muss ich jemanden informieren?
- ▶ Physiologische: Anspannung der Muskeln, Herzerasen.

K (Kontingenz)

- ▶ Sekundärfenster

C - C+ (Konsequenz) *kurzfristig*:
(direkte Belohnung)

- ▶ Aufmerksamkeit der anderen Inhaftierten (die Beamtin macht sich Sorgen um uns)
- ▶ Zuwendung der anderen.

C-/ (schlechte Situationen werden entfernt)

- ▶ Vermeidung des Kontaktes mit der Klientin;
- ▶ Aufbau einer innerlichen Distanz (bei Nähe-Distanz-Problemen).

C - C+ (Konsequenz) *langfristig*

- ▶ Das Verhalten der Beamtin wird von den anderen Inhaftierten als positiv bewertet.

5. Diskussion und Ideensammlung

- Sind diese Hypothesen schlüssig?
- Gibt es ähnliche Erfahrungen?
- Welche Konsequenzen würden sich daraus ergeben?
- Können noch andere Aspekte eine Rolle spielen?

Schlussfolgerung

Durch die Beispiele wird klar, dass trotz unserer Bemühungen, die Menschen zu einem selbstbewussten Umgang bezüglich HIV-Risikosituationen zu befähigen und den aktuellen Wissensstand zu vermitteln, die aufrecht-erhaltenden Bedingungen nicht so schnell verändert werden können. Hierfür wären regelmäßige Gespräche und der Wille zu einer Veränderung des Verhaltens der einzelnen Beteiligten notwendig. Daher, gerade im Bereich Haft, ist das komplette Unterbinden von dem Mitteilen von Infektionsdaten die einzig sinnvolle Lösung. Damit sollte allerdings eine regelmäßige Schulung zu den Übertragungswegen von HIV / AIDS sowie anderen sexuell übertragbaren Krankheiten von Menschen in Haft als auch von den Bediensteten einhergehen.

Diskussion mit den TeilnehmerInnen

In der Arbeitsgruppe wurde u.a. darüber gesprochen, warum in einigen Bundesländern und teilweise wohl auch in der Schweiz, an der Informationsweitergabe festgehalten wird, obwohl es im Umgang mit den Gefangenen eigentlich kein anderes Verhalten geben sollte. Die Haltung sollte viel mehr sein, dass davon ausgegangen werden muss, dass jeder Gefangene eine Infektionskrankheit haben kann.

Zusammenfassung

- Unterschiedliche Haltung der Bundesländer auch beim HIV-Test. Einige versuchen alle Gefangenen zu testen, andere haben ganz geringe Testquoten und auch kein ausgeprägtes Interesse an einem Ausbau des Testangebots.
- Unterschiedliche Strömungen: Einige Justizministerien sind für die Offenlegung der Infektionskrankheiten gegenüber den Bediensteten, andere sind für die Einhaltung einer strikten Verschwiegenheit.
- Die Information über Infektionen würde das Arbeitsleben erleichtern, andererseits kann dadurch eine Scheinsicherheit entstehen.
- Hinweis, dass die Diskriminierung auch in der Gesellschaft stattfindet, somit nicht nur ein Problem in Haft wäre.
- Es geht nicht nur um Ängste: Gefängnisse sind totale Institutionen, sie wollen die volle Kontrolle erhalten, ansonsten wird die Institution an sich Frage gestellt.

- Im Suchtbereich gibt es eine klare Haltung und Handlungsanweisung zum Umgang mit der Informationsweitergabe, im Justizbereich wird dies unterschiedlich gehandhabt (Schweiz).
- Was passiert, wenn der Beamte HIV-Positiv ist? Soll dann auch eine Offenlegung erfolgen?
- HIV-positive Gefangene werden nicht in allen Arbeitsbereichen eingesetzt, obwohl laut Infektionsschutzgesetz kein Tätigkeitsverbot vorgesehen ist. Gründe hierfür wären die Bedenken gegenüber den Reaktionen der Mitgefangenen, wenn ein HIV positiver Gefangener z.B. in der Essensausgabe tätig ist.

Diskussion – was sollte getan werden?

- ▶ Klare Haltung der Ärzte/Ärztinnen: Keine Offenlegung der HIV- oder Hepatitis-Infektion!
- ▶ Mit dieser klaren Haltung wird dem Thema auch die Bedeutung genommen.
- ▶ Schulung der Bediensteten.
- ▶ Informationen an Gefangene und Bedienstete, was nach Gefahrensituation zu tun ist, um mehr Sicherheit zu geben.

Übergangsmanagement – bessere Begleitung bei Haftentlassung

Ruth Steffens, Dr. Stefan Markus Giebel

Die Arbeitsgruppe besuchten knapp 30 Personen. Es handelte sich um Praktikerinnen und Praktiker der verschiedenen Ebenen von innerhalb und außerhalb des Strafvollzuges der verschiedenen Bundesländer/Kantone aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, dem Wissenschaftsbereich sowie einer Gruppe aus dem Pharma-Bereich (Substitution). Sie brachten das hohe Interesse mit sich zu den verschiedenen Optionen und Möglichkeiten der (Wieder-) Eingliederung nach der Haftzeit auszutauschen.

In der Vorstellungsrunde wurde der Bedarf deutlich die Übergänge aus den verschiedenen Haftarten sowie dem Maßregelvollzug unverkennbar zu benennen und die jeweils verschiedenen Rahmenbedingungen aufzuzeigen. Diese sind je Land, oft auch je Kommune unterschiedlich. In manchen Regionen gibt es besondere Förderprogramme staatlicherseits in anderen durch soziale Einrichtungen. Manche Programme beziehen sich auf junge Ex-Gefangene, manche haben die Arbeitsintegration oder die medizinische Versorgung kranker Ex-gefangener als begrenzenden Handlungsrahmen. Eine generelle Regelung oder gar statistische Erfassung zu Aufwand und Auswirkungen ist nicht erkennbar. Es gibt einzelne Modelle die leuchtturmmäßig über weite Regionen aufscheinen, an denen aber nur ein Bruchteil der alljährlich zu tausenden „anfallenden“ Ex-Gefangenen teilnehmen. Insgesamt ist die Situation des Übergangs von Gefangenschaft in das selbständige, regelkonforme Leben in Freiheit nicht erfasst obwohl unstrittig ist, dass gerade eine über die reine Verwaltung hinausgehende Begleitung bei der Integration in die komplexe Alltagswelt der Freiheit gegenüber der streng reglementierten Welt des Justizvollzuges entscheidend vor weiterer Delinquenz schützt und sogar das Überleben der Betroffenen in den ersten, besonders kritischen Monaten sichert.

Die Vortragenden berichteten aus ihren beruflichen Hintergründen zu dieser Thematik. Dr. Giebel informierte über die Bedeutung des BvG-Urteils vom 31. Mai 2006 (2 BvR 1673/04; 2 BvR 2402/04) zum Jugendstrafvollzug und dem sich daraus ableitenden Auftrag ein Übergangsmanagement für junge Ex-Gefangene in Deutschland einzurichten.

Er erläuterte erste Ansätze zur Umsetzung in den Ländern Rheinland-Pfalz, Hessen, Thüringen, Saarland, Niedersachsen sowie die Aussicht auf Kostenreduktion bei konsequenter Umsetzung. Ruth Steffens berichtete aus den Zusammenhängen der Aidshilfe-Arbeit zu Hintergründen und Entwicklungen in NRW wo seit 2011 eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene zwischen Justiz-, Gesundheitsministerium, der freien Wohlfahrtspflege und den Kommunalverbänden das Überleben Suchtkranker Ex-Gefangener und die Aufnahme in das regionale Versorgungssystem strukturieren soll. Hierbei steht die Verzahnung im Agieren der entlassenden Justizvollzugsanstalt mit den Angeboten der verschiedenen Träger in der aufnehmenden Kommune im Vordergrund.

Übergangsmangement dient der Sicherung des „Resozialisierungserfolges“ und der Verhinderung weiterer Kriminalität. Die Unübersichtlichkeit zwischen den diversen Optionen und Erwartungen der Aktionspartner überfordert nicht selten alle Beteiligten einschließlich der Ex-Gefangenen! Die Gruppe stellte fest, dass bei aller Komplexität in der Thematik an einzelnen Punkten vorrangig angesetzt werden möge:

- Strukturelle Betrachtung (Jugend, Erwachsene, Maßregelvollzug...);
- Bedarfsanalyse für das Übergangsmangement nach Haft beginnt mit der Untersuchungshaft bzw. dem ersten Hafttag;
- Schnittstellenorganisation bezüglich Krankenversicherungsschutz ist lückenlos von staatswegen sicherzustellen;
- Bedarf an Koordinierung/Situationsbeschreibung des Übergangsmangement je Land (Übersicht, Kommunikation, Vernetzung) um Effekte und den Nachhaltigkeitsnachweis erbringen zu können.

Europaweit werden Erfahrungen aus bisherigen Ansätzen (Bereich Drogen) unter <http://www.throughcare.eu/> gesammelt.

Das Thema Übergangsmangement – bessere Begleitung bei Haftentlassung wird auf weiteren Konferenzen und Zusammenkünften breiteren Klärungsrahmen benötigen.

Konzept in NRW

- Rahmenvereinbarung auf Landesebene
beteiligt sind Gesundheitsministerium (das Land) Freie Wohlfahrtspflege, Kommunalverbände;

- Vertrag

beteiligt: JVA (inkl. künftig. Ex-Gef.) - regionaler freier Träger.

- Checkliste

organisatorische Eckdaten zur Aufnahme in das regionale Versorgungssystem / Leben in der Kommune;

- Vergütung

von JVA (Landesgelder Justiz) an fr. Träger (punktuell) für „Entlassungsbegleitung“ suchtkranker Gefangener in Nicht-JVA-Kommune.

Strategien:

Strukturen kennen,
Verhältnisse kennen (Statistik),
Mit-Beteiligte einbinden / fordern,
Selbstvertretung vor Stellvertretung.

Netzwerke:

AIDS-Hilfen,
FAK Suchtfragen DPWV,
AA Sucht der AG der Spitzenverbände der Fr. Wohlfahrtspflege,
LAG der SuchtberaterInnen i. Strafvollzug,
WHO, EU (HIPPI).

Medizinische Versorgung im schweizerischen Freiheitsentzug Eine Einführung in die Thematik

Dr. Benjamin F. Brägger

Die verschiedenen Haftarten

Zivilrechtliche Haft: Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) (397a ff. ZGB)

Strafprozessuale Haft = Zwangsmaßnahme	Strafrechtliche Haft = Sanktionenvollzug	Administrative Haft = Zwangsmaßnahme
Polizeihaft (217f. StPO)	Strafvollzug (75ff. StGB)	Vorbereitungshaft (75 AuG)
Verlängerte Polizeihaft	Massnahmenvollzug (90StGB)	Ausschaffungshaft (76 AuG)
Untersuchungshaft (226 StPO)		Durchsetzungshaft (78 AuG)
Sicherheitshaft (229 StPO)		
Auslieferungshaft (47ff. IRSG)		

Vorzeitiger Straf-/Massnahmenantritt (236 StPO)

Schweizerische Normenhierarchie im Bereich des Freiheitsentzuges und der Vollzugsmedizin

Recht des Freiheitsentzuges	Recht der med. Versorgung	Hierarchiestufe
Aufgabe der Kantone (123 BV)	Aufgabe der Kantone (118 BV)	Bundesverfassung
EMRK UNO-Pakte I & II Anti-Folter-Konvention (CPT) REC(2006)2 & 13	EMRK Anti-Folter- Konvention (CPT) REC(2006)2 & 13 REC (1998) 7	Völkerrecht: Staatsverträge Empfehlungen des Europarates

ARBEITSGRUPPEN - GROUPES DE TRAVAIL

StGB (Art. 74 ff., 320, 372 ff.) Verordnung zum StGB	StGB (Art. 84 III, 85 II, 321) Epidemiegesetz	Bundesrecht: Gesetze, Verordnungen
Strafvollzugskonkordate (3x)		Interkantonales Recht: Verträge zwischen den Kt.; Richtlinien & Empfehlungen
Kantonsverfassung Gesetz zum Freiheitsentzug; Verordnung zum Freiheitsentzug; Hausordnung – Weisungen – Merkblätter	Kantonsverfassung Gesetz zum Freiheitsentzug & VO; Gesundheitsgesetz & VO Regelung zur Gefängnismedizin Weisungen des Kantonsarztes	Kantonales Recht : Gesetze, Verordnungen Regierungsratsbeschlüsse, Weisungen
Ethische Grundsätze	SAMW Richtlinie vom 28.11.2002	Soft Law

Normenhierarchie der Gefängnismedizin am Beispiel des Kantons Neuenburg

JUV

Ärzte / Pflege

Pflichtenhefte des Aufsichtspersonals

Supervision médicale par l'UMP des HUG – Fachliche Supervision

Pflichtenhefte für die Ärzte	Pflichtenhefte für das Pflegepersonal
Arrêté du 13.05.2009 relatif à la santé et aux soins en milieu carcéral (RSN 352.2) Kt. Verordnung für die Gefängnismedizin	
Dispositif sanitaire des établissements pénitentiaires du canton NE du 17.12.2008 Kantonales Konzept für die Gefängnismedizin	
Loi de santé (RSN 800.1) Kantonales Gesundheitsgesetz	LPMA (RSN 351.0) APMA (RSN 351.01) Kantonale Strafvollzugsgesetzgebung
Medizinische Standesregeln : SAMW-Richtlinien vom 28.11.2002	Code de déontologie & charte des valeurs SPNE Ethische Grundsätze zum Strafvollzug
Rec(2006)2 & Rec(1998)7 des Europarates	

Grundsätze der Gefängnismedizin für die sog. ordentliche medizinische Versorgung der Insassen:

- a) Dreiecksverhältnis: Arzt – Insassen – Anstalt
- b) Arztgeheimnis: Art. 320 f. StGB
- c) Ungehinderter Zugang zum Arzt
- d) Behandlungspflicht
- e) Einschränkung der Arztwahl
- f) Prinzip der ärztlichen Unabhängigkeit
- g) Notwendigkeit des Einverständnis des Gefangenen für med. Eingriffe
- f) Äquivalenzprinzip
- g) Medikamentenabgabe
- h) Respektierung der Rahmenbedingungen des Freiheitsentzuges
- i) Verpflichtung zum Dialog und zur Zusammenarbeit

vgl. dazu Gefängnismedizin in der Schweiz, in: jusletter vom 11.04.2011, S. 7ff.

Stellung und Rolle des medizinischen Personals im Freiheitsentzug

Vollstreckungsbehörden
Verfahrensleitung
Anstaltsleitung

Die Anstaltsleitung ist letztlich für die Gesundheit und das Wohlergehen der Insassen verantwortlich

↙	↓	↘
Arzt Pflegepersonal	Keine freie Arztwahl; Recht auf Zweitmeinung. ↔	Insasse
Arzt - Patienten – Verhältnis ► Äquivalenzprinzip ► Kurative und präventive Behandlung; in Bezug auf die Wahl der anwendbaren Heilmethoden stützt sich der Arzt nur auf medizinische Kriterien ab.		
► Vertragliche Bindung zwischen Anstalt und Arzt: Arzt muss alle Insassen behandeln. ► Arzt muss die spezifischen sicherheitsrelevanten Aspekte befolgen. ► Gebot der Zusammenarbeit.	Hoheitliche Bindung zwischen Anstalt und Insasse: ► Sonderstatutsverhältnis. ► Anstaltspersonal kann unmittelbaren Zwang gegen Insassen anwenden.	

Rechtlicher Rahmen der Zusammenarbeit bei der medizinischen Versorgung im Freiheitsentzug im Rahmen der ordentlichen Behandlung

Arztgeheimnis nach Art. 321 StGB &; Regelung im kt. Gesundheitsgesetz	→.....←	Berufsgeheimnis nach Art. 320 StGB
Anstaltsärzte Externe Ärzte Pflegepersonal Therapeuten	Offenbarungsrecht & Offenbarungspflicht	Anstaltsleitung Vollzugsleitung Sozialdienst Aufsichtspersonal
←Verpflichtung zur Zusammenarbeit und Dialog → gesetzliche Regelung nötig→		

Rechtlicher Rahmen der Zusammenarbeit bei sog. verfügten Massnahmen

Strafgericht – ordnet im Urteil eine Therapie an
 → Vollstreckungsbehörde
 ↕
 Therapieverpflichtung
 a) gestützt auf Urteil
 b) verfügt durch Vollstreckungsbehörde

Therapeut Person und Auftrag mit Verfügung bestimmt		Anstalt Wird mit Vollzugauftrag verpflichtet, die Therapie umzusetzen
	Vollzugsplanung Bestimmt Ziele, welche vom Insassen erreicht werden müssen, für Vollzugslockerung	
Insasse – hat bei Sozialisierungsbemühungen und Entlassungsvorbereitungen aktiv mitzuwirken		
Justiztherapie dient der Rückfallvermeidung und nicht der Genesung und folgt somit dem Grundsatz der Transparenz.	Therapeut - Insasse	Therapievertrag: Regelt Ziele der Therapie und Mitteilungspflicht.

Arztgeheimnis im Rahmen sog. verfügbarer Therapien

In der deutschen Spezialliteratur wird dies wie folgt zusammengefasst:

«Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher unterscheidet sich grundlegend von der gängigen Behandlung in anderen Kontexten. Nicht der kranke Patient ist der Auftraggeber, sondern die Gesellschaft. Behandlungsanlass ist nicht das Leiden des Patienten, sondern das Leiden der Gesellschaft unter dem Patienten. Der Behandlungsauftrag ist nicht primär die Gesundung des Patienten, sondern die Sicherung der Gesellschaft vor diesem Patienten. Pointiert formuliert, die Gesundung des Patienten ist in der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher «nur Mittel zum Zweck».

Behandlung und Behandlungserfolg liegen nicht nur in der Verantwortung des Patienten, sondern in der der Behandler, die die rechtlichen Mittel haben, eine Behandlung gegen den Willen des Patienten auch dann, wenn der Patient nicht krankheitsbedingt eigengefährlich ist, durchsetzen zu können.

Der Behandlungserfolg entscheidet über den weiteren Freiheitsentzug des Patienten. Die Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher findet in einem öffentlichen Kontext aus Behandlern, Patienten, Justiz, politischen Entscheidungsträgern und Öffentlichkeit statt, nicht in dem gesetzlich geschützten Vertrauensverhältnis der Arzt-Patient-Dyade.», (aus: R. Müller-Isberner / S. Eucker, Therapie im Massregelvollzug, Berlin 2009, s. 38 f.).

Weitergabe des Therapieberichtes an die zuständigen Vollzugsbehörden (BGE 6B_4/2011 Erw.2.9f.):

Besuchen Insassen während des Strafvollzuges sog. freiwillig therapeutische Behandlungen, werden auch diese Therapien im Rahmen eines sog. besonderen Rechtsverhältnisses eingegangen und richten sich deshalb nach der allgemeinen Zielsetzung des Strafvollzuges sowie des individuellen Vollzugsplans.

Die Therapeuten sind dem für den Strafvollzug zuständigen Amt gegenüber zur Berichterstattung und Information verpflichtet. Darauf wird im sog. Behandlungsvertrag ausdrücklich Bezug genommen.

Es besteht somit entgegen dem Beschwerdeführer insoweit keine Geheimhaltungspflicht der Therapeuten. Diese haben im Gegenteil alle aussergewöhnlichen Vorkommnisse und die Nichteinhaltung von

Abmachungen unverzüglich und unaufgefordert dem zuständigen Amt zu melden.

Der so genannte Behandlungsvertrag lässt sich keineswegs als privatrechtlichen Auftrag gemäss Art. 394 OR qualifizieren. Es handelt sich nicht um einen Auftrag der inhaftierten Person an den behandelnden Therapeuten, sondern um ein staatliches Angebot an diese. Die Kosten trägt dafür grundsätzlich der Kanton.

Der Behandlungsvertrag wird als "freiwillig" bezeichnet, weil die Behandlung keine gerichtlich angeordnete Massnahme darstellt. Es handelt sich um ein Institut des Strafvollzugs.

Die Evaluierung solcher deliktorientierter Verlaufsberichte bildet eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für Vollzugsplanung und Vollzugsgestaltung sowie zur prognostischen Beurteilung von Gefährlichkeit und Rückfallgefahr.

Angesichts der Schwere der Anlasstaten besteht ein überwiegendes öffentliches Interesse an der Weitergabe des Therapieberichts an die zuständigen Behörden.

Die Weitergabe ist geeignet und erforderlich zur Erfüllung der bundesgesetzlichen Aufgaben sowie zumutbar im Sinne des Überwiegens des öffentlichen über das private Interesse des Beschwerdeführers. Sie ist somit im Sinne von Art. 36 BV verhältnismässig und verletzt weder die verfassungsmässigen Rechte des Beschwerdeführers, noch ist eine willkürliche Anwendung des kantonalen Rechts ersichtlich.

Arztgeheimnis im Rahmen der sog. gutachterlichen Tätigkeit

Der Gutachter muss auf dem zur Frage stehenden Fachgebiet die erforderlichen besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzen.

Das Bundesgericht hält in ständiger Rechtsprechung zur gutachterlichen Tätigkeit im Freiheitsentzug fest, dass Therapeuten, welche gestützt auf eine strafrechtliche Massnahme eine Behandlung durchführen, infolge ihrer Beziehungsnähe zur inhaftierten Person generell als befangen gelten und daher als Sachverständige nicht zugelassen sind.

Dies gilt auch für Gefängnisärzte.

Der medizinische Gutachter ist auf Grund der speziellen Ausgangslage nicht ans Arztgeheimnis gebunden.

Er muss dies dem Exploranden zu Beginn der gutachterlichen Tätigkeit mitteilen und diesen darauf hinweisen, dass keine Aussagepflicht bestehe

und dass alles, was er sage, im Gutachten aufgenommen werde und somit auch gegen ihn sprechen könne.

Im Lichte dieser Ausgangslage ist es nicht nur verständlich, sondern geradezu sachlogisch, dass weder die behandelnden Therapeuten noch die behandelnden Vollzugsmediziner (Somatiker und Psychiater) gleichzeitig als Sachverständige tätig sein können.

Im Rahmen der durch die Justiz angeordneten Massnahmen können diese jedoch angehalten werden, über den Verlauf der Therapie einen Bericht zu verfassen.

Das Projekt BIG

Innovative Modelle der Infektionsprophylaxe

Stefan Enggist, Karen Klaue

Wirkungsziel

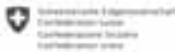
Minimale Infektions-/Übertragungsrisiken in allen schweizerischen Anstalten des Freiheitsentzuges

Vision: Umsetzung des Äquivalenzprinzips

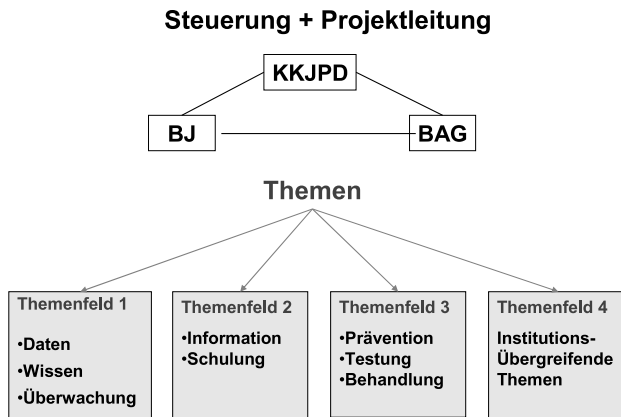
Alle schweizerischen Anstalten des Freiheitsentzuges bekämpfen Infektionskrankheiten mit denselben Massnahmen, die in Freiheit zur Verfügung stehen. Damit nehmen sie ihre Verantwortung zum Schutz der individuellen und der öffentlichen Gesundheit wahr.

Realität

- Erhöhte Infektionsrisiken und Prävalenzen
- Keine einheitliche Gesundheitsversorgung
- Die Organisation des Freiheitsentzuges obliegt den Kantonen



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit



Produkte

Themenfeld 1: Daten, Wissen, Überwachung

- Ergänzung der Meldeformulare des obligatorischen Meldesystems: „Arzt im Freiheitsentzug“
- ✓ HIV/Aids, Hepatitiden, TB, STIs
- Datenbasis für Infektions-/übertragbare Krankheiten in Haft

Themenfeld 2: Information, Schulung

- 2 Infobroschüren + Diffusionskonzept (BAG, SRK):
 - „Prävention und Verminderung von übertragbaren Krankheiten im Freiheitsentzug“
 - „Gesundheit im Freiheitsentzug“
- InsassInnen
- Personal (Überwachung, Betreuung, Bewährungshilfe)
- „Einführungskurs Justizvollzug“ am SAZ inkl. Gefängnismedizin
- Pilotmodule BIG in Pilotkanton – am SAZ

Themenfeld 3: Prävention, Testung, Behandlung

- Empfehlungen und Formulare zur Standardisierung :
 - Ein-/Aus-/Übertritt
 - Entbindung vom Berufsgeheimnis
- Vademecum für Praktiker:
 - Zusammenarbeit
 - Behandlungskontinuität, Informationsweitergabe
 - STIs, HCV, TB, Impfplan Haft
 - Zugang zu Präventionsmaterial
 - Substitution, Kokain, Alkohol, Benzodiazepin, Harm Reduction

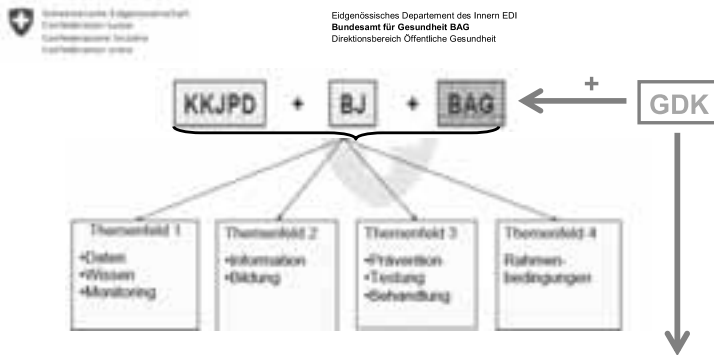
Themenfeld 4: institutionsübergreifende Themen

- *Sprachliche Verständigung:*
Rechtsgutachten - „informed consent“!
Nationaler Telefondolmetscherdienst: 12 Sprachen, CHF 40.-/10',
Telefonzentrale 0842 442 442 www.aoz.ch/medios
- *Krankenversicherung:*
Nur Personen ohne legalen Wohnsitz unterstehen nicht dem Krankenversicherungsgesetz
- *Rechtsstellung der Ärzte (Gutachten):*
Ärztliches Handeln ist Amtshandeln, aber fachlich unabhängig.

Herausforderung Nachhaltigkeit

Vision „Umsetzung des Äquivalenzprinzips“ erfordert

- ✓ ... Umsetzung in der Praxis und Weiterentwicklung BIG
- ✓ ... Pflege des interinstitutionellen und interdisziplinären Dialogs
- ✓ ... Harmonisierung kantonaler Unterschiede
- ✓ ... Umsetzung internationaler Rechtsvorgaben (Europ. Prison Rules)
 - ... bei struktureller *Hoheit der Kantone*
 - ... bei mehrheitlicher Einbindung der Gesundheitsversorgung in die *Justiz*.



2 nationale Initiativen des Projekts BIG

1. Empfehlung zur Harmonisierung der Gesundheitsversorgung im Schweizerischen Freiheitsentzug
2. Schweizerisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsfragen im Justizvollzug

Projekt BIG
Stefan Enggist, Karen Klauke (BAG)/Andreas Werren (Firma BGU, Winterthur)

Empfehlung zur Harmonisierung der Gesundheitsversorgung im Schweizerischen Freiheitsentzug

KKJPD und GDK...

...*empfehlen* den Kantonen, Konkordaten, Gefängnisärzten, Institutionen:

- Zuständigkeiten u. Zusammenarbeit *Justiz & Gesundheit* rechtlich klären;
- Sprachliche *Verständigung* sicher stellen;
- *Information* von Insassen und Schulung von Mitarbeitenden;

- *Standards* BIG implementieren und weiterentwickeln;
- *Dialog* fortsetzen: Justiz-Gesundheit, interinstitutionell
...in Berücksichtigung:
- Strafgesetzbuch, Epidemien-gesetz, European Prison Rules Rec(2006)2, Rec(98).

Schweizerisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsfragen im Justizvollzug

Zweck: Unterstützung von Kantonen und Anstalten;

Ziel: einheitlicher, gesetzeskonformer Gesundheitsschutz;

Leistungen:

- ✓ Dialog,
- ✓ Information, Schulung,
- ✓ Medizinische, ethische, organisatorische Standards.

Administrative Angliederung: SAZ.

Trägerschaft: KKJPD, GDK;

Steuerung: KKJPD, GDK, paritätisch;

Fachbeirat mit Empfehlungs-kompetenz: Amtsleiter, Direktoren, Konkordate, Gefängnisärzte, med. Fakultäten, SAMW, Gesundheitsdienste, BJ, BAG, Kantonsärzte;

Personalbedarf: 200 Stellen-% - Leitung, wiss. Mitarbeit, Sekretariat;

Finanzierung: ca. CHF 450'000/Jahr, Kantone in Anteilen gemäss Hafttagen.

Zusätzliche Informationen zu BIG

Auf Anfrage bei der Projektleiterin, Karen Klaue erhältlich:
karen.klaue@bag.admin.ch :

- ✓ Informationsbroschüren: Gesundheit im Freiheitsentzug; Prävention und Verminderung von übertragbaren Krankheiten im Freiheitsentzug;
- ✓ Vademecum medizinischer Standards
- ✓ Formulare zur Standardisierung von Prozessen.

Diskussion

1. Chancen und Möglichkeiten, Risiken und Grenzen der Empfehlung zur Harmonisierung der Gesundheitsversorgung/ des nationalen Kompetenzzentrums Gesundheit im Justizvollzug?
2. Stärken, Schwächen, Potenziale von BIG?

5

Arbeitsgruppen Groupes de travail



Französisch / Français



Französisch / Français



Immunité contre la rougeole parmi des détenus de la prison de Champ-Dollon et propositions d'une vaccination ciblée

Dr. Laurent Gétaz

Chers collègues bonjour,

C'est un plaisir de vous présenter les résultats de ce travail qui a été primé par l'OMS.

Cette étude est surtout utile pour limiter le risque d'épidémie de rougeole dans un milieu confiné comme notre prison,

-en *limitant les risques* non seulement pour la *santé* ;

-mais aussi *en anticipant les difficultés logistiques liées aux impératifs carcéraux*.

Vous verrez aussi que cette démarche permet de *limiter au maximum le coût des interventions à proposer*.

Généralités Rougeole

- Complications adultes > enfants
 - Pneumonies
 - Encéphalites
 - Hospitalisation: 18%
 - Décès : 1-3/1'000
- Fortement contagieuse (taux d'attaque intradomiciliaire 90%).

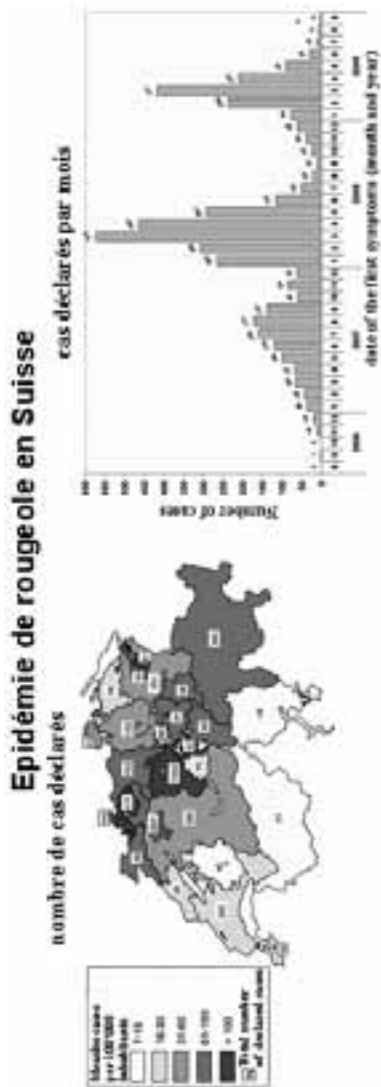
Vous connaissez tous cette maladie, mais je souligne qu'il ne s'agit de loin pas toujours d'une maladie bénigne.

D'ailleurs lorsqu'elle touche l'adulte, les complications sont plus fréquentes et sévères que chez l'enfant... (pneumonie...cérébral...).

De plus, c'est une maladie très contagieuse. *Lorsque des personnes non immunes, donc qui n'ont pas d'anticorps protecteurs* contre la maladie *par la vaccination ou acquis en ayant attrapé la maladie dans le passé, vivent sous le même toit* qu'un malade infecté par la rougeole, 90% des susceptibles vont tomber malade.

Epidémiologie (Suisse) Rougeole

- Faible taux de couverture vaccinale dans plusieurs régions de Suisse ;
- Epidémie ne montre pas de signe d'essoufflement.



Vaccination systématique de la population carcérale dans 2 cantons (Neuchâtel 08, Vaud 09)

La rougeole persiste en Europe malgré l'introduction de la vaccination anti-rougeole dans le programme de vaccination depuis plus de 40 ans.

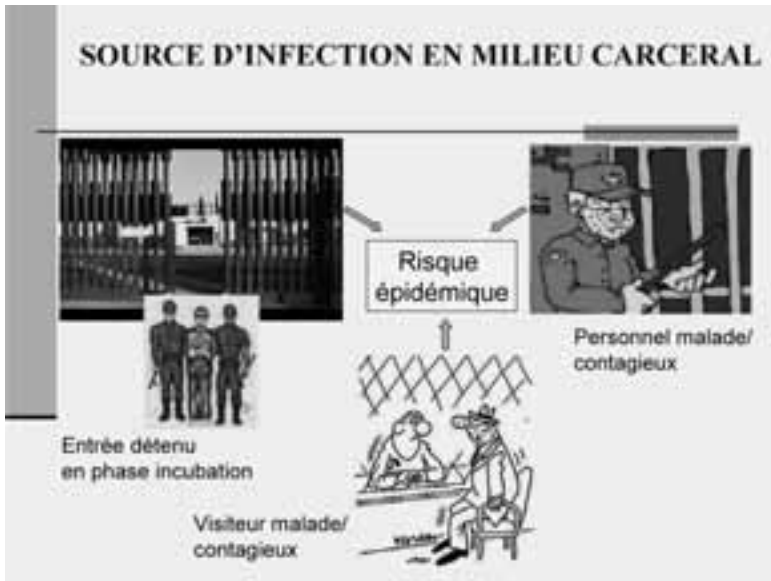
La Suisse est un mauvais élève, arrivant en tête au hit-parade des populations dont la couverture vaccinale est la plus médiocre en Europe. Sur la carte, plus la représentation d'un canton en rouge est vive, plus le nombre de cas rapportés est haut.

Et selon le graphe de droite qui représente les cas déclarés chaque mois en suisse depuis 2006, on constate que l'épidémie ne montre pas de signe d'essoufflement. D'ailleurs à Genève, cette année encore, plus de 200 cas ont été déclarés

Dans ce contexte, Vaud et Neuchâtel proposent une vaccination systématique de la population carcérale depuis 2 à 3 ans.

Le milieu carcéral est souvent caractérisé par la surpopulation, c'est un mystère pour aucun d'entre nous... en soulignant que le facteur promiscuité favorise la transmission de pathologies infectieuses comme la rougeole





Dans ce milieu carcéral, la rougeole peut s'inviter par 3 manières.
Un détenu peut être incarcéré alors qu'il est asymptomatique et en phase d'incubation.
Un visiteur peut transmettre le virus à un détenu.
Mais il ne faut pas oublier que le personnel représente un risque important, lié aux flux d'entrées et sorties de chacun d'entre nous et aux contacts avec les détenus.

Europe : fin des années 60, début vaccinations de masse

=> ↓ épidémies

=> né avant 1963 : tous immuns

né après 63 => nombreux susceptibles (les non vaccinés!).

=> avant le début de ces vaccinations, des épidémies étendues et fréquentes induisaient une forte morbidité durant l'enfance mais conduisaient à une excellente immunité acquise chez l'adulte.

Ainsi les personnes nées avant 1963 sont toutes immunes.

La vaccination de masse a réduit l'amplitude des épidémies, mais comme la couverture vaccinale est incomplète, une susceptibilité non négligeable

chez l'adulte en résulte : la plupart des personnes non vaccinées étant non protégées

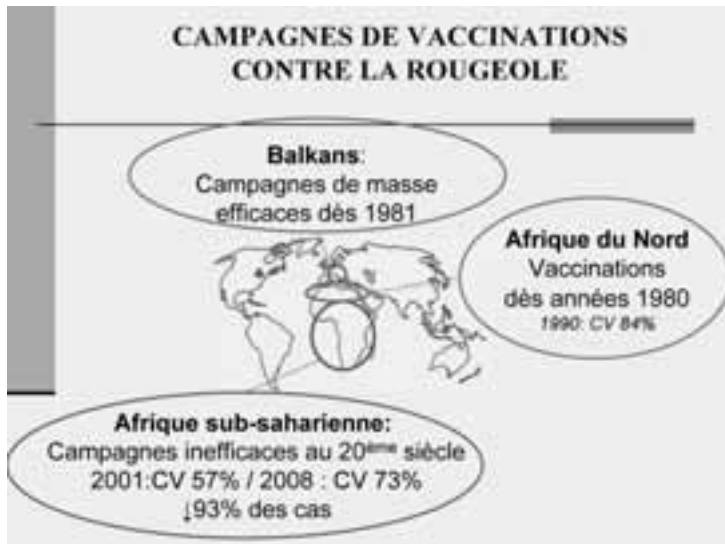
Hypothèse susceptibilité des adultes originaires de PVD

Pays en transition et en voie de développement :

introduction plus tardive des campagnes de vaccination

=> période cut-off (↑ susceptibilité) plus tardive ?

Cependant nous avons fait l'hypothèse que la date cut-off d'augmentation de la susceptibilité à la rougeole est postérieure à 1963 dans les PVD et en transition étant donné une mise en place des campagnes de vaccination plus tardives et au départ moins efficaces.



Dans les Balkans: les campagnes de vaccinations de masse de grande envergure ont été initiées dès 1981 par exemple en ex-Yougoslavie.

En Afrique du Nord, ces campagnes de vaccination ont été initiées dans les années 80 aussi.

En Afrique sub-saharienne, les campagnes de vaccinations étaient généralement inefficaces jusqu'au tournant du 21^{ème} siècle.

En 2001, les pays de la régions Afriques de L'OMS ont pris part à une initiative globale visant à réduire le nb de cas de rougeole. Entre 2001 et 2008, la couverture a augmenté de 55 à 75%. De manière concomitante, le nb de cas déclarés de rougeole a diminué de 93%.

Ainsi notre hypothèse consistait à suspecter que la plupart des personnes originaires des Balkans et d'Afrique du Nord nées avant 1981 sont protégées contre la rougeole, ainsi que tous les adultes originaires d'Afrique sub-saharienne

Varicelle en avril 09

=> Parmi les mesures de contrôle, prises de sang à 116 détenus.

Opportunité pour étude de séroprévalence:

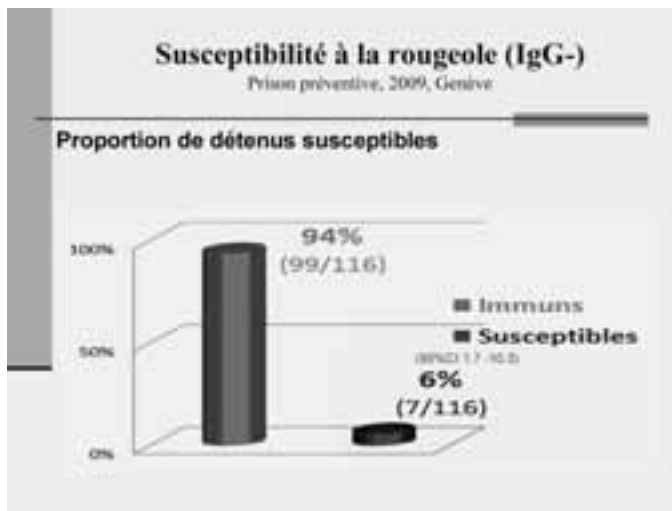
Rougeole (IgG)

Questionnaire standardisé (caractéristiques démographiques).

Tests sérologiques (acceptance 100%) pour :

- 116 hommes - Âge moyen 28 ans
- Origine : Afrique (55.4%)
Europe de l'Est (33.6%)
Europe de l'Ouest (7.3%)

Dès lors on a pensé que l'on pourrait vérifier scientifiquement cette hypothèse! Et on a profité de l'épisode varicelle 2009 pour s'y ateler...



De manière globale

L'étude de séroprévalence a démontré que 6% des détenus sont susceptibles à la rougeole.

MAIS IL EST AUSSI TRES INTERESSANT DE S'ENTERESSER AU STRATIFICATION PAR REGION D'ORIGINE ET AGE.

**Susceptibilité à la rougeole chez les détenus
selon l'origine et l'âge**
Prison de Champ-Dollon, 2009, Genève

	n (%)	IgG- (%)	p
Région d'origine			
Afrique sub-saharienne	37	0	0.12
Autres régions	79	7 (9%)	
Age **			
Né en 1981 ou avant	39	0	0.01
Né après 1981	40	7 (17.5%)	
North Africa		3/19 (16%)	
Balkans / Europe Est		3/14 (21%)	

** Parmi les détenus non-originares d'Afrique sub-saharienne

Ces résultats confirment notre hypothèse ;

Parmi les détenus originaires d'Afrique sub-saharienne, tous les adultes sont immuns, indépendamment de leur âge ;

Parmi les personnes originaires des Balkans et d'Afrique du Nord, toutes les personnes nées avant 1981 sont immunes ;

Alors que 17.5% sont susceptibles parmi les plus jeunes originaires de ces régions, avec respectivement 16 et 21%...

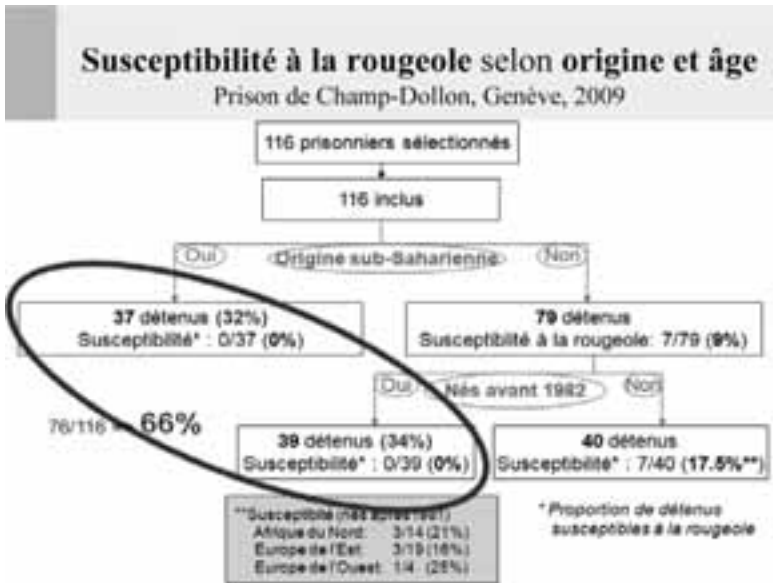


Ce diagramme présente plus schématiquement les résultats.

Si on vise l'objectif de d'obtenir un maximum de détenus disposant d'anticorps protecteurs contre la rougeole, tout en limitant les interventions médicales et les coûts.

Il serait inutile de vacciner les Africains d'Afrique sub-saharienne, qui représente environ 1/3 des détenus.

Et il serait aussi inutile de vacciner les personnes plus âgées, nées avant 1981, originaires d'Afrique du Nord, des Balkans et de l'Europe de l'Est.



Pour résumer, 2/3 des détenus de Champ-Dollon ont une probabilité très faible d'être susceptibles à la rougeole, et pour lesquels ainsi une vaccination est probablement inutile.

La rougeole en prison : implications

Forte contagiosité / promiscuité / susceptibilité 6% / contexte épidémique en Suisse

=> *épidémie possible, mais le risque n'est pas majeur* ;

Sélection sous-population à risque (âge, pays d'origine)

=> vaccination ciblée (préventive ou *post-exposition*) ;

Limiter le risque d'introduire le virus « intramuros »

=> *vacciner le personnel susceptible.*

En conclusion, le risque de vivre une épidémie importante de rougeole à Champ-Dollon est limité, ou du moins beaucoup plus faible que suspecté par nos collègues vaudois ou neuchâtelois.

Néanmoins il n'est pas nul étant donné la promiscuité qui caractérise le milieu carcéral.

En pratique, 2 options stratégiques s'offrent à nous pour les détenus: soit une vaccination systématique à l'entrée non pas de tous les détenus nés après 1963 conformément aux guidelines de l'OFSP, ce qui représenterait 97% de nos détenus, mais d'1/3 de ceux-ci selon nos critères d'âge et d'origine, ce qui permettrait d'offrir une couverture vaccinale quasi maximale mais aussi de protéger la population suisse, en profitant de la prison pour cibler un sous-groupe de populations particulièrement susceptible.

Mais une autre option raisonnable serait de planifier une vaccination post-expositionnelle uniquement en cas d'entrée du virus dans nos murs... mais en ciblant seulement le 1/3 des détenus selon nos critères....

Dans ce cas, il est particulièrement important d'adhérer et de participer aux campagnes de rattrapage de vaccination du personnel!

Measles immunity among inmates in a Swiss prison and proposition of targeted vaccination

Laurent Gétaz, PD Dr. Hans Wolff

Measles persists worldwide despite the implementation of general vaccination campaigns. The environmental and demographic characteristics in many prisons increase the risk of measles epidemics. A large proportion of inmates come from countries where immunization coverage is low. We aimed to estimate the susceptibility to measles and its risk factors among inmates in order to estimate the risk of measles outbreaks and develop policies and guidelines for health services in prisons.

Serology screening for measles was carried out among 116 inmates in a Swiss prison. Champ-Dollon in Geneva is the Switzerland's largest and most overcrowded (occupation rate: 183% in 2010) pre-trial prison accommodating 540 prisoners: the Balkans and Eastern Europe (36%), sub-Saharan Africa (32%) and North Africa (21%) are the main regions of origin, whereas a minority of inmates originates in Western Europe, Latin America or Asia. We collected socio-demographic characteristics through a structured questionnaire and risk factors for lack of measles immunity were examined.

Among 116 inmates included in the study, 7 (6%) were not immune to measles. All 37 inmates from sub-Saharan Africa were immune. Considering only people native from regions other than sub-Saharan Africa, 7 of 40 inmates born after 1981 were susceptible (18.5%), whereas none of the 39 inmates born in 1981 or before were susceptible ($p = 0.006$).

Susceptibility to measles was fairly low in this prison population composed mainly of migrants. Living in sub-Saharan Africa during childhood, and birth before 1982 were protective factors associated with the presence of immunity against measles. The heterogeneity of vaccination campaigns in the various regions of the world, particularly in terms of the timing of their introduction and scale of diffusion, explains epidemiological variability. Targeted vaccination in accordance to origin and age would offer excellent herd immunity and would substantially reduce risks of outbreaks as well as costs. Results obtained from this sample improve the primary and secondary prevention of measles according to origin and age not only in

Champ-Dollon prison where about 3,000 inmates are incarcerated each year, but these results also apply to all prisons in Western Europe characterized by a population mainly of migrants. Efforts to improve immunity rates within the migrant populations not only limit the risk of outbreaks within closed institutions, but also help in protecting the community outside the prison.

Programme d'échange de seringues

Nicolas Peigné

Arrêté du Conseil d'État du canton de Genève du 27 septembre 2000 concernant la santé et les soins en milieu carcéral :

« les personnes privées de liberté doivent bénéficier des mesures préventives de santé et des soins médicaux équivalents à ceux mis en place pour la population en général. »

En matière de prévention, Programme d'échange de seringues

Article 9.5 *Mesures préventives de santé* :

a) le service médical communique à la direction de la prison les recommandations appropriées au sujet des conditions environnementales, alimentaires et hygiéniques pouvant influencer l'état de santé des détenus ;

b) en ce qui concerne les maladies transmissibles, une information, en particulier sur l'hépatite, l'infection VIH et le sida, la tuberculose et les affections dermatologiques, est diffusée régulièrement à l'intention des détenus et du personnel pénitentiaire en collaboration avec le service de santé du personnel de l'Etat ;

c) les détenus doivent avoir accès au matériel nécessaire pour prévenir la transmission des maladies, et notamment les préservatifs. Le matériel propre d'injection (seringues, aiguilles, et matériel pour désinfecter la peau) est remis lorsque toute prise en charge visant à l'abstinence s'avère impossible et si le personnel médical considère qu'un risque significatif de transmission existe

En pratique...

- Consultations individuelles d'information concernant les modes de consommation de drogues;
- Sur demande, intégration au programme d'échange de seringues pour consommateur injecteur.
- Sur demande, bicarbonate de soude et feuille d'aluminium afin de permettre au consommateur de baser et fumer la cocaïne.

Programme d'échange de seringues

1. Objectif du programme
2. Histoire de sa construction
3. Deux étapes, deux regards: le personnel médical versus les gardiens...

1. Objectif

L'objectif principal du programme d'échange de seringues est de prévenir le partage de seringues usagées afin de réduire les risques infectieux.

2. Histoire de sa construction

- 1994-1995, une urgence sanitaire ;
- De 1995 à 2003, mise en place informelle et progressive ;
- 2003, proposition de l'association du personnel pénitentiaire d'un local d'injection (un appel) ;
- 2004 directives bilatérales relatives aux conditions de remise, d'échange, d'utilisation et de possession du matériel d'injection ;
- 2010, étude seringues à aiguilles rétractables.

3. Deux Étapes, deux regards

Etape 1:

de l'urgence sanitaire (94-95) à la proposition d'un local 'injection (2003).

Deux regards

Niveau médical	Niveau carcéral
Contre message: accompagner vers l'abstinence et faciliter la consommation	L'administration pénitentiaire <i>reconnait</i> que la drogue rentre en prison
Représentation: donner l'information renforce la consommation	<i>Peur de se piquer</i> (fouilles, bagages et cellules, seringues ramassées sur toits
Représentations personnelles: violence du geste	<i>Représentation</i> : donner des seringues renforce la consommation

Dans les faits...

Niveau médical	Niveau carcéral
Seringues remises discrètement pendant consultation	

Délai + ou – long pour accéder aux seringues	Gardiens non informés
L'échange de seringues se fait dans le cadre d'un programme de réduction des méfaits (bilan des consommations, des modes de consommation...	

Etape 2:

De 2004, directives bilatérales pour la remise des seringues, à ce jour.

Deux regards

- Les peurs des gardiens sont entendues ;
- Des propositions sont faites de part et d'autre ;
- Directives signées par direction prison et médecin chef de service médecine pénitentiaire.

Dans les faits...

Niveau médical	Niveau carcéral
Seringues échangées à la porte de la cellule, pendant la distribution des médicaments	Gardiens témoins de cet échange
Patients expriment leur gêne	Pas de sanctions si règles respectées
L'échange de seringues se fait dans le cadre d'un programme de réduction des méfaits (bilan des consommations, des modes de consommation...	<i>Une seringue trouvée hors boîte Flash ou tube est confisquée et fait l'objet d'un rapport</i>
	Une sanction disciplinaire est prévue si inobservance des règles

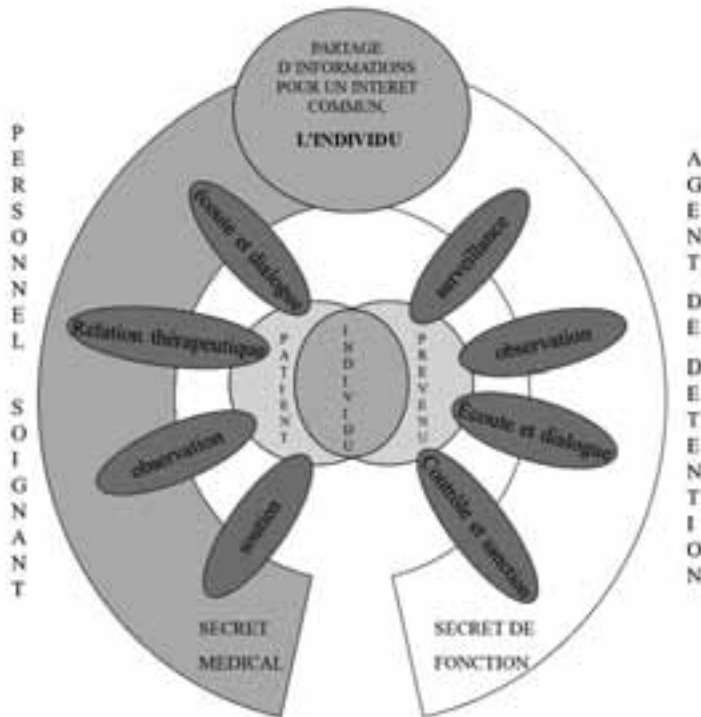
En pratique...

- Information à l'entrée en prison ;
- Demande par écrit ou orale ;
- Matériel remis à la porte de la cellule : une boîte Flash + un tube de récupération ;

- Possibilité d'un accès quotidien, durant la journée sur deux périodes.

Faits saillants !

- L'échange de seringues est construit autour d'une relation tripartite: patient, personnel médical, gardien ;
- Il repose sur la confiance et le respect des règles ;
- Il repose sur le respect de la confidentialité ;
- Il n'est utile et performant que dans le cadre d'un programme de réduction des méfaits ;
- C'est une opportunité de prévention.



Les soins infirmiers de première ligne en médecine pénitentiaire

Andreas Diemand

Nos missions

- Offrir l'équivalence des soins, sur la base d'une approche de médecine communautaire ambulatoire ;
- Assurer une prise en charge multi disciplinaire, associant dépistage, prévention, diagnostic et traitement, en tenant compte des spécificités du milieu carcéral ;
- Travailler en étroite collaboration avec d'autres secteurs ambulatoires et hospitaliers publics.



L'équipe infirmière

Champ-Dollon : 14.2 postes ; 17 personnes ;
Permanence 24h / 24 et 7jours / 7.

Horaires infirmiers à CD

4 personnes M1 : 06:45 à 12:00 12:30 à 15:15 (08:00)

3 personnes S4 : 13:30 à 21:30 (08:00)

1 personne N4 : 21:00 à 07:00 (10:00)

Modèle de soins infirmiers

Les activités infirmières se répartissent en 3 axes prioritaires :

1ère ligne :

- Bilan d'Entrée,
- Consultations de 1ère ligne,
- Soins d'urgence.

Soins généraux :

- Suivi TA,
- Pansements,
- Prise de sang,
- Administrations de traitements, Etc.

Soins spécifiques :

Consultation addictions, Consultation santé mentale, Relaxation.

Constat :

La prison de Champ-Dollon est régulièrement confrontée à une surpopulation carcérale (370 places pour jusqu'à 620 détenus).

Objectif :

Les soins de première ligne ont pour but de répondre de manière optimale aux nombreuses demandes des détenus, de permettre l'accès rapide aux soins, de prioriser et d'orienter les patients dans le système de soins.

Méthodologie :

Beaucoup de demandes des détenus ne nécessitent pas de réponse médicale. La répartition des situations entre les soins infirmiers et le corps médical permet de trouver la réponse adéquate à la demande et de diminuer le temps d'attente pour les patients.

Activités :

En 2010, les soins de première ligne sont redéfinis. Ils englobent un bilan infirmier d'entrée, les soins d'urgence, le tri des demandes en soins, et depuis quelques mois, une consultation infirmière de première ligne.



- Infirmier
- Systématique, le jour de l'entrée
- Confidentiel, salle de consultation ou local bagages
- Évaluation
- Orientation, consultation médicale si nécessaire
- Traitement de l'urgence.

Son contenu :

- Situation sociale,
- Perception du patient / état de santé,
- Dépistage TBC,

- Problèmes de santé physique, actuels,
- Problèmes de santé mentale,
- Violence,
- Abus de substances,
- Vaccins,
- Traitements,
- Suivis extérieurs.



Demande de consultation

- Écrite
- Journalière
- Confidentielle
- Décoder
- Évaluer degré d'urgence
- Planifier les consultations

DEMANDE DE CONSULTATION MÉDICALE :

NOM : [REDACTED]
Prénoms : [REDACTED] 22 JUIN 2007
Date de naissance : 12 07 87
N° de cellule : 163

Motifs : 1e coup Mal - Mal - Mal - Mal - Mal
Mal - Mal - Mal - Mal - Mal - Mal
Mal - Mal - Mal - Mal - Mal - Mal - Mal
Mal - Mal - Mal - Mal - Mal - Mal

Date : 07-01-2007 Signature : [Signature]

► Dès réception de votre demande, celle-ci est enregistrée et vous serez reçu(e) à l'Unité médicale dès que possible.

Formulaire déposé en 12000 cellules à la prison de Champ-Sillon - (Préfecture de la Haute-Savoie)

NOM : [REDACTED]
PRENOM : [REDACTED] 24 JUIN 2008
NO DE CELLULE : 0275

MOTIFS : PROBLEME BUKU
SIRVAPIEI TAZAWIA
= "problème beaucoup s'il veut partir,
"fait ça suite".

Date : 23 06 08 Signature : [Signature]

réception de votre demande, celle-ci est enregistrée et vous serez reçu(e) à l'Unité médicale dès que possible.

La consultation de 1ère ligne

- Une infirmière s'occupe de la consultation en recevant les patients suite à une demande écrite.
- Un médecin chef de clinique peut intervenir durant les entretiens organisés par l'infirmier si une évaluation médicale est nécessaire.
- Des cours ont été donnés à l'équipe infirmière pour faciliter l'évaluation clinique des patients.

L'urgence

- Signalée :
par un gardien d'étage, à un gardien médical, aux infirmiers ;
- Peu précis.

Exemple de demandes


- M.X. s'est fait mal au sport, il a mal à la cheville ;
- M.Y. est par terre dans sa cellule, il a de la peine à respirer ;
- M.B. a mal au cœur ;
- Un pendu au 1 nord.

Distribution médicaments

- A la porte des cellules ;
- 2 x /jour ;
- Seuls moments où nous avons accès aux patients en cellule.

Bref échange à la porte de la cellule

- Identification du patient ;
- Distribution pour 24h ;
- Prises de médicaments sous contrôle ;
- Écoute cadrée ;
- Observation : ↘
- Perceptions :



**Présentation
Attitude
État de la cellule
Demandes**

ETUDE « parme » : Evaluation de la situation des personnes malades détenues relevant d'une démarche palliative dans les établissements pénitentiaires français

A. Godard, E. Cretin, A. Chassagne, E Amzallag, S. Grignard , L. Pazart, R. Aubry

Introduction

Comme l'ont montré les études de la DREES en France en 1997 et en 2003, les personnes entrant en détention présentent des caractéristiques sanitaires plus dégradées que la population générale à âge égal (Mouquet, 2005 ; Mouquet *et al.*, 1999). Cette fragilité à l'entrée est accentuée pendant la période de privation de liberté par les facteurs pathogènes inhérents à la détention : manque d'activité, alimentation carencée, consommation excessive de tabac ou même de stupéfiants⁶⁰ (Neverloff Dubler, 1998 ; Darbeda, 1999, Jauffret-Roustide *et al.*, 2004). A ceci s'ajoute le fait que les lois successives allongeant les peines et limitant les conditions d'accès aux aménagements de peine pour les personnes en situation de récidive légale ont entraîné un vieillissement de la population⁶¹ et donc une augmentation de la dépendance (Cour des comptes, 2010). Le cumul d'un état de santé plus dégradé, d'un moindre accès aux médecines préventives, avec le vieillissement de la population amène à s'interroger sur les modalités de prise en charge des personnes détenues « atteintes de maladies graves, chroniques, évolutives ou

60 L'enquête coquelicot réalisée en 2004 par l'InVS et portant sur les usagers de drogues a montré que parmi les usagers interrogés, 12% de ceux ayant connu l'incarcération ont déclaré avoir consommé des substances illicites pendant leur période d'incarcération.

61. La proportion de personnes détenues de plus de 60 ans est passée de 2% au 1er janvier 1997 (Cour des comptes, 2010) à 3,6% au 1er janvier 2011 avec une stabilité depuis 2005 (OPALE 2011).

terminales mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale »⁶², autrement dit des personnes qui relèveraient de soins palliatifs. Chaque année environ 140 personnes décèdent de mort naturelle en détention⁶³ sans qu'aucune autre statistique ne soit fournie par l'administration pénitentiaire (type de pathologies, âge des personnes décédées, etc.). Ainsi actuellement il n'existe aucune donnée portant sur les patients détenus relevant de soins palliatifs incarcérés dans les établissements pénitentiaires français. Afin de pallier ce manque, le CHRU de Besançon met en place une étude prospective et qualitative (PARME) ayant *un double objectif d'évaluation de la fréquence et des situations des patients détenus relevant de soins palliatifs et de compréhension des modalités d'attribution des suspensions de peines pour raisons médicales.*

1. Un suivi palliatif en détention

En France, depuis 1994⁶⁴, le suivi sanitaire des détenus est dévolu au service hospitalier qui intervient en détention au sein d'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA). Ces unités sont rattachées à un pôle au sein de l'hôpital de proximité. Un premier bilan de la mise en œuvre de cette loi, effectué en 1996, a mis en évidence une nette amélioration de la qualité des soins (Guérin, 2003⁶⁵) Cependant même si la loi affirme l'égalité de tous pour l'accès aux soins⁶⁶, la détention crée de fait une discrimination en raison notamment de la dichotomie entre les missions du service hospitalier et celles de l'administration pénitentiaire (Watson et al., 2004). Ainsi les exigences sécuritaires de l'administration pénitentiaire rendent parfois difficile l'hospitalisation des patients nécessitant des soins spécialisés, en particulier quand ces patients souffrent de pathologies lourdes.

Afin de permettre d'améliorer l'accès aux soins hospitaliers pour les personnes détenues, des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales

62 Définition des patients nécessitant des soins palliatifs selon la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP).

63 Source OPALE.

64. Loi du 18/01/1994, n°94-43, relative à la santé publique et à la protection sociale, JO n°15, 19/01/1994.

65 GUERIN G.(coord), sept 2003, « La Santé en prison. », adsp, n°44.

66 Loi du 4/03/2002, n°2002-303, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO n° 54, 05/03/2002.

(UHSI) ont été créés par l'arrêté ministériel du 24 août 2000. Début 2012, 7 unités étaient en service : Nancy et Lille ouvertes en 2004, Lyon en 2005, Bordeaux, Marseille et Toulouse en 2006 et Paris (Pitié-Salpêtrière) en 2008⁶⁷. Structures hospitalières répondant aux critères de sécurité pénitentiaire, elles sont prévues pour des hospitalisations de plus de 48h, et devaient faciliter l'organisation des extractions et limiter les gardes statiques. Ces structures permettent le suivi des pathologies lourdes et une hospitalisation plus ou moins longue de patients dont la situation de santé le nécessite. De ce fait, elles sont les éléments incontournables de la prise en charge des patients relevant de soins palliatifs.

Depuis 1986, des unités de soins palliatifs ont été mises en place dans les centres hospitaliers français. Les soins palliatifs « cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences de cette maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, ainsi que le traitement de la douleur et des problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Contrairement à une idée largement répandue, les soins palliatifs ne concernent donc pas seulement les dernières semaines ni les derniers mois de la vie, et peuvent être mis en œuvre simultanément à des soins dits "curatifs" » (Aubry, 2011). Ces droits s'appliquent aux personnes détenues dans les établissements pénitentiaires français. Cependant aucune donnée n'existe sur ces populations : combien sont-elles ? comment les médecins consultants en UCSA organisent-ils la prise en charge de ces patients ? quelle est la place des UHSI dans les parcours de soins de ces patients ?

Afin de répondre à ces questions, *le premier objectif du projet PARME est de recenser les patients détenus relevant de soins palliatifs*. Pour cela, une étude épidémiologique, effectuée au sein des UCSA et des UHSI en collaboration avec les médecins, permettra non seulement de quantifier l'étendue des besoins, mais aussi de faire un état des lieux des pratiques et d'identifier les situations de vulnérabilité des patients détenus. Ainsi, les médecins-investigateurs recensent les patients répondant à la définition des soins palliatifs donnée par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Pour chacun des patients recensés ils remplissent un cahier d'observation apportant des informations globales sur le patient :

67 Une huitième UHSI devrait être mise en service à Rennes courant 2012.

- Caractéristiques sociodémographiques
- Situation de santé
- Degré d'autonomie
- Situation pénale
- Situation pénitentiaire

En outre, il est demandé au médecin de donner son avis sur les conditions de détention du détenu au regard de sa pathologie et de ses symptômes et sur la possibilité pour ce patient d'avoir accès à une suspension de peine pour raison médicale.

Les données de ce questionnaire permettront de décrire les situations des patients détenus relevant de soins palliatifs et de créer une typologie codifiant les situations des patients au regard des demandes de suspension de peine (existence d'une demande ou non), de la réponse apportée à ces demandes (accepté ou refusé) et de la situation médicale des patients. Cette typologie permettra de sélectionner les patients à inclure dans une étude qualitative qui s'intéressera plus particulièrement aux modalités d'obtention ou de rejet d'une suspension de peine pour raisons médicales.

2. La loi Kouchner et les suspensions de peine pour raisons médicales

En mars 2002, la loi dite « loi Kouchner » crée la possibilité de suspension de peine pour raison médicale, aujourd'hui inscrite dans *l'article 720-1-1 du CPP* :

« Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention ».

Au 31 décembre 2009 et depuis le vote de cette loi, 735 demandes étaient parvenues aux juges d'application des peines. 496 demandes avaient été acceptées, soit 67%. Cette loi présente des conditions d'application restrictive. Premièrement, la jurisprudence précise que le pronostic vital

doit être engagé « à court terme »⁶⁸, ce qui est difficile à définir pour les médecins. De plus, les magistrats s'appuient sur les conclusions de deux experts qui doivent montrer de manière concordante soit que le pronostic vital est engagé à court terme, soit que l'état de santé du patient est incompatible avec la détention. Une expertise psychiatrique peut être demandée afin d'estimer si le détenu présente des risques de dangerosité. Sont aussi pris en compte les risques de trouble à l'ordre public que pourraient entraîner la libération du détenu.

Dans la loi pénitentiaire votée en 2009, le processus de mise en œuvre de la suspension de peine pour raisons médicales est allégé en cas d'urgence – entendons par là « en cas de décès probable à très court terme ». Ainsi, « *en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé, la suspension peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge le détenu ou son remplaçant.* ». Si quelques articles (Sandol-Roy, 2004 ; Traulle et Al., 2006) traitent de l'application de la suspension de peine. Aucune donnée actuellement ne permet de comprendre comment les suspensions de peine sont octroyées ou refusées ce qui constitue le second objectif du projet PARME qui s'intéressera plus particulièrement aux demandes émanant des détenus dont l'état de santé nécessiterait des soins palliatifs.

Le second objectif du projet PARME est d'appréhender les rapports institutionnels et personnels déterminant la mise en œuvre de la loi Kouchner. Pour y répondre, une enquête qualitative sera mise en place. Développant une démarche abductive dans la ligne de la théorie ancrée telle que définie par Anselm Strauss et Juliet Corbin (1988), le projet PARME cherchera à comprendre le système de trajectoires dans la mise en œuvre d'une demande de suspension de peine pour raison médicale.

Conclusion

L'étude épidémiologique pilote du projet PARME s'est déroulée fin 2011 dans les 27 établissements pénitentiaires de l'interrégion de l'USHI de Lyon. Les résultats de cette étude seront publiés au cours de l'année 2012.

68 Cour de cassation, chambre criminelle, 28/09/2005, n° de pourvoi 05-81010, in BC 2005, n°247, p.86.

En posant son regard sur la prise en charge médicale des personnes détenus atteintes de pathologie lourdes et sur l'application de la loi du 2 mars 2002 dite loi Kouchner, le projet PARME s'inscrit dans un questionnement éthique tel que celui soulevé par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) dans son avis n°94 « la santé et la médecine en prison » (2006). L'incompatibilité entre une prise en charge sanitaire de qualité et la détention invite à questionner le sens de la peine : quelle est la place de la détention dans l'arsenal juridique dont dispose le juge d'application des peines ? Quel est l'objectif de la détention ? Cet objectif est-il applicable à des personnes gravement malade, voire en fin de vie ?

Bibliographie

AUBRY R., 2011, *Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010*, Rapport à M. Le Président de la République, M. Le Premier Ministre, Comité national de suivi du développement des soins palliatifs.

DARBEDA P., mars-juin 1999, « Médecine et détenus », *Journal international de bioéthique*, n°1-2, pp 35-45.

JAUFFRET-ROUSTIDE M., COUTURIER E., LE STRAT Y., 2004, Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, BEH n° 33.

GUERIN G. (coord), sept 2003, « La Santé en prison. », *adsp*, n°44.

MOUQUET M-C, 2005 (mars), « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats*, n°386, DREES.

MOUQUET M-C, DUMONT M., BONNEVIE M-C, 1999 (janvier) « La santé à l'entrée en prison, un cumul des facteurs de risques », *Études et résultats*, n°4, DREES.

NEVERLOFF DUBLER N., 1998, « The collision of confinement and care : end of life care in prison jails. », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, n°26, American society of Law, Medicine and Ethics, pp149-156.

SANDOL ROY (de) B., 2004 (mars), « La suspension de peine pour raison médicale : Une parenthèse de la peine contre une parenthèse de la santé. », *Droit Déontologie & Soins*; 4(1), pp 4-15.

TRAULLE É, WERBROUCK A, MANAOUIL C., 2006 (sept) « La suspension de peine pour raison médicale. » *Médecine & Droit.*, 79-80, pp 142-146.

STRAUSS A., CORBIN J., 1988, *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*

WATSON R., STIMPSON A., HOSTICK T., 2004, « Prison health care: a review of the literature », *International journal of nursing studies*, n°41, pp119-128.

Is there a role for a general practitioner (GP) in an adolescent correctional facility?

Primary Care Services provided to adolescents in detention: The Geneva project « La Clairière » (*Abstract*).

Dr. Tina Huber-Gieseke, PD Dr. Hans Wolff

Background: The health care needs of young offenders are known to be higher than those in the general population. Juvenile inmates are more likely to have smoked, used alcohol or illegal drugs, engaged high risk sexual behaviours and experienced violence. Consequently, they are at high risk of sexually transmitted disease, trauma and injury, premature pregnancy, respiratory diseases and oral health issues, as well as a growing number of psychiatric and conduct disorders. Free health care access during incarceration is there a unique opportunity for these adolescents, reinforced by the last WHO report which also stresses the need of good collaboration of health, educational providers and prison authorities.

Setting: The Geneva juvenile detention facility « La Clairière » includes a closed detention section next to an educational unit for 30 juveniles with a mean of 450 admissions /year. The facility is one of the first examples for integrated health care for young offenders in Switzerland and more than half of them have a somatic or mental health problem. The systematic and direct contact with health professionals (nurse, doctors, and psychologists) helps these adolescents to develop preventive strategies and their own health. The medical approach is based on confidentiality, individual and group settings using tools approved in a youth friendly health service (HEADSSS, Dep-Ado, vaccination survey strategies, infectious diseases screening, motivational talking).

Aim: The aim of this presentation is to give an insight in the health care objectives and needs of juvenile offenders face to the GP's, by using different approved evaluation tools. We focus on a practical approach (clinical settings/ case reports) to elucidate preventive and promotion strategies, but also barriers for a GP in contact with the young offenders. Furthermore we illustrate examples of close collaboration with prison authorities and the local network services.

6

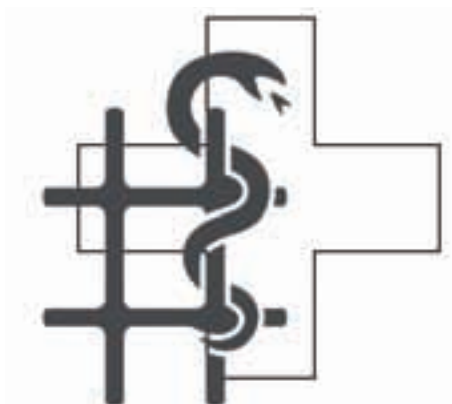
Corner Stone Lab



Französisch / Français



Französisch / Français



Protocole de prise en charge des problèmes d'alcool en prison : evaluation de l'acceptation par l'équipe (*Abstract*)

Jean-Pierre Rieder

Introduction

In 2008, the multidisciplinary prison medicine team in Champ-Dollon (Geneva) set up an "alcohol guideline tool": standardizing the management of excessive alcohol drinkers entering prison. The alcohol guideline tool defines tasks and limits of each professional (primary care physician, nurse), and the treatment based on the CIWA-Ar score. We aim to present the evaluation of its perception by the team.

Method

All alcohol guideline tool users working at least once during 3 consecutive weeks in summer 2011 were *given* a 16-items anonymous questionnaire measuring use, usefulness and effectiveness perception. Perception items were assessed by a rating scale from 1 (totally disagree) to 5 (tot. agree).

Results

Eighty-nine percent (N=8) of primary care physicians and 86% (N=18) of nurses participated. The alcohol guideline tool was perceived as globally useful and effective. It improved nurse-doctor collaboration (mean 4.03/5, SD 0.91) with acceptable workload increase (2.34/5, SD 1.29).

More nurses perceived workload increase as unjustified (score>3/5) than primary care physicians (N=5/18 vs. 0/8) with follow-up too long (3.11/5, SO 1.07 vs. 1.37/5, SO 0.51, $p>0.0002$). Seniority (:53 vs >3 years in the unit) doesn't significantly affect the answers except for perceived length of follow-up ($p=0.0084$). Several nurses mentioned an impression of learning-by-doing effect: some patients could bias their score to obtain unnecessary medicine, e.g. anxiolytics-addicted patients may induce a false positive CIWA-Ar-score.

Conclusion

Standardizing the management of excessive alcohol drinkers entering prison seems useful, effective and acceptable by primary care physicians and nurses. It is experienced as improving nurse-doctor collaboration. Specific skills and training are needed to reduce CIWA-Ar-score misinterpretation in case of frequently observed comorbidities in prison (anxiety, addiction).

Les effets du principe de l'équivalence de soins sur la pratique médicale en prison (*Abstract*)

Dr. Messaoud Benmebarek

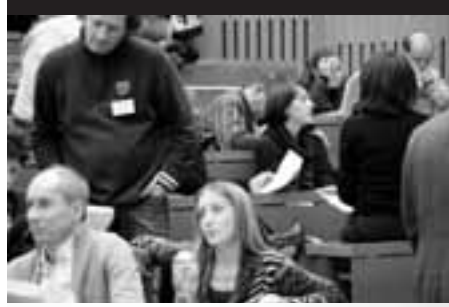
En vertu du principe médico-éthique de l'équivalence de soins, édicté par l'Académie Suisse des Sciences Médicales concernant les soins dispensés aux personnes détenues, nos pratiques médicales connaissent un mouvement de translation de l'hôpital vers un milieu non conçu pour un tel exercice. Ce mouvement qui va croissant, nous interroge sur les effets et les limites techniques et éthiques du principe de l'équivalence de soins en milieu répressif et le risque du dévoiement de ce principe.

Je me propose d'interroger ce principe au travers du développement des soins institutionnels en milieu carcéral et des soins institutionnels de nature carcérale en milieu hospitalier dans le canton de Vaud où j'exerce. De la cellule médicale à l'établissement de réinsertion sécurisé, en passant par l'unité psychiatrique carcérale, la question de l'adéquation de nos pratiques médicales, qui sont fondamentalement hospitalières, avec un milieu conçu pour ne pas l'être, bouleverse le sens de nos pratiques et leurs finalités au regard du droit du détenu à un traitement équivalent.

Le nombre de malades mentaux incarcérés augmente et parmi celui-ci, le nombre de ceux qui subissent une mesure pénale. L'enfermement, tant décrié par M. Foucault et à sa suite, guette cette population hautement vulnérable par le truchement d'une pratique médicale respectueuse des recommandations et des conventions mais ne paraît pas être à l'abri de l'influence de « l'Institution Totale ». La pression sécuritaire de la société, la « désinstitutionnalisation », remplacée par des pratiques ambulatoires et brèves, basculent une population psychiatrique vers la prison, seul espace encore fermé et contenant ; de plus, aujourd'hui, le soin y est dispensé. Cependant, l'efficacité des soins en prison n'est pas un gage d'un retour du sujet dans la société.

7

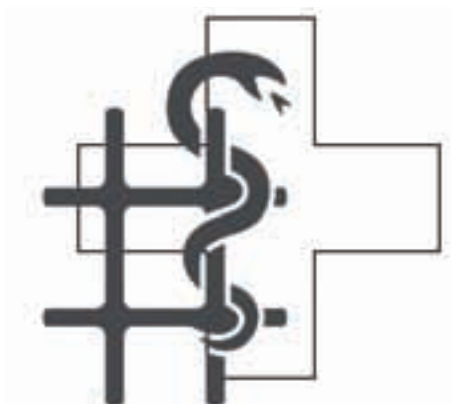
Corner Stone Lab



Deutsch / Allemand



Deutsch / Allemand



Macht es einen Unterschied, welches Ministerium für Gesundheit in Haft zuständig ist?

Ein Plädoyer aus Community Perspektive

Peter Wiessner, Raminta Stuikyte und Ute Häusler-Jitoboh

Zwei Grundprinzipien werden immer wieder benannt, wenn Gesundheitsförderung in Haft zur Sprache gebracht wird: das „Äquivalenzprinzip“, wonach Gefangen den Anspruch auf eine vergleichbare Versorgung wie draußen haben, sowie die Idee, dass Gesundheitsförderung in Haft ein Bestandteil der öffentlichen Gesundheitsfürsorge sein sollte. An der Realität lässt sich leicht überprüfen, wie es um die Umsetzung beider Prinzipien bestellt ist.

Beide Grundprinzipien werden auf Haftkonferenzen und in Publikationen zum Thema so umfassend diskutiert, dass man meinen könnte sie wären bereits allerorten umgesetzt.

Das Gegenteil ist der Fall. Doppelstandards sind die Regel. Im Vergleich zur Welt außerhalb der Haftmauern sind die Dienstleistungen, die den Gefangenen zur Verfügung stehen, oftmals von minderer Qualität. Oft ist wenig über die Situation von erkrankten und behandlungsbedürftigen Gefangenen bekannt. Die Transparenz der Gefängnisse ist hinsichtlich der Bedürfnisse von chronisch erkrankten Gefangenen oder Gefangenen mit übertragbaren Erkrankungen begrenzt. In Bezug auf Gesundheit in Haft stellen wir sehr oft fest, dass kein bzw. ein nur sehr unzureichendes Kontrollsystem vorhanden ist: das Gesundheitssystem im Gefängnis schafft sich, losgelöst von der Welt „draußen“, seine eigenen Bedingungen und „kontrolliert“ sich dabei selbst. Auf politischer Ebene liegt das Schlüsselproblem darin, dass die Gesundheitsministerien keinen Einfluss auf die Gesundheit der Gefangenen haben, und diesen Einfluss möglicherweise auch gar nicht haben wollen. Dieser Mangel an Autorität bzw. das Desinteresse verursachen für lokale Gesundheitsbehörden Probleme, wenn sie sich Zugang zu den Gefängnissen in ihrem Verantwortungsbereich verschaffen möchten. Sehr oft gibt es gar keinen oder nur minimalen Kontakt zwischen den lokalen Gesundheitsämtern und den örtlichen Gefängnissen, mit dramatischem Einfluss auf Möglichkeiten der

Haftvorbereitung und Nachversorgung bei Haftentlassung, die Installierung von Programmen für chronisch Erkrankte, die Weiterführung der Behandlung, für Programme zur Unterbringung, Suchtbegleitung etc.

Sollte Gesundheit in Haft dem öffentlichen Gesundheitssystem unterstellt werden?

Berichte aus unterschiedlichen Ländern und Situationen haben die gleiche Tendenz: überall findet sich in Gefängnissen eine höhere Prävalenz von Menschen mit übertragbaren Krankheiten, Drogen- und Alkoholabhängigkeiten, psychischen Erkrankungen, etc.

Gleichzeitig haben Gefangene im Vergleich zu dem was „draußen“ möglich ist oft nur begrenzten Zugang zu Information, zu Prävention und zu Beratungsangeboten für übertragbare Krankheiten wie bspw. HIV, Hepatitis und Tuberkulose. Man könnte vermuten, dass dies zur verstärkten Entwicklung von Programmen und Initiativen im Gefängnissen führt aber in vielen Ländern das Gegenteil der Fall: So stellen wir bei den Verantwortlichen für Gesundheit in Haft oftmals eine komplette Verleugnung von sexuellen Handlungen und Drogenkonsum in den Haftanstalten fest. Im Vergleich zur Bevölkerung außerhalb, haben drogengebrauchende Gefangene in vielen Ländern keinen freien und unkontrollierten Zugang zu Nadelaustauschprogrammen, zu Substitutionsbehandlung und anderen schadensminimierenden Maßnahmen, wie zu Gleitmittel und Kondomen. Die Realität ist absurd: Der Ort, an dem aufgrund realistischer Gefahren, Behandlung und Prävention am wichtigsten wäre, hat weniger Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen, als die allgemeine Bevölkerung, die in der Regel weniger stark betroffen ist.

Gefangene sind von der Krankenversicherung ausgeschlossen

Eine weitere wichtige strukturelle Schwierigkeit besteht darin, dass Gefangene oft von den allgemeinen Krankenversicherungen ausgeschlossen sind. Unabhängig von den gesundheitlichen Bedürfnissen der Gefangenen ist oft nur das möglich, was innerhalb des Gefängnisses angeboten wird, bzw. finanziert und umgesetzt werden kann. Aufwendungen für Behandlung und Prävention sind aus dem durch die Verantwortlichen zugewiesenen Budget zu bestreiten. Die pro Person zur Verfügung stehenden Mittel sind dabei im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung geringer. Das

Ergebnis ist, dass der Zugang zu Diagnosemöglichkeiten für inhaftierte Personen begrenzt ist. Gefangene werden in der Regel nicht in der Lage sein, einen Arzt ihres Vertrauens wählen, und sie werden große Hürden erfahren, wenn sie auf die Hilfe von Fachärzten angewiesen sind, all das ist umso mehr bei seltenen oder kostenintensiven Krankheiten ein Problem. Aufgrund dieser Zusammenhänge ist die medizinische Behandlung der Gefangenen oft von geringerer Qualität. Das ist für Häftlinge mit gesundheitlichen Bedürfnissen nicht nur beängstigend, es kann ihr Leben in Gefahr bringen.

Die Verantwortung für Gesundheit in Haft

Im Oktober 2010, während der letzte Sitzung der WHO Europe Health in Prison-Projekt (HIPP: ein Gremium in dem fast alle europäischen Länder mit Ausnahme Deutschlands vertreten sind) wurde dieses Thema diskutiert und mit der Frage verknüpft, ob die Verantwortung der Gesundheit in Haft, anstatt dass sie bei den Justizministerien bleibt, nicht besser den Gesundheitsministerien übertragen werden sollte.

In den meisten Ländern der Welt liegt die Verantwortung über die Gesundheit in den Gefängnissen noch bei den Justizministerien, mit Auswirkungen auf den Zugang zu Behandlung und Prävention wie oben beschrieben. Einige Länder erkennen darin Probleme und fordern nun, dass die Verantwortung für die Gesundheit der Gefangenen, den Gesundheitsministerin übertragen werden müsse.

Neben einigen Kantonen in der Schweiz war Norwegen eines der ersten Länder, das entsprechende Veränderungen einleitete, gefolgt von Frankreich, New South Wales in Australien und England und Wales im Jahr 2006. Finnland wird in Kürze folgen und anderen EU-Mitgliedstaaten sind dabei entsprechende Veränderungen zu erwägen.

Die European AIDS Treatment Group (EATG), mit dem Schwerpunkt auf dem Zugang zur Behandlung für die besonders vulnerable Gruppen, unterstützt und fördert entsprechende Initiativen, wo immer möglich.

Es ist ermutigend zu sehen, dass das HIPP diesen Prozess aktiv unterstützt. Es sind dringend weitere Informationen darüber nötig, wie diese Länder die Veränderung ihrer Gesetzgebung zustande brachten.

Bisher wurden entsprechende Veränderungen ausschließlich in Ländern mit hohem Einkommen vorgenommen. Es wäre bspw. interessant zu

sehen, ob Veränderungen auch in Ländern mit mittlerem oder niedrigem Einkommen möglich sind. Länder, die einen entsprechenden Weg einschlagen möchten, brauchen durch die WHO Unterstützung. Es wäre hilfreich, wenn Beispiele aus den Ländern, die ihre Gesetzeslage bereits verändert haben, bekanntgemacht beschrieben und bewertet würden. Eine der Aufforderungen von den Teilnehmern des Treffens war es, notwendige Orientierungshilfen zu entwickeln.

Die Diskussion um dieses Thema bietet eine echte Chance zur Öffnung der "die-Tür-ist-zu-Politik", welche die Realität so vieler Gefangener in so vielen Ländern noch heute bestimmt. Wir sollten die Gelegenheit am Schopf packen und für eine bessere Zusammenarbeit zwischen den für Gesundheit in Haft Verantwortlichen und den öffentlichen Gesundheitsbehörden eintreten. Lokalen Gesundheitsbehörden sollte die Autorität über die Gesundheit der Gefangenen in den Gefängnissen vor Ort übertragen werden. Das wäre ein passender Weg um die beiden oben genannten Prinzipien umzusetzen.

Als Vorbereitung der Diskussion während der HIPP Sitzung wurde der Fachartikel: "Patienten oder Gefangene: Spielt es eine Rolle, welches Regierungs-Ministerium für die Gesundheit der Gefangenen zuständig ist?" von Hayton et al. verteilt.

Die Autoren erklären, warum dieses Problem jetzt auf dem Tisch liegt und werfen die Frage auf, ob es egal ist, welches Ministerium:

- Das Budget kontrolliert und verwaltet?
- Strukturen und Politik bestimmt, die für die Gesundheit der Gefangenen wichtig sind?
- Die Einstellung der Ärzte, Krankenpfleger und sonstiger Gesundheitskräfte kontrolliert?
- die Qualität der gesundheitlichen Versorgung und Pflege sicherstellt?
- die Qualität der professionellen Standards beobachtet und evaluiert?

In dem Artikel werden folgende Punkte hervorgehoben:

1. Die Gesundheit der Gefangenen wird zunehmend als einer der zentralen Aspekte des Lebens im Gefängnis, des Gefängnismanagements, aber auch als Schlüssel für das öffentliche Gesundheitswesen wahrgenommen;

2. Es gibt einen wachsenden Trend Gesundheitsleistungen für Gefangene als integralen Bestandteil des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu betrachten, anstatt ihn isoliert zu halten;
3. Grund dieser Entwicklung sind Menschenrechtserwägungen, Probleme mit der Qualität der medizinischen Versorgung Gefangener, Probleme mit der Rekrutierung von medizinischem Personal und Schwierigkeiten mit der professionellen Rolle, in der sich Mediziner in Haft konfrontiert sehen;
4. Internationaler Druck in Richtung Reform, bspw. durch die Moscow Declaration on Prison Health as Part of Public Health (2003); die Council of Europe Recommendation No. R (98) 7 und die UN Basic Principles for the Treatment of Prisoners, hier insbesondere Prinzip No. 9 "Gefangene sollten, ohne aufgrund ihrer rechtlichen Situation diskriminiert zu werden, einen Zugang zu den Gesundheitsleistungen haben, die für die Allgemeinbevölkerung erhältlich sind".
5. Es setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass eine engere Zusammenarbeit zwischen den Justizministerien und den Gesundheitsministerien nützlich ist, bzw. dass das Gesundheitsministerium als „Heimstatt“ für Gesundheit in Haft eine Option ist, die gut umgesetzt werden kann und auch funktioniert.

Die Teilnehmer des oben genannten HIPP Treffens diskutierten den Fachartikel. Als Resultat der Gruppendiskussion wurden die nachfolgenden 9 Punkte zusammengefasst:

1. *Isolation*: Mediziner die ausschließlich in Gefängnissen arbeiten sind meist professionell isoliert, mit limitiertem Kontakt zu Medizinern draußen und der Behandlungsrealitäten außerhalb von Gefängnismauern. Das durch Norwegen vorgegebene Modell hebt hervor wie vorteilhaft es sein kann, dass Allgemeinärzte zeitweise (20% ihrer Arbeitszeit) im Gefängnis verbringen. Ein positives Merkmal dieses Modells ist es, dass es keine Schwierigkeiten bereitet qualifizierte Mediziner für den Dienst in Gefängnissen zu rekrutieren.
2. *Fortbildung*: Einer der negativen Aspekte, die professionell isolierte Mediziner in Gefängnissen wahrnehmen, besteht darin, dass sie oft nur einen limitierten Zugang zu Trainings- und Fortbildungsmöglich-

keiten haben. Mediziner, die Vollzeit in Gefängnissen arbeiten, sind oftmals so überlastet, dass sie keine Zeit finden sich adäquat fortzubilden bzw. dazu nicht aufgefordert werden.

3. *Selbstkontrolle und Evaluation:* Das Gesundheitssystem in Gefängnissen kontrolliert sich selbst. Das ist eine absurde Situation und kann auch dadurch erklärt werden, dass das Justizministerium keine für Gesundheit relevante Expertise hat. Die Qualifikation der Mediziner in Haft und gesundheitsrelevanter Dienstleistungen sollte unter der Kontrolle einer unabhängigen und erfahrenen Autorität liegen.
4. *Fehlende Aufsicht durch Gesundheitsämter:* Es gibt keine Aufsicht durch die außerhalb der Gefängnismauern zuständigen staatlichen Behörden, mit entsprechend negativen Auswirkungen für denkbare Möglichkeiten der Kooperation zwischen den innerhalb und außerhalb von Gefängnismauern existierenden Versorgungssystemen. Lokale für die öffentliche Gesundheit zuständige Autoritäten betrachten Gefängnisse in ihrer Region oft nicht als Bestandteil des öffentlichen Gesundheitssystems. Deshalb sind Gefängnisse sehr oft nicht in Präventionskampagnen, wie sie außerhalb der Gefängnisse existieren, eingebunden.
5. *Es gibt Mediziner in Haft, die ihre machtvolle Position auskosten:* Manche der in Haft tätigen Mediziner sind mit der machtvollen und unkontrollierten Position, die sie haben sehr zufrieden. Oft schaffen sie sich ihr eigenes „Universum“, was durch limitierte Kontrolle und großem Machtspielraum möglich ist. Die Position des Gefängnisarztes ist in der Tat hinter dem Gefängnisdirektor oft die zweitmächtigste Position innerhalb der gefängnisinternen Machtstrukturen. „Arrangements“ der Machtteilung mit der Gefängnisdirektion sind manchmal möglich, doch haben sie meistens ihren Preis, vor allem dann, wenn Ärzte dafür abgestellt sind Kontrollfunktionen zu übernehmen.
6. *Mediziner in Haft sollten eine Unabhängigkeit bewahren und nicht Teil des „Systems“ sein:* Medizinisches Personal, das aus Mitteln des Justizministeriums bezahlt wird, kann leicht seine Unabhängigkeit verlieren und dadurch Teil des Gefängnisystems werden, mit allen negativen Konsequenzen. Mediziner, die in einer solchen Umgebung arbeiten,

werden manchmal dadurch beeinflusst und sind bedroht, ihre Ethik als Mediziner zu verändern.

7. *Ethische Fragen und Entscheidungsprozesse:* Manchmal gibt es ethische oder auch medizinische Fragen, die nur durch wirklich unabhängige Mediziner beurteilt werden können, beispielsweise bei Haftunterbrechung, suizidalen oder schwer erkrankten Gefangenen etc. Das Treffen solcher Entscheidungen ist für Mediziner schwierig, wenn sie nicht in Freiheit und Unabhängigkeit getroffen werden können.
8. *Behandlung ist kein Bestandteil der Bestrafung:* Mediziner in Haft laufen Gefahr, die Behandlung mit der Strafe zu verwechseln, bzw. die Behandlung als Bestandteil der Strafe aufzufassen. Dies trifft besonders auf medizinisches Personal zu, das sich zu sehr mit dem Gefängnisystem identifiziert und dadurch Bestandteil des Systems wird.
9. *Die Arzt-Patienten Beziehung:* Die Basis, auf der sich eine funktionierende Behandlung entwickeln kann, gründet in der Beziehung zwischen Arzt und Patient: Vertrauen ist für diese Beziehung und zur Schaffung einer Compliance (Einnahmetreue der Medikamente) eine unabdingbare Voraussetzung. Dies gestaltet sich als sehr schwierig, wenn Mediziner in Haft nicht unabhängig agieren können und/oder als Bestandteil des Systems wahrgenommen werden. Das wird insbesondere dann zum Problem, wenn die Vertraulichkeit nicht garantiert werden kann, der Mediziner Kontrollfunktionen wahrnimmt (Urinkontrollen, Drogenkontrollen etc.) und wenn Unklarheiten darüber bestehen, welchen Informationen durch das medizinische Personal an welche Stellen weitergegeben werden.

Die hier zusammengetragenen Punkte unterstreichen die Wichtigkeit der Forderung, die Verantwortung für Gesundheit in Haft von den Justizministerien in die Hände der Gesundheitsministerin zu legen. Es ist notwendig, dass die gesundheitsrelevanten Bedürfnisse von Gefangenen durch die Krankenversicherungen abgedeckt werden, genauso wie sie das für die Allgemeinbevölkerung auch sind. Solange das nicht garantiert ist, wird das Prinzip der Äquivalenz nicht erreicht werden können. Gesundheit in Haft wird, solange keine strukturellen Veränderungen vorgenommen werden, kein Bestandteil des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden können.

Das Eintreten für die Menschenrechte der Gefangenen ist für die Reformen die nötig sind von grundlegender Wichtigkeit. Solange abgesonderte Gefängnisssysteme existieren wird dies zwangsweise zu ungleichen Dienstleistungen führen.

Die Zeit ist reif, für notwendige Reformen einzutreten!

Literatur

Cook, C. (2010). The Global State of Harm Reduction Key issues for broadening the response. International Harm Reduction Association, London, UK.

Hayton, P., Gatherer, A., Frazer, A. (2010). *PATIENT OR PRISONER: Does it matter which Government Ministry is responsible for the health of prisoners?* A briefing paper for network meeting, Copenhagen October 2010, WHO Europe.

Jürgens, R. (2007). *Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies*. World Health Organization.

Møller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer A., and Nikogosian, H. (Eds.). (2007) *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. World Health Organization.

Justiz im Verzug Zum Status Quo der Substitutionsbehandlung im bayerischen Justizvollzug

Florian Schäffler M. A.

Ein in Bayern inhaftierter drogenabhängiger Gefangener will mittels Klageweg die ihm verwehrte, jedoch aus medizinischer Sicht dringend indizierte Substitutionsbehandlung durchsetzen. Der Erfolg seiner Klage könnte Konsequenzen für den gesamten deutschen Justizvollzug mit sich bringen.

Ähnlich schwierig wie sich in den 1980er Jahren die Ersatzstoffvergabe als Regelversorgung hat durchsetzen lassen, gestaltet sich heute ihre Etablierung im Justizvollzug. Politischer Gegenwind, der sich größtenteils auf ideologischem Fundamentalismus bzw. Konservatismus zu begründen scheint und wissenschaftliche Fakten ignoriert, erschwert aktuell die Durchsetzung der schadensmindernden Behandlung in bayerischen Haftanstalten.

Während in Baden-Württemberg zum 15. Juli 2011 Behandlungsoptionen erweitert wurden und damit - zumindest formal - erstmals auch die Originalstoffvergabe⁶⁹ in Haft möglich wird, entbehrt die Nicht-Substitution in 35 der 36 bayerischen Justizvollzugsanstalten nach wie vor jeglicher Grundlage und widerspricht obendrein dem sogenannten Äquivalenzprinzip, wonach die Leistungen in Art und Umfang denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen sollen (§61 StVollzG). Auch die Substitutionsrichtlinien der Bundesärztekammer, die in der 2010 novellierten Fassung die Substitutionsbehandlung bei stationärer Unterbringung ausdrücklich befürworten, werden in bayerischen Anstalten nicht berücksichtigt. Exemplarisch für die landesweite Problematik ist ein Fall aus der JVA Kaisheim anzuführen, wo einem langjährig drogenabhängigen, HIV- und Hepatitis C- positivem Mann die aus medizinischer Sicht dringend

⁶⁹ PatientInnen erhalten Heroin in Form des halbsynthetischen Opioids Diamorphin

notwendige Behandlung mit einem Substitut verwehrt bleibt, nun aber mittels Klageweg durchgesetzt werden soll.

Dr. Markus Backmund, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, zur Situation dieses Mannes: „Aus suchtmmedizinischer Sicht sollte eine Substitutionsbehandlung begonnen werden, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und eine erhöhte Gefährdung des Lebens zu verhindern.“

Unterstützung bekommt der Häftling aus Kaisheim von der Arbeitsgemeinschaft „Aids & Haft“ sowie von Rechtsanwalt Florian Haas und dem Autor dieses Artikels. Gemeinsam mit dem Mandanten beschreitet die Projektgruppe dieser Tage den Klageweg, ähnlich dem, der bereits 2006 in England eine Veränderung bei der medizinischen Versorgung drogenabhängiger Gefangener bewirken konnte. Vor dem Hintergrund, dass nur wenige drogenabhängige Häftlinge über finanzielle Ressourcen für eine Klage verfügen, wäre es wünschenswert, dass dieses Verfahren zu einer Art Präzedenzfall und somit zum Maßstab für die Behandlung drogenabhängiger Gefangener in ganz Deutschland wird.

Am 26. Mai 2011 wurde deshalb namens und im Auftrag des Mandanten - wir nennen ihn, angelehnt an den Artikel aus der SZ, Paul Bruns- beantragt, „alle zumutbaren und erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um Herrn Bruns während seines Aufenthalts in der JVA Kaisheim ab sofort bis zur Entlassung aus der JVA die Substitutionsbehandlung mit Diamorphin, Polamidon oder einem anderen Heroinsubstitut zu gewährleisten“.

Der darauf folgende Ablehnungsbescheid der JVA Kaisheim wurde im Oktober 2011 in zweiter Instanz von der zuständigen Strafvollstreckungskammer aufgehoben und die Anstalt zugleich verpflichtet, neu zu entscheiden. Unter Nichtberücksichtigung wesentlicher Umstände und unter Einbeziehung völlig sachfremder Erwägungen wurde Anfang 2012 die Substitution des Gefangenen sodann erneut durch die JVA abgelehnt. Aktuell liegt deshalb ein zweiter Antrag auf gerichtliche Entscheidung gem. § 109 StVollzG bei der zuständigen Strafvollstreckungskammer.

Abhängig vom Beschluss der Strafvollstreckungskammer, empfiehlt sich als nächster Schritt voraussichtlich die Klage beim Oberlandesgericht. Weitere Schritte sollen - sofern nötig - die Klage beim Verfassungsgericht sowie beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte sein. Spätestens in diesen letzten beiden Instanzen ist mit sehr großer Wahrscheinlichkeit mit

einer positiven Entscheidung im Sinne des Mandanten zu rechnen. Und damit im Sinne all der Menschen, denen gegen geltendes Recht die notwendige medizinische Versorgung in Haft verweigert und damit eine menschen-unwürdige Behandlung zu Teil wird. Auch und insbesondere in Bayern.

Entbindung und Haft.

Zum Umgang mit Schwangeren im Vollzug (*Abstract*)

Eva-Verena Kerwien, BAGS

Hintergrund:

Hinlänglich ist bekannt, dass Frauen im Strafvollzug sowohl in Deutschland als auch europa- und weltweit eine Minorität darstellen. Das Vollzugssystem ist auf den „männlichen“ Regelvollzug ausgerichtet, so dass Frauen im Strafvollzug oftmals erhebliche Benachteiligungen erfahren. Auch im Rahmen der haftinternen Gesundheitsversorgung ist es folglich wichtig auf die geschlechtsspezifischen Bedürfnisse und die notwendigen Versorgungsangebote für Frauen hinzuweisen. Vor allem Schwangere und Mütter stellt die Inhaftierung zumeist vor eine große Herausforderung. Dies besonders dann, wenn die Entbindung in die Zeit des Freiheitsentzuges fällt und zu klären ist, welche Möglichkeiten der weiteren Strafvollstreckung in Betracht kommen.

Ziele:

Bezug nehmend auf die Stellungnahme der Evangelischen Konferenz für Gefängnisseelsorge in Deutschland zum Umgang mit Schwangerschaft und Entbindung im Vollzug (*Beginn des Lebens in Fesseln?* verabschiedet 5. Mai 2011) soll die Thematik aufgegriffen und diskutiert werden.

Exemplarisch wird hierbei die Antwort der NRW-Landesregierung zur Großen Anfrage der Fraktion DIE LINKE „Mädchen und Frauen im Strafvollzug in NRW“ herangezogen, um den Umgang mit (werdenden) Müttern im Vollzug in NRW darzustellen. Vorausgehend werden die spezifischen Bedürfnisse von jungen Mädchen und Frauen in Haft thematisiert sowie die rechtlichen Regelungen und (internationalen) Empfehlungen zum Umgang mit Schwangeren im Vollzug vorgestellt. Zudem soll ein Blick über

die Grenzen etwaige alternative Methoden im Umgang mit Schwangeren aufzeigen.

Resultate:

Information und Sensibilisierung zum Thema Schwangerschaft im Vollzug. Vermittlung von Kenntnissen nationaler und internationaler Regelungen und Empfehlungen. Erfahrungsaustausch.

Mögliche Diskussionspunkte:

- Wie ist der Umgang mit Schwangerschaft (Mutterschaft) im Vollzug in anderen Ländern organisiert?
- Gibt es dort Ansätze „Guter Praxis“, die auf Deutschland übertragbar wären?
- Wie steht es um die Vor- und Nachteile der Kinder (und Mütter) in Mutter-Kind-Einrichtungen des Vollzugs?
- Welche Erkenntnisse liegen zur Verwendung der elektronischen Fußfessel bei (werdenden) Müttern vor?

8.1

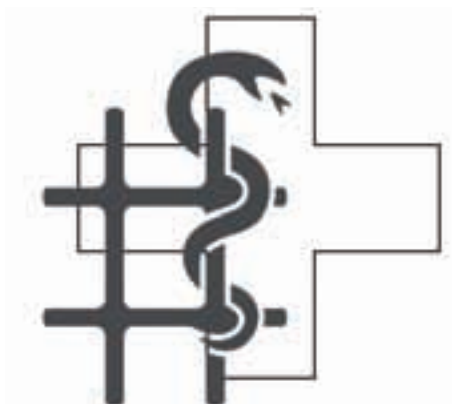
Genfer Erklärung Déclaration de Genève 2012



Deutsch / Allemand



Deutsch / Allemand



Geneva Declaration 2012 on health care in prison

Hans Wolff¹, Jörg Pont², Heino Stöver³

Independence of health care services in prison was a prominent theme during the 6th European Conference on Health Promotion in Prison which was held in Geneva in 2012. The idea of the Geneva Declaration emerged during the meeting and was approved by the delegates during the congress.

Detainees represent an underserved, vulnerable population. They frequently have limited access to healthcare due to social and economic disadvantages, family dysfunction and high rates of school dropout. The accumulation of these negative social determinants of health explain why detainees have such a high burden of disease.¹⁻³ This disadvantage continues after release into the community with a markedly elevated relative risk of death from drug overdose.⁴

Prisons are considered as total institutions because they disrupt the barriers that usually separate the main spheres of life (sleep, eat, play and work), organize all detailed aspects of daily living for its inmates in the company of a large group of individuals who were not chosen by the inmate.⁵ Such settings may seriously harm the personality of the inmates and lead to the loss of self-identity and the feeling that time spent in custody is wasted time.

Within such a difficult context, health services play an important role, not only for detainees but for the safety in the institution and for public health. In the custodial setting, the doctor-patient relationship is under pressure for several reasons. For example, in many prisons detainees are of foreign origin and mutual understanding is complicated by language and cultural barriers. Furthermore, conflicts of dual loyalty as well as administrative and financial restrictions worsen quality of health care in custody.^{6,7} Providers of health care within these vulnerable contexts need to integrate elements of ethical reflection and questioning into their daily work.

Modern prison health services should aim to reduce inequalities by providing a range and quality of health care equivalent to that available in the community. Seven fundamental principles of health care in custody by

the Council of Europe and the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT).^{8;9}

Access to a doctor	The detained person shall have unrestricted access to medical care, without discrimination in regards to their legal situation.
Equivalence of care	Medical care in prison should be equivalent to that provided to the general population in the same region.
Patient consent and confidentiality	The detained person must give informed consent prior to health care interventions and patient confidentiality must be strictly observed.
Preventive health care	The detainee has the right to health education and preventive health measures equivalent to general population in the region.
Humanitarian assistance	Vulnerable groups in custody such as women, older inmates, and ethnic or cultural minorities need protection and assistance by health professionals.
Professional independence	Health professionals who are to care for detained persons must be able to treat their patients in complete professional independence from the judicial and prison hierarchies that govern the institution
Professional competence	Health professionals who are to care for detained persons must have professional competence and training adequate to the special needs of these patients.

Table 1: Fundamental principles for health care in custody⁸

The Penal Reform International delineates this pre-condition in the following way: “Confidence of prisoners in the health care of a prison can only be obtained if it is known to everyone in the prison that for a prison physician, nurse or health care worker, the patient has to have, and indeed has priority over order, discipline or any other interests in the prison.”¹⁰

Health services in custodial settings need to be better prioritized by governments all over the world. As explained in the Geneva Declaration, the seven fundamental principles of prison health care (see table 1) should be included in the legislations of every country. Measures should be taken to ensure strict adherence to these guidelines. Furthermore, health care centres in prison need to be integrated into national and international public health strategies. When prison health care centres are well-functioning and well-connected, they provide important opportunities to treat hard-to-reach populations and will have an enormous impact on the public’s health and also on the health care resources of the general community.

Reference List

1. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet* 2011;377:956-65.
2. World Health Organization (WHO). Social Determinants of Health: The Solid Facts.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf . 2003.
3. Wolff H, Sebo P, Haller DM et al. Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health* 2011;11.
4. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA et al. Release from prison--a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med* 2007;356:157-65.
5. Goffman E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, 1961.
6. Pont J, Stover H, Wolff H. Dual Loyalty in Prison Health Care. *American Journal of Public Health* 2012;102:475-80.
7. Strous RD, Ulman AM, Kotler M. The hateful patient revisited: Relevance for 21st century medicine. *European Journal of Internal Medicine* 2006;17:387-93.
8. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). The CPT standards.
<http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards-prn.pdf> . 2006.
9. Pont, J. Medical ethics in prisons: rules, standards and challenges. *International Journal of Prisoner Health* [2], 259-67. 2006

Authors:

¹Department of Community Medicine, Primary Care and Emergency Medicine, Geneva University Hospitals and University of Geneva, Switzerland

²Vienna, Austria

³University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Work, Frankfurt am Main, Germany

Die Kooperationspartner:



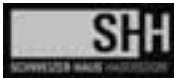
Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

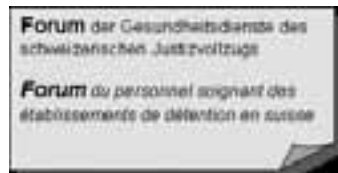


akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik



Conférence des médecins pénitentiaires suisses (CMPS)
Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte (KSG)
Conference of Swiss Prison Doctors (CSPD)
Conferenza dei medici penitenziari svizzeri (CMPS)



Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft (2012)

In Genf fand vom 1. bis zum 3. Februar 2012 unter dem Titel „Patient oder Gefangener? Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft“ die 6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft statt. In der „Hauptstadt der Menschenrechte“ hatte Professor Jacques Bernheim den ersten von den Justizbehörden und der Gefängnisleitung unabhängigen medizinischen Dienst in Haft eingerichtet. Bernheim war ein unermüdlicher Verfechter der fundamentalen Rechte von Menschen in Haft und treibende Kraft grundlegender Regelwerke für den europäischen Strafvollzug, die auch vom Europarat, dem Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), dem Weltärztebund (World Medical Association/WMA), dem International Council of Nurses (ICN), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) als maßgeblich anerkannt sind.

Diese Regeln und Empfehlungen basieren auf dem Humanitären Völkerrecht und den Grundrechten. Im Einzelnen handelt es sich um folgende sieben fundamentale Prinzipien:

1. Gefangene müssen jederzeit freien Zugang zur medizinischen Versorgung haben.
2. Die medizinische Versorgung muss derjenigen für nicht inhaftierte Personen entsprechen (Äquivalenzprinzip).
3. Jede medizinische Behandlung von Menschen in Haft setzt deren freiwillige und informierte Zustimmung voraus, wobei das Prinzip der Vertraulichkeit gilt (Berufsgeheimnis).
4. Menschen in Haft haben ein Recht auf gesundheitliche Aufklärung und auf Zugang zu den gängigen Mitteln zur Krankheitsverhütung.
5. Pflicht zur humanitären Unterstützung von besonders vulnerablen Gruppen.
6. Die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Haft betrauten Personen müssen unabhängig von allen Ebenen der Justiz und des Strafvollzugs arbeiten.

-
7. Die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Haft betrauten Personen müssen über die notwendigen professionellen Kompetenzen verfügen.

In der Mehrheit der europäischen Länder sind diese Prinzipien noch nicht in der Gesetzgebung verankert. Darüber hinaus stellen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 6. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft fest, dass die Prinzipien in der Praxis nur unzureichend umgesetzt werden, und erinnern daran, dass mehrere europäische Länder wiederholt vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte wegen unmenschlicher und entwürdigender Behandlung von Gefangenen verurteilt worden sind.

Angesichts der weltweiten Wirtschaftskrise und einer Tendenz in der Gesetzgebung, sicherheitsbezogenen Erwägungen Vorrang vor der Unterstützung für vulnerable (besonders verletzte) Gruppen einzuräumen, bringen wir unsere wachsende Beunruhigung angesichts der sich verschlechternden Bedingungen im Strafvollzug – insbesondere was die gesundheitliche Versorgung angeht – zum Ausdruck.

Der Akt des Freiheitsentzuges zieht jedoch stets eine besondere Pflicht zum Schutz der Gesundheit von Inhaftierten nach sich. Wir appellieren deshalb dringend an die europäischen Staaten, die genannten sieben Prinzipien und die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze in ihren jeweiligen Landesgesetzen zu verankern und ihre Achtung und Umsetzung sicherzustellen.

Insbesondere fordern wir nachdrücklich, dass die Rolle der Mitarbeitenden in der gesundheitlichen Versorgung geklärt werden muss. Hier ist vor allem sicherzustellen, dass sie allein im Interesse der Gesundheit ihrer Patienten handeln. Da es bei ihnen häufig zu Loyalitätskonflikten zwischen den Erwartungen und Ansprüchen von Patient(inn)en auf der einen und jenen des Vollzugspersonals oder der Direktionen auf der anderen Seite kommt, muss allen Mitarbeitenden von medizinischen Diensten in Haft professionell unabhängiges Arbeiten ermöglicht und garantiert werden.

Um dieses Ziel einer professionellen Unabhängigkeit zu erreichen, schlagen wir folgende drei Schritte vor:

1. Vereinheitlichung der Ausbildung und des Informationsstandes insbesondere in den Feldern Recht und Medizinethik aller Mitarbeitenden im Justizvollzug, um:

Situationen identifizieren zu können, die mit Loyalitätskonflikten zu tun haben, und in solchen Situationen im Interesse der inhaftierten Patient(inn)en handeln zu können, und um

Die Rollen und Aufgaben aller Berufsgruppen in Haft zu klären und den gegenseitigen Respekt zu fördern.

2. Verstärkter Einbezug der Kontrollbehörden, der Berufsverbände und von medizinethischen Kommissionen.
3. Klare Zuordnung des Personals zu den Bereichen Strafrecht, Strafvollzug und Gesundheitsversorgung, wobei der Medizinische Dienst der Gesundheitsbehörde zu unterstellen ist.

*Die **Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft (2012)** ist online: <http://ump.hug-ge.ch/> Falls Sie die Erklärung **unterzeichnen** möchten, senden Sie bitte ein Mail (Angabe von Namen, Vornamen, berufliche Affiliation, Stadt, Land) an: **Geneva.Declaration@hcuge.ch** Das Unterschriftendokument wird jede Woche aktualisiert*

Veranstalter und Kooperationspartner der Konferenz siehe Seite 216.

8.2

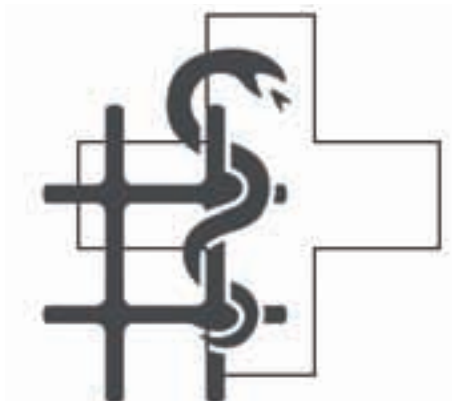
Genfer Erklärung Déclaration de Genève 2012



Französisch / Français



Französisch / Français



Déclaration de Genève 2012 à propos de la santé en prison

La 6^{ème} Conférence Européenne pour la Promotion de la Santé en Prison dont le thème était « Patient ou Prisonnier? - Pistes vers l'équivalence des soins en prison », a eu lieu du 1^{er} au 3 février 2012 à Genève, capitale mondiale des Droits Humains et ville où Jacques Bernheim a développé le 1^{er} service de médecine en milieu pénitentiaire indépendant des autorités judiciaires et pénitentiaires. Bernheim fut un défenseur infatigable des droits fondamentaux des personnes en détention. Il a contribué à l'élaboration des Règles Pénitentiaires Européennes et des documents de référence du Conseil de l'Europe, du Comité de Prévention de Torture (CPT), de la World Medical Association (WMA), de l'International Council of Nurses (ICN), de la World Health Organization (WHO) et de l'Académie des Sciences Médicales Suisses (ASSM). Ces directives et recommandations sont fondées sur le droit international humanitaire et les droits constitutionnels fondamentaux.

Ces textes s'articulent autour de 7 principes fondamentaux :

1. L'accès aux soins
2. L'équivalence des soins
3. Le consentement du patient et la confidentialité des soins
4. La prévention sanitaire
5. L'intervention humanitaire
6. L'indépendance professionnelle
7. La compétence professionnelle

Ces principes n'ont pas été intégrés dans les lois de la majorité des pays Européens. De plus, nous, les participants à la 6^{ème} Conférence Européenne pour la Promotion de la Santé en Prison constatons que dans la pratique, l'application de ces principes est lacunaire. Nous déplorons le non-respect des engagements pris et des condamnations régulières et répétées par la Cour Européenne des Droits de l'Homme de plusieurs pays européens en raison de traitements inhumains et dégradants répertoriés dans leurs prisons.

Au vu de la crise économique mondiale et des virages législatifs privilégiant la sécurité au détriment de l'assistance aux populations vulnérables, nous

exprimons notre inquiétude grandissante à propos de la dégradation des conditions de détention et en particulier des conditions de soins en prison. Nous appelons les Etats Européens à inscrire les sept principes de référence ainsi que les règles pénitentiaires européennes dans leur législation et à prendre des mesures urgentes pour assurer le respect de celles-ci.

De plus, nous insistons sur la nécessité de clarifier le rôle des professionnels de santé travaillant en prison. Ces derniers doivent pouvoir s'assurer que leurs actions sont menées dans le seul intérêt de la santé des personnes détenues. Les conflits de double loyauté étant fréquents en prison, nous demandons que l'indépendance professionnelle de l'ensemble des services médicaux exerçant en milieu pénitentiaire soit garantie.

Une approche en 3 étapes aidera à concrétiser cet objectif d'indépendance

1. Généraliser la formation et l'information, en particulier dans les domaines du droit et de l'éthique médicale, de l'ensemble du personnel intervenant sur les questions de santé en prison, afin de :

Permettre l'identification des situations génératrices de double loyauté et de les gérer au mieux dans l'intérêt du patient détenu.

Clarifier les rôles et missions de tous les corps professionnels et favoriser le respect mutuel

2. Renforcer l'implication des autorités de surveillance, des sociétés professionnelles et des comités d'éthique médicale.

3. Séparer les filières professionnelles judiciaires, pénitentiaires et sanitaires. Placer cette dernière sous la responsabilité de l'autorité sanitaire.

*La Déclaration de Genève 2012 est sur internet à : <http://ump.hug-ge.ch/>
Si vous souhaitez signer cette déclaration veuillez envoyer un mail (avec nom, prénom, titres, affiliation professionnelle, ville, pays) à : **Geneva.Declaration@hcuge.ch** Le document "signatures" sera mis à jour chaque semaine.*

Organisateurs et partenaires de la conférence: page 216

8.3

**Genfer Erklärung
Déclaration de Genève
Geneva Declaration
2012**



Englisch / Anglais



Englisch / Anglais



Geneva Declaration 2012 on health care in prison

The 6th European Conference on Health Promotion in Prison was held from February 1st to 3rd 2012 in Geneva under the theme « Patient or Prisoner? - towards equivalence of care in prison ». Geneva, the world capital of human rights was the city where Jacques Bernheim developed the first prison medical service independent of prison and judicial authorities. Bernheim, a tireless defender of human rights of detainees, was one of the driving forces leading to the European Prison Rules and other documents of reference supported by the Council of Europe, the Committee for the Prevention of Torture (CPT), the World Medical Association (WMA), the International Council of Nurses (ICN), the World Health Organization (WHO) and the Swiss Academy of Medical Sciences.

These guidelines and recommendations are based on international humanitarian law and basic constitutional rights and are organized around seven principles:

1. Access to a doctor
2. Equivalence of care
3. Patient's consent and confidentiality
4. Preventive health care
5. Humanitarian assistance
6. Professional Independence
7. Professional competence.

These principles have not been incorporated into the penitentiary laws of most European countries. In addition, we, the participants of the 6th European Conference on Health Promotion in Prison note that the application of these principles is weak or lacking. We deplore the non-respect of these principles and regular and repeated convictions of European countries by the European Court of Human Rights due to inhuman or degrading treatment towards prisoners.

Given the global economic crisis and legislative initiatives that favor security instead of assistance to vulnerable populations, we express our growing concern about the deterioration of prison conditions, particularly health care in prison.

We call on European states to include the seven principles of reference and the European prison rules in their legislation and to take urgent measures to ensure their strict respect.

Furthermore, we emphasize the need to clarify the role of health professionals working in prisons, in particular to ensure that their actions can be conducted solely in the interest of the health of their patients. As dual loyalty conflicts are common in prison, we stress the importance to enable professional independence of every health care professional.

A 3-step approach will help achieve the goal of professional independence:

1. Widen the training and information, particularly in the fields of medical law and ethics, of all personnel implicated with health issues in prison, to: Allow identification of situations of dual loyalty and improve management of the patient's interest.

Clarify roles and missions of all professional bodies working in prison and foster mutual respect.

2. Strengthen the involvement of supervising health care authorities, professional societies and medical ethics committees.

3. Separate judicial and penitentiary tasks from health care; place the latter under the responsibility of the health authority.

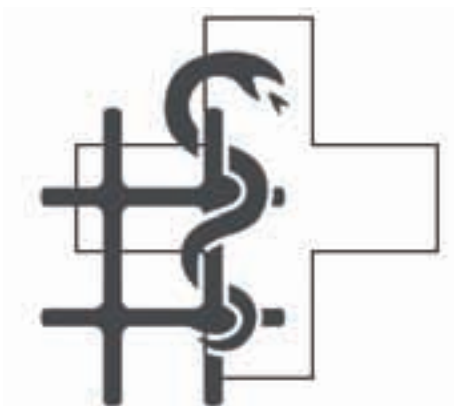
The Geneva Declaration 2012 on health care in prison is online at <http://ump.hug-ge.ch/>

*If you wish to **sign** this declaration please send an email (including, name, first name, titles, professional affiliation, town, and country) to: **Geneva.Declaration@hcuge.ch** The signature-document will be updated each week.*

9

Poster





Gestion de la prescription des psychotropes en prison; nouvelles recommandations cantonales neuchâtelaises

F.Willemin 1); C.Perso 1); M.Hirrlé 1); M.Mattart 1); C-F.Robert 2); R.Anderau 2); A.Hildenbrand 3); H.Wolff 4)

- 1) Médecins des établissements pénitentiaires neuchâtelais;
- 2) Médecin cantonal et médecin cantonal adjoint neuchâtelais;
- 3) Infirmier-chef des établissements pénitentiaires neuchâtelais;
- 4) Médecin responsable de l'unité de médecin pénitentiaire, HUG

INTRODUCTION:

En milieu carcéral, la prescription de benzodiazépines et d'opiacés destinés au traitement de personnes dépendantes est particulièrement difficile, surtout lorsqu'elle est destinée à un patient parfois revendicateur, aux comorbidités fréquemment associées (polytoxicomanie, alcoolisme, trouble de la personnalité, pathologie psychiatrique, maladie infectieuse transmissible). Les benzodiazépines à court délai d'action induisent bien plus fréquemment une dépendance, sont les plus réclamées par les patients, et sujettes à un usage détourné ou un trafic dans la prison.

L'introduction d'un traitement de substitution de méthadone nécessite des précautions particulières afin d'éviter tout risque d'intoxication potentiellement mortelle.

OBJECTIFS:

La diffusion de recommandations du médecin cantonal a pour but d'harmoniser et de donner un cadre aux prescriptions des médecins devant intervenir avant une incarcération ou en prison (médecins des cercles de garde de ville et médecins des prisons). Sauf cas exceptionnel, seules des benzodiazépines à long délai d'action seront dorénavant autorisées;

certaines médicaments ne seront prescrits en aucun cas (Dormicum, Rohypnol). La prescription de solution de méthadone sera préférée au Subutex dont la prise sublinguale impose une présence infirmière plus longue en cellule.

METHODE:

Un groupe de travail a réuni les médecins et infirmiers-chefs des établissements pénitentiaires neuchâtelais sous la supervision du Dr. Hans Wolff de

l'UMP des HUG, ainsi que le médecin cantonal neuchâtelois et son adjointe.

Ce groupe a bénéficié aussi du regard expert des médecins responsables des centres de prévention et de traitement des patients toxicomanes du canton de Neuchâtel, et de celui du médecin-chef du centre neuchâtelois de psychiatrie.

RESULTATS:

La version définitive des recommandations a été validée par le médecin cantonal fin 2011 et envoyée aux 140 médecins des cercles de garde de ville des districts du canton de Neuchâtel. La section concernant les benzodiazépines met l'accent sur l'importance d'éviter la prescription initiale de molécules à court délai d'action; elles peuvent exceptionnellement être autorisées s'il existe la preuve d'une prescription régulière antérieure par le médecin traitant. En aucun cas, le Dormicum et le Rohypnol ne seront prescrits. La section concernant l'introduction de méthadone insiste sur l'importance de vérifier au moindre doute, par des tests urinaires, s'il existe réellement une consommation actuelle d'opiacés (méthadone ou héroïne), afin d'éviter un surdosage potentiellement mortel. La dose initiale journalière maximale de méthadone est de 30 à 40mg. Un ECG doit être réalisé avant tout nouveau traitement de méthadone et/ou si la dose de méthadone atteint 80mg, et/ou s'il existe une prise conjointe d'un médicament pouvant allonger l'espace QT.

CONCLUSIONS :

La prise en charge médicale de patients souffrant d'une dépendance aux benzodiazépines ou aux opiacés est très souvent délicate, particulièrement en cas de consultation initiale en situation de crise avant une incarcération ou en milieu pénitentiaire.

Afin d'orienter le médecin de garde ou le médecin des prisons dans ses choix thérapeutiques, des recommandations, validées par le médecin cantonal neuchâtelois, ont été distribuées aux 140 médecins intervenant dans les cercles de garde du canton.

Il est encore trop tôt pour juger du réel impact de ces recommandations sur la pratique des médecins concernés. Un questionnaire leur sera envoyé à la fin de cette année afin de récolter leur impression et avis.

Les recommandations peuvent être consultées sur le site www.ne.ch

PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTOLOGIE EN MILIEU PENITENTIERE

Dr. Houda Rahay, Prison Civile Mannouba Tunis, Tunisie.

INTRODUCTION

L'addictologie est l'étude des addictions, c'est-à-dire de la dépendance physiologique et psychologique à une substance ou à un comportement. En milieu carcéral, la prise en charge est particulière ; le sevrage non choisi mais effectif, qui annule presque toute appétence, et le fait qu'il s'agisse d'un premier parcours de soin expliquent ces 'illusions légitimes'.

OBJECTIF

Notre travail réside de partager notre expérience au sein des prisons tunisiennes afin d'étayer les aspects cliniques et thérapeutiques de cette affection.

METHODE

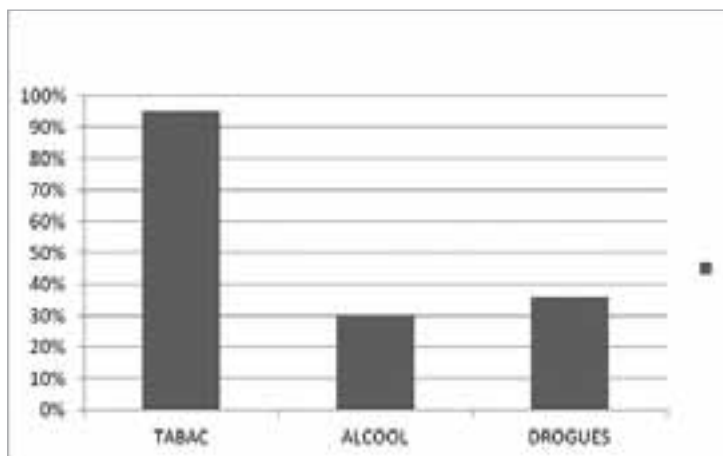
Nos consultations se font dès l'incarcération, elles durent en moyenne de 20 à 25 minutes, sur des séances rapprochées et visent à aider les personnes à changer de regard sur leur consommation de substances additives, en lui proposant une prise en charge sanitaire et sociale adaptée, globale et coordonnée.

RESULTATS

Notre travail a concerné 90 parmi 250 femmes incarcérées au Prison Civile de Mannouba ayant consommé récemment une drogue, sur une période de 6 mois allant de Février 2011 au Juillet 2011.

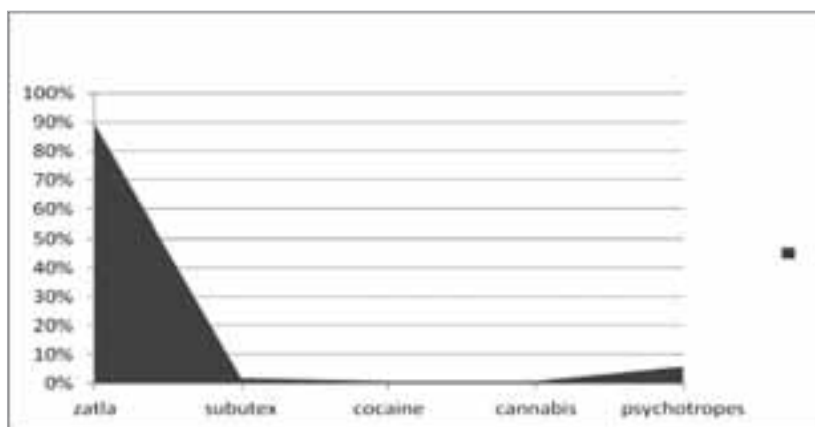
La moyenne d'âge est de 28.4 ans (extrêmes de 19 à 40 ans).

En matière d'addictologie, au sein de notre prison, le tabac est incriminé dans 95% des cas, l'alcool dans 30% des cas, et les drogues dans 36.5 % des cas (Zatla, cocaïne, cannabis, substances psycho active...).



Pourcentage des substances consommées dans la population carcérale

La Zatla est de loin la substance la plus consommée, elle est consommée à 90% des cas ; les psychotropes particulièrement les Benzodiazépines dans 6.6 % des cas ; la buprénorphine (Subutex) en mésusage dans 2.2% des cas quoiqu'elle est utilisée comme médicament substitutif aux opiacés (MSO). Le cannabis et la cocaïne étaient consommés dans 1.1% des cas.



Pourcentage de diverses drogues consommées dans notre groupe

La durée moyenne de consommation est de 2.48 ans avec des extrêmes de 1 à 8 ans.

La détection des maladies infectieuses est systématique, tel que l'hépatite B, l'hépatite C, et l'infection par l'HIV. Deux patientes sont porteuses d'une Hépatite B et C (2.2% des cas).

L'infection par le HIV n'a pas été notée dans notre population. Aucune de nos patientes n'étaient enceintes durant leur période de consommation.

L'examen clinique a noté la présence de l'insomnie dans 100% des cas, l'irritabilité dans 85% des cas, les courbatures généralisés avec douleurs musculaires dans 70% des cas, la fatigue dans 80% des cas, le tremblement dans 3% des cas, et des céphalées dans 90% des cas. Aucune de nos patientes n'a présenté un état d'agitation.

Dans notre prison, la stratégie thérapeutique des addictions est multidisciplinaires : médicale, psychiatrique, psychologique et sociale.

Sur le plan pharmacologique, nous nous basons sur la prescription des différentes gammes de médicaments comme la Clonidine, les Neuroleptiques, les antalgiques, les antispasmodiques et plus au moins les Somnifères. 78.8% de nos patientes soit 71 cas ont nécessité un traitement substitutif par contre 21.1% de nos patientes n'avaient pas le recours à aucun traitement.

La moyenne de la période du traitement est de 2.45 mois avec des extrêmes allant de 1 à 6 mois.

L'évolution clinique a été marqué par une bonne évolution dans 96.6% des cas par contre 3.3% des cas ont échoué au traitement symptomatique et ont eu le recours à une prise en charge psychiatrique.

DISCUSSION

L'utilisation des drogues reste endémique chez la population carcérale (1).

En Europe la prévalence de la consommation des drogues varie entre 30 à 60% des femmes incarcérées (2) ce qui concorde avec notre prévalence.

La prise en charge des femmes détenues ayant une addiction à une substance opiacé ou autre est pluri multidisciplinaire regroupant le médecin de la prison, le psychiatre, le psychologue, l'infirmier et le sociologue.

Le but de traitement substitutif est la détoxification au court, moyen et long terme. La réponse à court terme à la souffrance physique et morale est de soulager un état de manque douloureux.

Au moyen terme de diminuer, voire cesser la consommation des opiacés illicites en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance de substitution.

Notre but à long terme est de parvenir à une abstinence complète d'opiacés, y compris de tout médicament substitutif, et de parvenir à la résolution complète de toute problématique de mésusage de substances psycho-actives.

La finalité de l'utilisation des TSO est de permettre aux patientes de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie pour recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie.

Les « bonnes pratiques » recommandées par les instances médicales reconnaissent l'obligation d'un dialogue devant déboucher sur un contrat thérapeutique entre le médecin et le patient.

Dans notre prison, la stratégie thérapeutique est basée essentiellement sur la prescription du Clonidine et des Neuroleptiques.

L'utilisation de médicaments psychotropes reste utile chez les patientes anxieuses, insomniaques, etc. Il faut rechercher systématiquement les consommations associées, sensibiliser les patientes sur les interactions avec l'alcool ou les BZD, fractionner éventuellement la dispensation des BZD, et éviter la prescription de flunitrazépam et de chlorazépate dipotassique.

Dans les formes graves et en cas de dépendance majeure on a le recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) ou aux médecins exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes.

En France, La méthadone et la buprénorphine sont les deux seuls médicaments bénéficiant d'une Autorisation de mise sur le marché .La méthadone (AMM du 30 mars 1995) et la buprénorphine (AMM du 31 juillet 1995 pour le Subutex®) sont donc les seules à bénéficier d'un cadre légal de prescription pour le traitement de la dépendance aux opiacés.

Par ailleurs, en Tunisie, on n'a pas l'AMM pour la méthadone, et la buprenorphine.

L'United Kingdom ainsi que l'Espagne couvrent la plupart de leurs prisons par la startégie TSO basée sur la Méthadone ou Subutex (1).

Par contre, plusieurs pays Européennes n'offrent pas la stratégie thérapeutique « traitement substitutif aux drogues » (TSO) dans leurs prisons comme Bulgarie, Cyprus, Greece, Latvie, Slovakia (3), quoi que cette stratégie particulièrement basée sur la prescription de la Méthadone

a prouvé son implication dans la réduction de l'utilisation des drogues et une réduction du taux de récidive dans la population carcérale (4).

Une grande partie de la prise en charge de l'addictologie en prisons repose sur l'entretien psychologique, l'écoute, le dialogue, et l'aide sociale.

Durant nos discussions avec nos patientes, nous avons remarqué que plus en considérant qu'elles n'étaient pas responsables de leur consommation, en raison de vulnérabilités sociales ou personnelles, plus elles étaient favorables aux interventions de réduction des méfaits. Par ailleurs si on considérait ces personnes comme responsables de leur consommation, par choix ou par manque de « volonté » pour faire face aux adversités, plus elles s'y opposaient.

Selon notre expérience, l'approche motivationnelle donne assez immédiatement un tour positif à l'entretien, en se centrant sur la personne et sur ses moyens pour progresser ; quoiqu'elles soient des personnes très « malades » physiquement, psychologiquement et socialement.

CONCLUSION

L'addictologie pose un sérieux problème de la santé en milieu carcéral, nous proposons une prise en charge globale interdisciplinaire et coordonnée. Le traitement se base sur la prescription d'un traitement substitutif à base de Clonidine et d'une faible dose de neuroleptiques ; a coté d'une prise en charge psychologique et psychiatrique.

Des séances d'éducation et de sensibilisation sont faites régulièrement afin d'inciter les patientes à s'engager le plus tôt possible dans la réalisation d'un projet individuel à leur réinsertion sociale.

REFERENCES

Heino Stöver, Ingo Ilja Michels. Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. Stöver and Michels Harm Reduction Journal 2010, 7:17.

Fazel S, Bains P, Doll H: Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. Addiction 2006, 101:181-191.

Larney S, Dolan K: A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: equivalence of care? Eur Addict Res 2009, 15:107-112.

Bertram S, Gorta A, NSW Department of Corrective Services: Views of recidivists released after participating in the NSW prison methadone program and the problems they faced in the community: evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program: Study 8. Sydney, NSW, Australia 1990 [<http://nla.gov.au/nla.arc-57721>].

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE MENTALE DANS LA PRISON LIBANAISE CENTRALE POUR HOMMES

Intervention de l'AJEM en santé mentale à la prison

Imad J., Nassif H., Khoury J., Zablit R., Farhat L., Aya H., Soufia M.

L'association Justice et Miséricorde (AJEM) est une organisation non gouvernementale, à but non lucratif, créée en 1996 et dont la mission est l'intervention auprès des prisonniers et de leurs familles. Le travail d'AJEM se déroule dans la prison de Roumieh, prison Libanaise centrale pour hommes, qui compte environ 3700 prisonniers. L'approche d'AJEM est multidisciplinaire et concilie entre les pôles individuel (le prisonnier et sa famille) et collectif (la société) tout en tenant compte des facteurs conjoncturels (politique, économique, social et idéologique).

Afin de pouvoir assurer cette prise en charge, l'association compte les départements suivants : Psychiatrique, Psychologique, Infirmier, Sociale, Recherche, et Légale.

Cette équipe pluridisciplinaire opère sur plusieurs projets notamment:

La toxicomanie : Ce programme est divisé en deux volets:

La prise en charge des usagers dans les différents bâtiments de la prison

La réhabilitation dans le centre spécialisé :

expérience pilote qui dure depuis quatre ans déjà :

- Les victimes de torture
- Les réfugiés et les demandeurs d'asile
- Les condamnés à la peine de mort
- La prévention et l'éducation
- L'insertion socio-professionnelle
- Les malades atteints de VIH

Dans ce poster nous présenterons le fonctionnement et les modalités de prise en charge des différentes équipes œuvrant dans le domaine de la santé mentale en prison.

Intervention de l'AJEM en santé mentale à la prison

Le Liban compte 22 prisons dont la prison centrale de Roumieh. Cette prison accueille la moitié des personnes incarcérées adultes hommes. Le nombre des détenus varie entre 2900 et 4000 personnes par an.

Les prisons au Liban sont sous la responsabilité du ministère de l'intérieur dont le personnel pénitentier est uniquement formé pour maintenir l'ordre. Cette réalité a nécessité l'intervention des organisations non gouvernementales afin de combler les lacunes au niveau de la prise en charge multidimensionnelle.

Présentation de l'AJEM (Association Justice et Miséricorde)

L'association Justice et Miséricorde (AJEM), organisation non gouvernementale à but non lucratif créée en 1996, a pour mission la défense des droits des prisonniers et leur prise en charge en vue de leur réinsertion socioprofessionnelle. Le travail d'AJEM se déroule surtout dans la prison centrale du Liban pour hommes (prison de Roumieh). Les personnes incarcérées dans les autres prisons bénéficient d'un support ponctuel en cas de besoin. L'équipe de l'AJEM est pluridisciplinaire. Les services rendus aux prisonniers sont multiples et ciblent tous leurs besoins en l'occurrence les besoins relatifs à leur vie quotidienne, à leurs relations sociales et à la réalisation personnelle.

Projets

- Réhabilitation des usagers de drogue :
 - Le projet de réhabilitation pour l'abstinence
 - Le projet de lutte contre la pénalisation du seul usage de drogues
 - Le projet d'implantation de la politique de réduction des risques et plus spécialement du traitement de substitution à la prison.
- Projet de lutte contre la torture
- Abolition de la peine de mort
- Réfugiés et demandeurs d'asile
- Projet de promotion de la santé des prisonniers et de prévention des maladies transmissibles
- Projet de l'organisation des soins de santé à la prison.
- La prévention de la délinquance hors de la prison
- L'insertion socio-professionnelle Les modalités.

Equipe

- Psychiatre
- Médecin généraliste
- Infirmières
- Psychologues
- Travailleurs sociaux
- Juristes
- Criminologue

La santé mentale en prison

L'incarcération et les problèmes de santé mentale sont étroitement liés dans le sens d'émergence ou d'amplification de symptômes déjà présents. Le détenu se trouve confronté à de nombreuses pressions psychologiques liées au milieu carcéral (surpopulation, manque de soins, conflits intra prison, etc.) à plusieurs pertes (familiales et sociales) et privations (sexuelle entre autres).

Prévalence des maladies mentales parmi les prisonniers de la prison centrale pour hommes – Roumieh, Liban

Maladie	Pré- valence	Symptômes	Pré- valence
Etatpsychotique	7.5%	Troubles du Sommeil	43.9%
Troublebipolaire	4.3%	Idéation suicidaire	23.6%
Dépression	41.4%	Automutilation	15.6%
Toxicomanie	34.4%	Conduites agressives	18.3%
PTSD	4.9%		

Statistiques faites par l'AJEM 2010-2011

Les modalités de la prise en charge de la santé mentale Suivi social

Au niveau individuel

- Accueil et écoute des détenus nouveaux entrants et les détenus en besoin
- Elaboration du dossier social
- Recrutement pour le programmes spécifiques de réhabilitation
- Evaluation et orientation
- Entretien motivationnel
- Soutien auprès des familles

- Renforcer les stratégies d'adaptation
- Gestion des conflits entre les codétenus et entre le détenu et les responsables de la prison.
- Mise en place d'un plan de sortie.

Au niveau groupal

- Groupe de développement personnel
- IEC (Information, Education et Communication) sur la santé mentale

Prise en charge psychologique

Au niveau individuel

- Bilan psychologique : entretien semi-directif, tests psychométriques et échelles d'évaluation des symptômes
- Prévention des conduites à risque (suicide, automutilations, abus de substances)
- Suivi thérapeutique:
 - Thérapies cognitivo-comportementales
 - Thérapie d'inspiration analytique
 - Soutien psychologique et accompagnement

Au niveau groupal

- Dynamique de groupe
- Groupe psycho-éducatif
- Groupe d'expression et de verbalisation

Suivi infirmier

Au niveau individuel

- Surveillance médicale des prisonniers sous traitement psychiatrique
- Prévention des comportements à risque
- Dépistage des effets secondaires du traitement
- Evaluation de la réponse au traitement.

Au niveau groupal

- IEC (Information, Education et Communication) sur la santé mentale

Service juridique

- Service et conseil juridique individuel
- Séance groupale d'information sur les lois
- Conseil aux familles des détenus

-
- Suivi des dossiers juridiques des détenus
 - Lobbying

Prise en charge psychiatrique

- Consultation et traitement
- Suivi psychiatrique pour s'assurer de l'évolution de la prise en charge

Recherche

Cette activité cible les problématiques de la santé (physique et mentale) et de la délinquance. Des études réalisées et encouragées traitent les thèmes suivants:

- épidémiologie des troubles psychiatriques lors de l'arrestation,
- schizophrénie et crime,
- psychopathologie et infraction sexuelle,
- troubles anxieux et troubles de l'humeur chez les réfugiés incarcérés.

Nos défis actuels

- Sensibilisation du personnel pénitencier à la santé mentale
- Amendement des lois concernant les détenus toxicomanes et les détenus atteints de maladies mentales
- Instaurer un service hospitalier pour les maladies mentales
- Permettre l'utilisation des traitements pharmacologiques récents (nouvelles molécules).

ANGEBOTE ZUR BEHANDLUNG EINER DROGENABHÄNGIGKEIT IN GEFÄNGNISSEN IN ZENTRALASIEN

Dr. Ingo Ilja Michels



CADAP is implemented by a Consortium of EU Member States led by GIZ

Die Staaten der zentralasiatischen Region – Kasachstan, Kirgisien, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan – sind eine Schlüsselregion geworden für internationale Aktivitäten, um mit der wachsenden Drogenproblematik umzugehen. Die Nachbarregion zu Afghanistan ist zunehmend mit dem Schmuggel von Opium, Heroin und Cannabis konfrontiert und mit einer wachsenden Zahl von Drogenabhängigen, insbesondere injizierenden Heroinabhängigen. Schätzungen gehen von insgesamt rund 380.000 injizierenden Heroinkonsumenten in der Region aus. Seit einigen Jahren existieren verstärkte Bemühungen zur HIV-Infektionsprophylaxe durch Sprizentauschprogramme und andere Maßnahmen zur Harm Reduction, die aber nur 30-40% der Konsumenten erreichen. Es gibt für einen kleinen Teil dieser Konsumenten Angebote zur Entzugsbehandlung; in Kirgistan eine Substitutionsbehandlung mit Methadon, die aber nur rund 4% der Konsumenten erreicht, in Tadschikistan und Kasachstan nur kleine Modellprojekte zur Substitution. Drogenfreie Therapien werden ebenfalls nur in geringem Maße angeboten.

Ein erheblicher Teil der Insassen von Haftanstalten sind Drogenkonsumenten, der Konsum wird in Haft fortgesetzt, weil der Zugang zu Heroin gewährleistet ist, gefördert durch den Einfluss krimineller Bandenstrukturen in den noch nach sowjetischen Mustern organisierten Straflagern („Kolonien“) und durch erhebliche Korruption des Überwachungspersonals. Der Standard der gesundheitlichen Versorgung ist sehr basal.

Im Rahmen des EU geförderten „Central Drug Action Programme“ (CADAP) wurden ab 2009 Behandlungsmaßnahmen einer Drogenabhängigkeit in Haft entwickelt. Dabei wurden so genannte „Atlantis“ Projekte in allen

5 zentralasiatischen Ländern eingeführt, in Form eines Selbsthilfeprogramm nach dem Muster des 12-Step-Minnesota Programms, um abstinenten- und drogenabhängigen Häftlingen einen Ausstieg aus der Abhängigkeit zu erleichtern. In Kirgistan wurde zudem noch eine so genannte „Clean“ Zone eingerichtet, ein von den übrigen Häftlingen abgetrennter Bereich mit günstigeren Unterkunfts- und Lebensbedingungen, um eine Abstinenzmotivation zu fördern und zu unterstützen. Da diese Einrichtungen erst seit März 2010 arbeiten und auch die anderen „Atlantis“- Programme erst angelaufen sind, lässt sich noch keine langfristige Prognose über deren Effekte aufstellen. In Tadschikistan und Kirgistan gibt es in einigen Haftanstalten auch Spritzentauschprojekte.- In Kirgistan gibt es Substitutionsangebote mit Methadon, die von Seiten der WHO als positiv bewertet wurden und ausgeweitet werden sollen.

Results

Demographic characteristics and indicators

► All 84 patients included into the study were males. Average age of the patients is 35.6. 26 patients were HIV-positive. 41 patient (48.8%) previously participated in the OST.

Retention in treatment programme

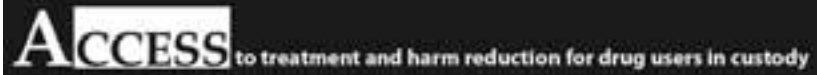
► After 3 months all 84 patients (100%) remained the participants both of OST programme and treatment effectiveness study.

► After 6 months 55 patients (65.5%) continued participation in the OST programme and study.

► The rest patients were either transferred to the other prisons without opportunity to continue the OST or released from prison. Further supervision of these patients was outside the frame of this study.

► During their imprisonment, none of patients refused from the OST or participation in the study.

The results of research have shown that the OST implementation in prisons is related to significant *positive changes* with regard to *health condition, life quality and risky injection behaviour*.



www.accessproject.eu

Prof. Dr. Heino Stöver¹, Dr. Heike Zurhold¹, Cinzia Brentari²,

¹ University of Applied Sciences, Germany

² ACCESS project expert, Compass UK

Background

The majority of people held in European prisons have problems associated with drug use, together with associated health and social disadvantage. Acknowledging the existence of a drug problem within prisons walls often remains a taboo for both prisoners and prison staff. Prison administrations have traditionally responded to drug use through an abstinence-based approach, which sits comfortably with the primary aim of preventing prisoners from committing further offences.

Due to the lack of continuity of care and support throughout the criminal justice system, reintegration often fails, creating a “revolving door” with drug users routinely caught in the criminal justice system through multiple arrests and episodes of detention.

Despite of a growing evidence base for effectiveness of harm reduction in prison, only few European prison administrations have included harm reduction as one of the central goals of drug related interventions in prison.

Objectives

The main objective of the ACCESS project is to contribute to the knowledge and practice of harm reduction services and access to treatment for drug users within the criminal justice system in European countries. This also implies the continuity of treatment.

During the two years period of the project the goal will be achieved by four different activities:

1. Research, which is conducted by the Frankfurt University of Applied Sciences.
2. Two training academies for staff working in prison. The training will be about harm reduction and treatment models, and aims at improving the capacity of the staff.

-
3. Study visits in order to support experiential learning on implementation of harm reduction and treatment services within the criminal justice system.
 4. To disseminate information and evidence on harm reduction and treatment for drug users in the criminal justice system by websites, newsflashes and a final conference to the wide European audience.

Involved partner organisations

- *AFR* – Association Française de Réduction des risques, the French national umbrella in the field of drug-related harm reduction;
- *ANVOLT* – Associazione Nazionale Volontari Lotta contro I Tumori in Italy, a NGO for social and health assistance;
- *APDES* – Agência Piaget para o Desenvolvimento in Portugal, a non-profit organisation working with vulnerable populations to improve access to health;
- *ARAS* – Asociația Română Anti-Sida in Romania, a NGO basically providing prevention of HIV, hepatitis and STI to a variety of target groups such as IDU;
- *University of Applied Sciences* - Germany, namely Heino Stöver has an expertise in international research in the prisons.

Research activity of the University of Applied Sciences

Carry out an overview of the legislation, policy and practice concerning harm reduction services provided for problem drug users (PDUs) in European Prisons.

Objectives

The central aims of the research activity are to develop and elaborate knowledge on harm reduction in prison, and its legislative and regulatory frameworks in Europe. The second major objective is to obtain knowledge on barriers in implementation of harm reduction and good practices in prisons covering all EU countries. An overall objective is to promote awareness of harm reduction initiatives operating in the area of problematic drug users in custody.

Steps to achieve knowledge

The overview is to

- a) identify existing harm reduction initiatives in prisons, and the national conditions for their introduction, implementation and evaluation on the system-level,
- b) identify obstacles and barriers in implementing harm reduction in prisons,
- c) investigate the implementation process of harm reduction services in selected institutions. Included are services which are currently offered to problematic drug users in prisons,
- d) explore perceptions of these harm reduction measures with all involved stakeholders such as prison management, staff, NGOs and prisoners, and
- e) To identify models of good practice.

Methodological approaches

A *systematic review* of international literature on evidence of effectiveness of harm reduction measures in prisons will be carried out and analysed. Electronic databases (Cochrane, Dare, Medline, Embase, Psycinfo, Social Science) will be searched for published literature on this topic by using a systematic search strategy. The search will be limited to literature published in English since 2002.

In order to collect information on existing harm reduction services in prisons, and obstacles and barriers in the implementation process, two approaches will be applied.

A *semi-structured questionnaire* has been developed for an inventory of existing harm reduction in prisons. The questionnaire will be sent to the national prison administrations and the Ministries of Justice of all EU countries, Norway and Switzerland.

Additional *telephone interviews* will be carried out with key officials from the ministerial as well as with the private sector (NGOs, working in the field of drug treatment and harm reduction).

To collect information on *good practice*, 10 key experts will be identified in different countries, with a balanced EU coverage (north, south, east, west). For the identification of models of good practice the criteria for good practice as identified in the EMCCDA EDDRA database will be used.

„RISIKOSITUATION TOLERANZBRUCH: ANALYSE VON DROGENTODESFÄLLEN NACH HAFTENTLASSUNG IN DEUTSCHLAND“ – VORSTELLUNG EINES STUDIENKONZEPTS

Dr. Axel Heinemann¹, Prof. Dr. Heino Stöver²

¹Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf, Germany

²University of Applied Sciences, Germany

Hintergrund:

Zu den bekannten Risiken für die Drogenmortalität gehören Szenarien des Wiedereinstiegs in den Konsum nach Abstinenzperioden bzw. Perioden unregelmäßigen Konsums. Ein typischer Risikozeitraum für Konsumenten harter Drogen ist die Phase nach Entlassung aus einem Haftaufenthalt. Speziell die ersten 14 Tage nach Entlassung unterliegen einer besonderen Erhöhung des relativen Risikos, an einer Drogenintoxikation zu versterben. Die Mortalität ist zwischen 30 und 120fach gegenüber einer allgemeinen Population erhöht. Das relative Risiko wird in den ersten 2 Wochen nach Entlassung als etwa 4-7 fach erhöht beschrieben (WHO- Report 2010). Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte im Jahr 2008, dass 33 der 246 registrierten Drogentodesfälle in den 2 Monaten vor Tod aus Haft entlassen worden waren (entsprechend 13%, persönliche Mitteilung). In einer bereits länger zurückliegenden Analyse der Hafterfahrung von Drogentodesfällen aus dem Zeitraum 1990 bis 1997 in Hamburg zeigten sich assoziiert mit einem zeitnahen Tod nach Gefängnisaufenthalt im Vergleich zu späteren Todesfällen die Faktoren jüngeres Lebensalter bei Haftende, häufige Haftaufenthalte in der Vorgeschichte, hohe Lebenshaftzeitsumme sowie eine längere Dauer des letzten Haftaufenthaltes (Heinemann et al. 2002).

In Deutschland fehlen statistisch abgesicherte Daten zur relativen Risikoerhöhung, um für spezifische Gruppen von Strafgefangenen entsprechend vorhandene präventive Ansätze (Übergangsmangement, z.B. Drogennotfalltraining) gezielt ausgestalten zu können.

Ziele der Studie:

Primäres Ziel ist die retrospektive Ermittlung des relativen Risikos, mit dem inhaftierte Drogengebraucher innerhalb definierter Zeitperioden nach

Haftentlassung an einem Drogentod versterben. Der Begriff des Drogentodes definiert sich als Tod infolge direkter und indirekter Folgen des Konsums von Betäubungsmitteln, im engeren Sinne Opiate, Kokain, Amphetamine, ggf. in Kombination mit anderen psychotropen Substanzen wie Alkohol und sedierenden Arzneimitteln. Sekundär sollen spezifische Risikofaktoren in der Haftentlassungssituation näher bestimmt werden, um eine konkrete Fokussierung des Übergangsmanagement zwischen Gesundheitsversorgung in Haft und in Freiheit für die vorgestellte Problematik zu erleichtern. Die Studie gliedert sich in einen retrospektiven Teil für eine Basisauswertung sowie einen prospektiven Teil, für den nach Möglichkeit zusätzliche Datenquellen zum Entlassungsmanagement genutzt werden sollen.

Zentrale Fragestellungen:

- Bestimmung der standardisierten Mortalitätsrate für die Gesamtsterblichkeit sowie der spezifischen Mortalität für die Todesursache Intoxikation im Zeitraum der ersten 7,14 sowie 15- 90 Tage nach Haftentlassung gegenüber einer alterskorrelierten Vergleichspopulation.
- Analyse typischer Umstände der Todesfälle nach Haftentlassung im Vergleich zu Drogentodesfällen unter anderen Umständen (z.B. soziodemographisch, Todesursache, Auffindungssituation).
- Analyse von Intoxikationsmustern im Vergleich zu Drogentoten ohne rezente Haftentlassung.
- Analyse der körperlichen sowie psychiatrischen Komorbidität.

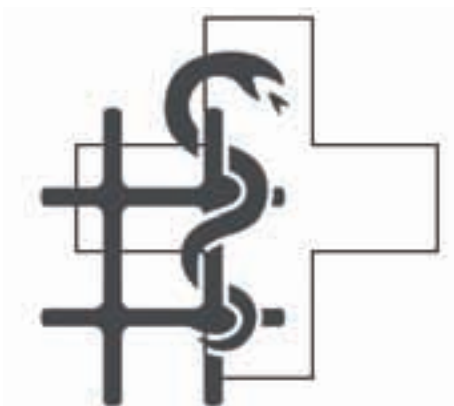
Methoden:

- Die Studie bezieht sich auf die Bundesländer Hamburg, Berlin, Hessen und Bayern (sowohl Metropolen wie auch Flächenländer). Die Praxis der Drogentodesfall- Erfassung der Polizei zeigt, dass die Datenlage zu Drogentoten einschließlich Analyse der Intoxikationsmuster in diesen vier Bundesländern üblicherweise relativ detailliert vorliegt.
- Retrospektiver Teil (Jahre 2010/ 2011) (jährlich ca. 500 Todesfälle in den 4 Bundesländern, davon ca. 400 Intoxikationen – Lösungsfristen für Datenbestände sind zu beachten - ggf. 2 Jahre für Drogentotenregister.
- Prospektiver Teil (2012/2013) mit regionalen Zusatzmodulen.

10

**Referentinnen
und Referenten
Conférenciers**





AUTORINNEN UND AUTOREN - AUTEURS

Dr. Messaoud Benmebarek

Médecin associé CHUV ; Centre hospitalier universitaire vaudois ; Prison de La Tuilière ; Ch des Peupliers 4 ; 1027 Lonay, Suisse ; Prison du Bois-Mermet ; Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires ; Ch de Bois-Gentil 2, 1018 Lausanne ; messaoud.benmebarek@chuv.ch

Dr. iur. Benjamin F. Brägger

Lehrbeauftragter für Strafvollstreckungs- und Strafvollzugsrecht Universitäten Bern und Lausanne. Industriestr. 37, CH-3178 Bösingen; +41 31 740 97 63
www.clavem.ch ; benjamin.braegger@clavem.ch

Dr. Cyrille Canetti

Chef du pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire
Centre hospitalier Sainte-Anne – Paris; C.CANETTI@ch-sainte-anne.fr

Jean-Marie Delarue

Contrôleur général des lieux de privation de liberté
16/18 quai de la Loire / BP 10301 / 75921 Paris CEDEX 19
c/o Xavier Dupont; secrétaire général ; 01.53.38.47.97 ; xavier.dupont@cglpl.fr

Andreas Diemand

Infirmier scrs ; DMPRU unité médicale de champ-dollon ; Vice-Président FORUM .
Ch. de Champ-Dollon 22 ; CH -1226 Thônex ; andreasdiemand@hotmail.com

Katrin Eickmeyer

JVA Höfelhof; Sozialdienst u. Abeitungsleitung; Staumühler Str. 284; D - 33161 Hövelhof, Tel. +49 (0)171 5314442; katrin.eickmeyer@jva-hoevelhof.nrw.de

Stefan Enggist

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG; Abteilung übertragbare Krankheiten
Schwarztorstrasse 96, CH -3003 Bern; Tel. +41 31 322 31 68;
<http://www.bag.admin.ch/aids> ; stefan.eggist@bag.admin.ch

Dr. Barbara Gegenhuber

Schweizer Haus Hadersdorf; Mauerbachstrasse 34; 1040 Wien - Österreich
office@shh.at ; barbara.gegenhuber@univie.ac.at

Dr. Laurent Gétaz, MD MPH

Unité de médecine pénitentiaire, Centre médical Universitaire,
Av. de Champel 9, CH-1211 Genève 4 ; Laurent.Getaz@hcuge.ch

Dr. Stefan Markus Giebel

TU Braunschweig; Berliner Str. 46; D -34308 Bad Emstal; Stefan.Giebel@gmx.de

Aurélie Godard-Marceau

Unité de Soins Palliatifs, Hôpital Jean Minjot, CHU de Besançon
godard.marceau@gmail.com

Lic. phil. Marina Haller

Universität Zürich, Psychologisches Institut
Binzmühlestrasse 14/24, CH - 8050 Zürich; marina.haller@access.uzh.ch

Ute Häusler-Jitoboh

Augsburger AIDS-Hilfe, Ulmerstr. 182, D-86156 Augsburg;
ute@augzburg.aidshilfe.de

Dagmar Hedrich

Senior scientific analyst; health and social responses | interventions, law and policies unit; european monitoring center for drugs and drug addiction | EMCDDA
cais do sodré | 1249-289 lisboa | portugal; telephone + 351 211210267 | room: 223 | www.emcdda.europa.eu ; Dagmar.Hedrich@emcdda.europa.eu

Dr. Axel Heinemann

UKE - Institut für Rechtsmedizin - Butenfeld 34; D-22529 Hamburg

Dr. Patrick Heller

Psychiatre, psychotherapeute ; La Clarière. Patrick.Heller@hcuge.ch

Kerstin Hoeltkemeyer-Schwick

Anstaltsleitung JVA Detmold; Kerstin.Hoeltkemeyer-Schwick@jva-detmold.nrw.de

Dr. Tina Huber-Gieseke

Unite Medecine Penitenciales; Hospital University Geneva
Aue de Champel 6; CH-1206 GENEVA; Tel. +41 (0)22 5468752;
Tina.HuberGieseke@hcuge.ch

Joanna Imad

Chef de département de Psychologie ; Association Justice and Mercy
Association Justice et Miséricorde (AJEM), Libanon
Tel: +961 1 90 15 60; + 961 76 788 093; joanna.imad@gmail.com

Lisa Jakob

Diplom-Psychologin; DBDD - German National Focal Point of EMCDDA ;
IFT Institut für Therapieforschung / Parzivalstr. 25; D-80804 München
Tel. +49 (0) 89 360804 44 / jakob@ift.de ; www.ift.de

Ewa-Maria Kerwien

DiplSoz, LL.M.Crim., (Referentin der BAG-S), Bundesarbeitsgemeinschaft für
Straffälligenhilfe e.V.; Oppelner Str.130; D-53119 Bonn
Tel. 0228/9663594; www.bag-s.de ; info@bag-s.de; kerwien@bag-s.de

Dr. Karen Klaue, PhD

Cheffe de projet ; Département fédéral de l'intérieur DFI ; Office fédéral de la santé
publique OFSP ; Unité de direction Santé publique ; Section Prévention et
Promotion. Schwarztorstrasse 96, CH-3007 Berne
Tél. +41 31 323 41 52; karen.klaue@bag.admin.ch

Bärbel Knorr

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.; Strafvollzug, Abteilung Strukturelle Prävention 2; Drogen
& Strafvollzug; Wilhelmstraße 138, D-10963 Berlin; Tel: +49 (0)30 690087-45
www.aidshilfe.de ; baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

Magdalena Kramer

Dipl. Sozialarbeiterin Suchttherapie; Justizvollzugsanstalt Duisburg Hamborn

Prof. Dr. Michael Levy

ACT Health Directorate; POB 825, Canberra; 2601 Australien
Michael.Levy@act.gov.au

Dr. Laurent Michel

Psychiatre - Praticien Hospitalier – PhD ; Centre de Traitement des Addictions ;
Inserm U669 ; Hôpital E ROUX - APHP
1, avenue de Verdun ; 94456 Limeil-Brévannes - FRANCE
tél : 00 33 1 45 95 83 53/82 88 ; laurent.michel@erx.aphp.fr

Dr. Ingo Ilja Michels

Project Leader of Central Asia Drug Action Programme (CADAP) ; Deutsche
Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) ; Bokonbava St. 220; 720017
Bishkek; Kyrgyzstan ; www.cadap.eu ; Ingollja.Michels@gtz.de

Lars Møller, MD, Dr. M. Sc.

Programme Manager a.i. Alcohol and Illicit Drugs; Life Style Determinants;
Division of Non-communicable Diseases and Health Promotion
World Health Organization Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8; DK-2100 Copenhagen Ø; Denmark; Tel: +45 3917 1214;
www.euro.who.int/alcoholdrugs ; www.euro.who.int/prisons ; mollerl@who.int

Dr. Martin Oberfeld

Anstaltsarzt JVA Hövelhof; Staumühler Str. 284; D - 33161 Hövelhof
martin.oberfeld@jva-hoevelhof.nrw.de

Nicholas Peigné

Infirmier ; Unité Médicale à la prison de Champ-Dollon
CH-1226Thonex ; Nicolas.Peigne@hcuge.ch

Prof. Dr. Jörg Pont

Brachtlgasse 20A; A - 1230 Vienna; joerg.pont@meduniwien.ac.at

Dr. Houda Rahay

Prison CSVSLE; Mannouba; Tunisie – 2010 Mannouba; hdrahay@yahoo.fr

Jean-Pierre Restellini

Dr. med., lic. iur. ; Médecine légale et médecine interne FMH
Président de la CNPT suisse ; Membre suisse du CPT / Conseil de l'Europe
13 rue de Rive - CH-1204 GENEVE ; Tél.: +41 (0)22 310 22 72
jpr.restellini@bluewin.ch ; Jean-Pierre.RESTELLINI@coe.int

Dr. Jean-Pierre Rieder

Chef de Clinique interne, Unité de médecine pénitentiaire
22, chemin de Champ-Dollon, CH-1226 Thônex ; Jean-Pierre.Rieder@hcuge.ch

Dr. Catherine Ritter

38 Ch du Vignoble ; CP 8 ; 1232 Confignon/GE-Suisse
Tél +41 22 757 31 12 ; Portable +41 79 704 29 66 ; www.catherineritter.ch
info@catherineritter.ch ; Catherine.Ritter@unige.ch

Florian Schäffler

Sozialarbeiter M.A.; Hochschule München - Fakultät für angewandte
Sozialwissenschaften; Am Stadtpark 20; D- 81243 München;
florian_schaeffler@yahoo.de

Ruth Steffens

AIDS-Hilfe NRW e.V.; Lindenstr. 20; D - 50674 Köln
Tel: +49-221-925996-13; www.nrw.aidshilfe.de | info@nrw.aidshilfe.de
Ruth.Steffens@nrw.aidshilfe.de

Dr. Birgit U. Stetina

Klinische Psychologie, Fakultät fuer Psychologie der Uni Wien
/Professor and MA Coordinator Working Group Counseling Psychology, Dept. of
Psychology, Webster University; birgit.stetina@univie.ac.at

Prof. Dr. Heino Stöver

Institut für Suchtforschung, Fachhochschule Frankfurt a.M.,
Nibelungenplatz 1, D-60318 Frankfurt ;
http://www.fh-frankfurt.de/de/forschung_transfer/institute/isff/personen.html
www.isff.de ; hstover@fb4.fh-frankfurt.de

Raminta Stuikyte

Co-Chair of Policy Working Group, European AIDS Treatment Group & Senior
Advisor, Eurasian Harm Reduction Network; raminta.stuikyte@gmail.com

Rüdiger Wächter

Dipl. Soz.-Päd.; Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Duisburg/Kreis Wesel e.V.
Pastor-Böhlitz-Straße 29; D - 46483 Wesel; Tel.: 0203-666633
info@aidshilfe-duisburg-kreis-wesel.de

Wilfried Weyl

Pflegedienstleiter JVA Butzbach; Justizvollzugsanstalt Butzbach,
Bezirkskrankenhaus
Kleeberger Straße 23, D - 35510 Butzbach
Tel.: 06033 893 3340; wilfried.weyl@jva-butzbach.justiz.hessen.de

Peter Wiessner

freiberuflicher Sozialwissenschaftler
Händelstr. 22; D-50674 Köln
Tel.: + 49 - 221 - 80 14 96 36; peter-wiessner@t-online.de

Dr François Willemin

Médecin de la prison préventive
Rue du Banneret 10, 2300 La Chaux-de-Fonds, Téléphone 032 / 967 96 40
drfwillemin@hin.ch

Dr. med. Jens Wittfoot

Medizinaldirektor; Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizinische
Grundversorgung; EMDR-Therapeut (EMDRIA); JVA Hannover, FB Medizin (3/16)
Schulenburg Landstr. 145; D-30165 Hannover
Tel. 0511 6796-513; Jens.Wittfoot@justiz.niedersachsen.de

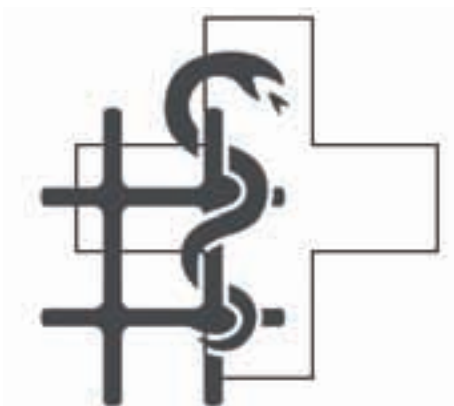
PD Dr. Hans Wolff

Unité de Médecine Pénitentiaire (UMP)
Service de Médecine de Premier Recours ; Hôpitaux Universitaires de Genève
(HUG) ; Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4; CH-1211 Genève 14
Tel : +41 22 (37) 23523 ; <http://ump.hug-ge.ch/> ; hans.wolff@hcuge.ch

11

Programmkomitee und Veranstalter Organisateurs





ORGANISATEURS

VERANSTALTER UND PROGRAMMKOMITEE

- Bündnis Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft (www.gesundinhaft.eu):
akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (www.akzept.org);
Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (www.aidshilfe.de);
Institut für Suchtforschung an der FH Frankfurt/Main (www.isff.de);
Schweizer Haus Hadersdorf, Wien (schweizerhaushadersdorf.at);
Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (www.wiad.de)
-
- La Conférence des Médecins Pénitentiaires Suisses (CMPS)
- Le Forum du personnel soignant des établissements de détention en Suisse
- Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (<http://ump.hug-ge.ch/>)

La conférence est soutenue par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et par le Centre Suisse de Formation pour le Personnel Pénitentiaire (CSFPP) (www.bag.admin.ch).

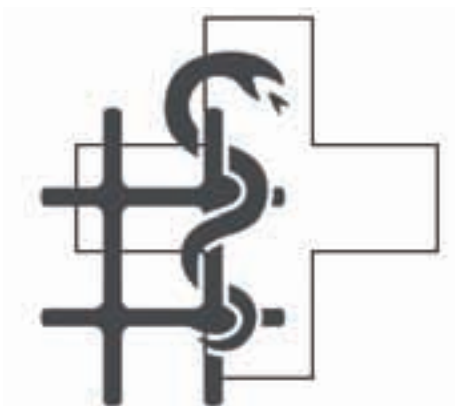
Die Konferenz wurde unterstützt vom Bundesamt für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, Abteilung übertragbare Krankheiten, Bern, sowie vom Schweizerischen Ausbildungszentrum für das Personal im Strafvollzug (SAZ).

12

Impressum und Dank

Mentions légales et Remerciements





MENTIONS LÉGALES ET REMERCIEMENTS IMPRESSUM UND DANK

Éditeurs – Herausgeber:

Bündnis Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft - akzept e.V. in Kooperation mit
Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Rédaction – Redaktion:

Heino Stöver, Hans Wolff, Bärbel Knorr, Christine Kluge Haberkorn

Graphisme – grafische Gestaltung:

Anna Schamschula, Frankfurt/M.

Composeur – Gestaltung und Satz:

Christine Kluge Haberkorn

Photos – Fotos:

Bärbel Knorr, Berlin

Typographie – Druck:

Druckerei Dressler, Berlin

Distribution - Vertrieb:

akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenhilfe und humane Drogenpolitik
Südwestkorso 14, D-12161 Berlin

akzeptbuero@yahoo.de

www.akzept.org

PDF: www.gesundinhaft.eu

Dank an die Aussteller:

Cellestis GmbH, D-64293 Darmstadt

Compware Medical GmbH, D-64579 Gernsheim

Diagnostik-Nord, D-19053 Schwerin

DIMA Gesellschaft für Diagnostika mbH, D-37079 Göttingen

Eli Lilly (Suisse) SA, CH-1214 Vernier

Janssen-Cilag AG, CH-6340 Baar

MD Doctors Direct GmbH, CH-8132 Egg

Protzek, Ges. für Biomedizinische Technik mbH, D-79539 Lörrach

Reckitt Benckiser (Switzerland) AG, CH-8304 Wallisellen

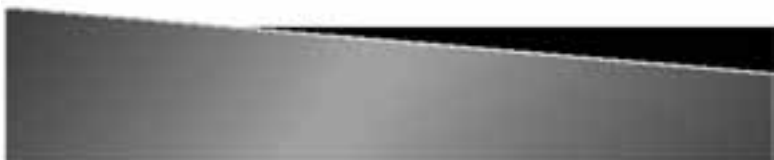
Roche Pharma (Schweiz) AG, CH-4153 Reinach BL

Auswertung der Teilnehmerbefragung der
6. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

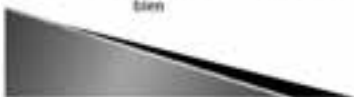
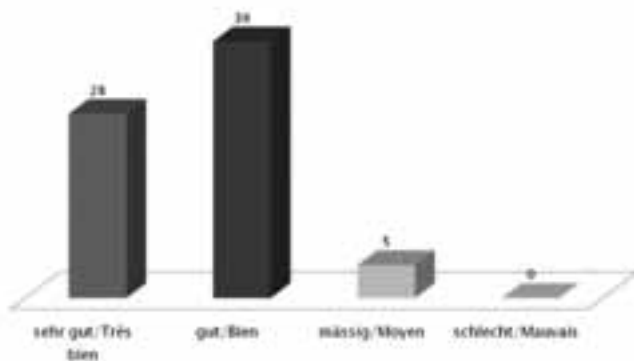
Exploitation du Questionnaire

6e Conférence européenne pour la promotion de la santé en
prison

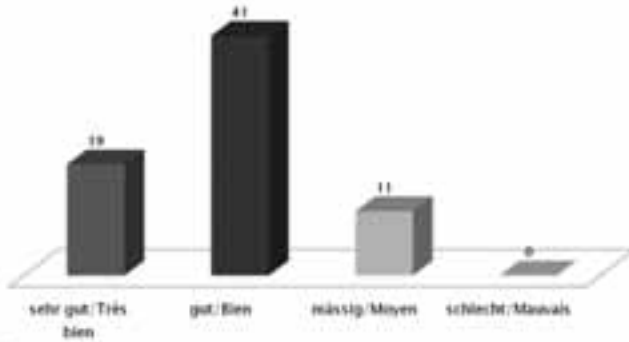
1. bis 3. Februar 2012 in Genf – Du 1er au 3 février 2012 à Genève



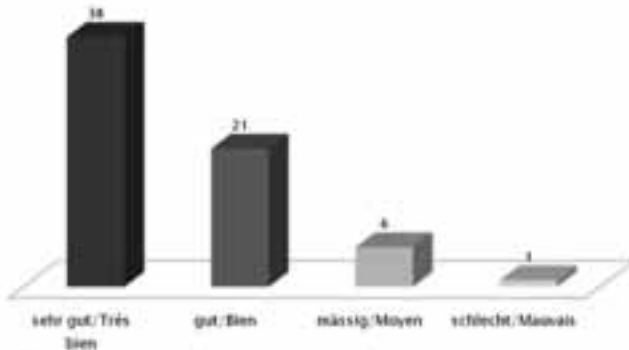
Sind die Erwartungen an die Veranstaltung erfüllt worden?
Cette manifestation a-t-elle répondu à vos attentes?



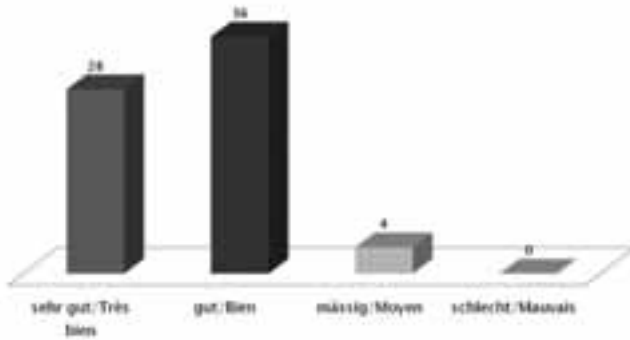
Beurteilung der Vorträge
– Praktische Relevanz
– Interêt pratique



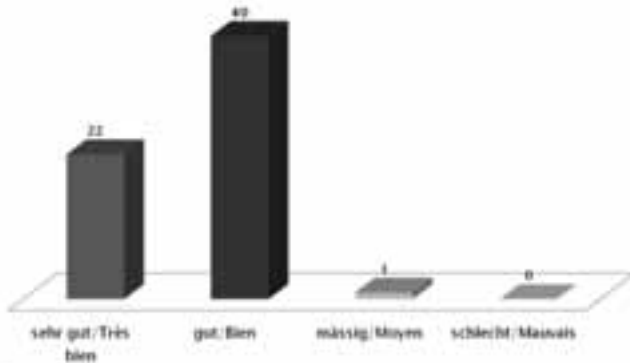
Beurteilung der Vorträge
– Übersetzung
– Traduction



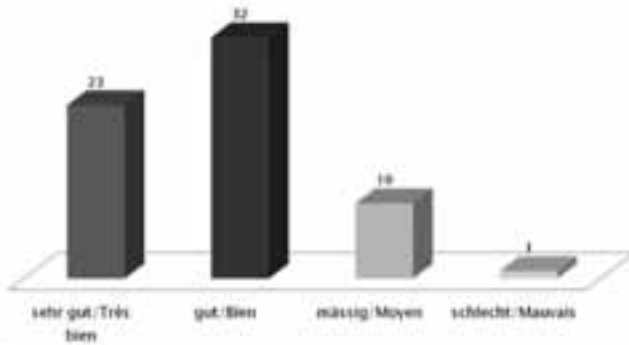
Beurteilung der Vorträge
- Persönlich Beteiligungsmöglichkeit
Quel jugement portez-vous sur les communications
- Possibilité d'intervention personnelle



Wie war ihr Gesamteindruck der Veranstaltung?
Quelle est votre impression d'ensemble?



Wie zufrieden waren Sie mit dem Tagungsort?
Êtes-vous satisfait des lieux?



La Prochaine conference – Die 7. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft wird vom 12.-14. März 2014 in Bonn stattfinden.

Sechste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft 6ème conférence européenne pour la promotion de la santé en prison

Dokumentation

Herausgeber / Éditeurs

- Bündnis Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft
- Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

