

**Monika Filipowicz**

## **Doświadczenia w zakresie przeciwdziałania HIV wśród osób używających narkotyki i realizacja programów redukcji szkód w więzieniach w Polsce i na świecie**

Harm Reduction (HR/redukcja szkód) to działania nastawione na zmniejszanie wszelkiego rodzaju szkód. Są one przejawem pragmatycznego podejścia do życia, opierają się na akceptacji istniejących zagrożeń i dążą do ich minimalizacji. Zakres redukcji szkód jest bardzo szeroki. Działania wynikające z tej filozofii znalazły także zastosowanie w pracy z osobami używającymi narkotyków; zarówno na wolności jak i w instytucjach penitencjarnych.

Sytuacja w zakładach karnych (ZK) jest z pewnością specyficzna i wymaga pewnych kompromisów. Oczywisty jest fakt, iż priorytetem w pracy instytucji penitencjarnych jest zapewnienie bezpieczeństwa i praca resocjalizacyjna, nie zaś troska o zdrowie i dostęp do serwisów medycznych. Jakkolwiek biorąc pod uwagę epidemię HIV/AIDS należy zastanowić się nad wprowadzaniem, również i do tych instytucji, projektów ograniczających szkody zdrowotne wynikające z używania narkotyków, niezabezpieczonych kontaktów seksualnych czy tatuowania.

Jak wynika z przeprowadzonych na całym świecie badań, odsetek osób zakażonych HIV jest w ZK wyższy niż w populacji ogólnej (Seaman et al., 2000). Ponadto w wielu krajach nowe infekcje HIV oraz HCV są ściśle powiązane z pobytem w ZK, dlatego że wiele osób przyjmujących narkotyki drogą dożylną kontynuuje iniekcje również w zakładach penitencjarnych (Dolan et al., 2002). Chociaż iniekcje w ZK są rzadsze niż w populacji ogólnej, jednakże każda z nich jest zdecydowanie bardziej ryzykowna. Nie powinno to dziwić, biorąc pod uwagę fakt, braku dostępu do sterylnego sprzętu iniekcyjnego.

Rola ZK ma kluczowe miejsce w epidemii HIV oraz HCV, także z uwagi na fakt, iż w zakładach karnych ma miejsce ciągły przepływ ludzi „z” i „do”, w związku z tym ryzyko dotyczy całego społeczeństwa (Mahon 1997, Harding 1997). Tak więc wprowadzanie programów redukcji szkód do instytucji penitencjarnych powinno być częścią ogólnej polityki zdrowia publicznego (Gaiter, Doll 1996).

Ponadto należałoby wziąć pod uwagę międzynarodowe wytyczne i rekomendacje, choćby te przedstawione przez Radę Europy, które jasno

mówią, iż: „Serwisy medyczne w instytucjach penitencjarnych powinny być dostępne i zorganizowane zgodnie ze standardami porównywalnymi jakościowo do tych istniejących w ogólnym społeczeństwie. Są one szczególnie istotne w warunkach więziennych jako odbijające, w widoczny sposób, standardy humanitaryzmu i opieki, które charakteryzują naturę więzienia jako takiego.” (Council of Europe, 1987). Tego typu wskazania można znaleźć w wielu innych dokumentach, konwencjach i deklaracjach, które, mimo, iż nie posiadają mocy prawnej, są niezwykle ważne, ze względu na swą przewodnią rolę i dużą wagę w wyznaczaniu moralnych i filozoficznych norm.

Dlatego też, biorąc pod uwagę ekwiwalencję dostępu, wszędzie tam gdzie programy redukcji szkód są realizowane w ogólnym społeczeństwie, należałoby wprowadzać je również w instytucjach penitencjarnych. Osoby pozbawione wolności, podobnie jak reszta społeczeństwa, mają prawo do najwyższego z dostępnych, poziomu standardów zdrowia, gwarantowanych przez prawo danego kraju. W 1993 WHO opublikowało wytyczne dotyczące infekcji HIV/AIDS w więzieniach, z których jasno wynika, że „w krajach, w których osoby używające iniekcyjnie narkotyków w społeczeństwie mają dostęp do czystych igieł i strzykawek, dostęp ten powinien być również zapewniony osobom przebywającym w zakładach karnych” (World Health Organization 1993).

W ostatnich latach problemy zdrowotne wynikające z dzielenia się sprzętem iniekcyjnym przez więźniów skłoniły administracje więzienną do zmiany polityki i podejścia do sprawy uzależnień (Dolan et al., 2003). Zaprzesano koncentracji wyłącznie na programach wynikających z założenia „zero tolerancji”, zaczęto natomiast zwiększać ilość serwisów redukujących szkody.

Najczęściej działania te sprowadzają się do następujących grup oddziaływań: edukacja, dostarczanie środków dezynfekcyjnych, programy substytucji metadonowej (MMT) oraz programy wymiany igieł i strzykawek (NEP). Przyjrzyjmy się pokrótce każdemu z nich.

### Edukacja

Edukacja od dawna była jednym z głównych składników strategii zapobiegania zakażeniom HIV (Lines, 2002). Jest ona także często praktykowana w warunkach izolacji. Wynika to najprawdopodobniej z faktu, iż jest to metoda najmniej kontrowersyjna, a co za tym idzie, szeroko akceptowana (Polonsky et al., 1994). Większość programów edukacyjnych skupia się na zapewnieniu wiedzy na temat dróg przenoszenia wirusa HIV, oraz ryzyka związanego z iniekcyjnym

przyjmowaniem narkotyków (Ehrmann, 2002, Vaz et al., 1996). Część z tych programów prowadzona jest przez pracowników instytucji penitencjarnych część zaś przez samych skazanych (Vaz et al., 1996). Podobnie jak w warunkach wolnościowych, także i w warunkach izolacji, programy te są bardziej efektywne, gdy prowadzone są przez „rówieśników” (Broadhead et al., 1995, Broadhead et al., 1998, Vaz et al., 1996)

Edukacja rówieśnicza może odgrywać bardzo ważną rolę w edukacji więźniów, ponieważ w sytuacji, gdy używanie narkotyku w ZK jest praktyką zabronioną, tylko inny skazany ma szansę na szczerą rozmowę dotyczącą redukcji szkód z innym skazanym.

Mimo to, z badań wynika, że dzięki edukacji zwiększył się poziom wiedzy skazanych i zmniejszyła ilość ryzykownych zachowań (Vaz et al., 1996 Ehrmann, 2002, Muller et al., 1995); nie znany jest jednak wpływ edukacji na zmniejszenie ilości nowych przypadków zakażeń HIV (Polonsky et al., 1994). Jednakże sama edukacja nie wystarczy, zwłaszcza, gdy zdobytej wiedzy nie można wykorzystać w praktyce.

#### Dostarczanie środków do dezynfekcyjnych

Kolejnym sposobem na zredukowanie ryzyka zakażeń wirusem HIV jest dostarczanie środków do dezynfekcji sprzętu iniekcyjnego wraz z instrukcją jego prawidłowego użycia.

Oдноśnie tego sposobu walki z zakażeniami HIV padało wiele słów krytyki (krytyki wspólnej dla wszystkich programów redukcji szkód), m.in., że można w ten sposób zachęcić osoby nie używające narkotyków do podjęcia takowej próby, bądź wykorzystać środki dezynfekcyjne jako broń przeciwko służbie ochrony w ZK.

Jakkolwiek z raportów sporządzonych w ZK, w których środki te są dostępne wynika, że takie zajęcia nie miały miejsca (Jurgens, 1996). Ponad to, z badań przeprowadzonych przez WHO w 1991 roku wynika, że wszystkie ZK, które wprowadziły tego typu program jako pilotażowy, kontynuowały go. W dalszym ciągu liczba tego typu programów wprowadzanych w instytucjach penitencjarnych w Europie systematycznie rośnie (Council of Europe, 1997).

Udowodniono, że używanie środków do dezynfekcji redukuje ryzyko zakażenia HIV (Abdala et al., 2001), lecz nie można powiedzieć, że jest ono efektywne w przypadku HCV (Hagan i Thiede, 2003). Kolejnym problemem jest fakt, iż wiele osób ma problemy z prawidłowym użyciem

środków dezynfekcyjnych, a także, że więźniowie często ich nie stosują, nawet, jeśli są dostępne (Dolan et al., 1998).

Także sposób ten nie może zostać uznany za uniwersalne rozwiązanie problemu transmisji chorób infekcyjnych wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (IDU's)

### Programy substytucji metadonowej

Wartość programów substytucyjnych zawiera się w tym, że dają one osobom uzależnionym możliwość zredukowania ryzykownych zachowań na jakie są narażone w związku z uzależnieniem, a także stabilizacji życiowej, socjalnej i zdrowotnej.

Substytucja jest generalnie pomyślana dla tych osób uzależnionych, które napotykają poważne problemy w zaprzestaniu używania narkotyków i całkowitym się od nich odcięciu. Pożądane jest w leczeniu substytucyjnym, aby środki zastępcze miały dłuższy okres działania lub półtrwania niż narkotyk, który zastępują, tak, aby opóźnić powstawanie głodu i zredukować ilość kontaktów z instytucją wydającą substytut.

Leczenie substytucyjne prowadzi w kierunku zaprzestania używania nielegalnych narkotyków lub unormowania modelu ich przyjmowania, także zwiększa ilość kontaktów z serwisami medycznymi, a co za tym idzie, umożliwia poszerzenie wiedzy z zakresu zdrowia.

Badania pokazały, że redukcja ilości iniekcji oraz dzielenia się sprzętem iniekcyjnym, która występuje w przypadku uczestnictwa w MMT w ogólnym społeczeństwie ma również miejsce w ZK (Dolan et al., 1996).

Dowodzono również, iż powrotność do przestępstwa wśród więźniów otrzymujących metadon podczas pobytu w ZK była znacząco mniejsza niż wśród tych, którzy w MMT nie brali udziału (Levasseur, 2002). Udział w MMT jest również niezwykle ważny ze względu na ryzyko przedawkowań wśród osób uzależnionych od heroiny opuszczających zakłady karne.

W krajach Unii Europejskiej programy substytucji metadonowej zostały szeroko wprowadzone do ZK w latach 90-tych. Oczywiście ich dostępność jest różna w zależności od kraju.

Dużą ilość MMT zanotowano w więzieniach w Hiszpanii i Austrii. W Hiszpanii metadon otrzymuje 60% IDU's. W Austrii metadon oferowany jest we wszystkich ZK od 1991 wraz ze wsparciem psychologicznym i pomocą socjalną. W Belgii, Niemczech, Irlandii, Włoszech i Holandii ilość programów jest bardzo mała - nie biorąc pod uwagę detoksykacji za pomocą metadonu. W Szwecji i Grecji nie prowadzi się programów substytucyjnych w ZK (EMCDDA, 2001).

W Polsce, jak dotychczas istnieje jeden program substytucji metadonowej. Jest to program pilotażowy prowadzony w Areszcie Śledczym przy Ul. Montelupich w Krakowie.

Z założenia, osoby będące w MMT na wolności mają prawo do kontynuacji terapii substytucyjnej po zatrzymaniu. Istnieje również możliwość wejścia na program w AŚ, a następnie dalszy w nim udział, po opuszczeniu zakładu. Sytuacja polskich programów metadonowych w instytucjach penitencjarnych nadal pozostawia wiele do życzenia. Sugeruje się, aby programy były dostępne w większej ilości placówek penitencjarnych, zarówno w aresztach śledczych jak i zakładach karnych. Rozwiązałyby to wiele technicznych problemów, które istnieją w chwili obecnej, (co zrobić z kimś, kto uczestniczy w MMT w AŚ i zostaje skazany na karę pozbawienia wolności?, Co z kimś, kto musi zostać przewieziony do innej jednostki w celu uczestnictwa w rozprawie?, itd.). Oczywiście istnieje sporo krytycznych uwag pod adresem MMT. Lecz brak efektywnych metod leczenia uzależnień opiatowych, wysokie ryzyko zakażenia HIV wśród skazanych nie objętych terapią metadonową, oraz obserwowalne korzyści płynące z MMT sprawiają, że substytucja odgrywa niebagatelną rolę w redukcji szkód związanych z używaniem narkotyków.

#### Programy wymiany igieł i strzykawek

Programy wymiany igieł i strzykawek są generalnie efektywną i dobrze sprawdzoną metodą profilaktyczną. Mimo to, nie są one prowadzone w większości zakładów karnych Unii Europejskiej. Niektóre z krajów nie przyjęły oficjalnej polityki zakazującej wprowadzania tych programów, inne zaś kategorycznie odrzucają ten pomysł. Z międzynarodowych badań wynika, że w miastach, w których prowadzi się NEP, ilość zakażeń HIV spada co roku o 5,8%. Natomiast w miastach gdzie tych programów nie ma ilość, nowych zakażeń wzrasta corocznie 5,9% (Des Jarlais et al., 1995).

Gdy mówi się o tym typie programów redukcji szkód i jego wprowadzaniu do zakładów penitencjarnych, pierwszym argumentem przeciw, jest obawa, iż igły i strzykawki mogą zostać użyte przez skazanych jako broń. Drugi argument jest podobny jak przy innych programach, że istnienie takiego programu może zachęcić osoby, które dotychczas nie brały narkotyków, do eksperymentowania z nimi.

Mimo tych zastrzeżeń w kilku krajach wprowadzono NEP do ZK. Miało to miejsce w Niemczech, Hiszpanii, Szwajcarii, Mołdawie, Australii oraz Kirgizji i Białorusi. Zapowiedziano także wprowadzenie tych programów w Portugalii, Grecji i Włoszech.

Dystrybucja igieł i strzykawek odbywa się na parę sposobów. W niektórych więzieniach każdy nowo przybyły skazany dostaje atrapę strzykawki, którą później może wymienić w maszynie na prawdziwą, w innych sprzęt iniekcyjny jest wydawany przez personel medyczny lub osoby z „grupy doradczej” –przyjmujące w „kafejce – kontaktowej”, a także czasem przez personel. (Dolan et al., 2002).

Różne są również zasady przyjmowania do udziału w programie oraz wykluczania z niego. I tak np. w Vechta- niemieckim więzieniu dla kobiet, skazane, które biorą udział w programie substytucji metadonowej, nie mają prawa do korzystania z NEP, z kolei w Oberschöngrün w Szwajcarii do programu dopuszczani są tylko więźniowie, u których stwierdzono uzależnienie od opiatów (Dolan et al., 2002)

Ponadto z przeprowadzonych ewaluacji programów NEP, które odbyły się w wybranych ZK Hiszpanii, Szwajcarii i Niemiec wynika jasno, że:

- nie stwierdzono użycia igieł i strzykawek jako broni,
- zmalała ilość przypadków dzielenia się sprzętem iniekcyjnym,
- zmniejszyła się ilość przedawkowań,
- nie zanotowano wzrostu spożycia narkotyków,
- od momentu wprowadzenia programów wymiany nie zanotowano ani jednego przypadku zakażenia wirusami HIV, HCV, HBS,
- zarejestrowano kilka przypadków zakażenia, które były spowodowane nieprawidłowym przechowywaniem zużytego sprzętu iniekcyjnego (Dolan et al., 2002).

Dodatkowo należałoby zaznaczyć, iż z badań przeprowadzonych wśród pracowników programu pilotażowego w ZK Hindelbank, jasno wynikało, iż program został w wysokim stopniu zaakceptowany (Dolan et al., 2002).

Podsumowując należy wspomnieć, że aby programy były skuteczne, osadzeni muszą mieć swobodny dostęp do odpowiedniej ilości sprzętu iniekcyjnego przez cały czas. Program powinien im także zapewniać konfidencjonalność.

Wprowadzając jakiegokolwiek programy redukcji szkód do instytucji penitencjarnych należy brać pod uwagę kilka istotnych kwestii:

- dobrze jest, gdy inicjatywa powstania programu wychodzi ze strony ZK, a nie od osób z zewnątrz,
- władze ZK muszą brać czynny udział w procesie planowania i wprowadzania projektów,
- oczywiste jest, że wprowadzenie projektu musi zostać starannie przygotowane (w przypadku niektórych programów profilaktycznych i ograniczających szkody, można zastosować te same zasady implementacji jakie stosuje się odnośnie programów wolnościowych),

- niezwykle istotne jest aby informacja dotycząca programu dotarła do wszystkich zainteresowanych oraz aby była skonstruowana jasno i zrozumiale,
- włączanie pracowników do tworzenia i wprowadzania projektów jest podstawą sukcesu, także prowadzenie treningów i edukacji, jest punktem wyjścia (Swiss Federal Office of Public Health-Summary of Evaluation and Research Findings-1993 –1999, 2000).

Na zakończenie chciałabym powrócić do kwestii, o której wspomniałam już na początku. Istnienie programów redukcji szkód w zakładach karnych i aresztach śledczych jest potrzebne, natomiast ich wprowadzanie wymaga ustanowienia pragmatycznego kompromisu pomiędzy sprzecznymi interesami administracji więziennej i samych skazanych. Konflikt ten dotyczy karnego charakteru ZK jako takiego, a kwestii ochrony zdrowia i dostępu do służb medycznych, które są niepodważalnym prawem każdej istoty ludzkiej. W pełni zdaję sobie sprawę, iż znalezienie drogi „pomiędzy” nie jest sprawą łatwą, natomiast w sytuacji epidemii HIV i HCV należy głęboko zastanowić się nad korzyściami płynącymi z wprowadzania programów Harm Reduction do ZK.