



CANADIAN | RÉSEAU
HIV/AIDS | JURIDIQUE
L E G A L | CANADIEN
NETWORK | VIH•SIDA

Обмен игл в тюрьмах:

**Уроки всестороннего изучения
международного опыта и
подтверждённых доказательствами
результатов**

**Текст на русском языке для стран
бывшего Советского Союза и
Восточной Европы**

Составители:

Рик Лайнс

Ральф Юргенс

Глен Беттеридж

Хеано Штёвер

Думитру Латицевши

Йоахим Неллес



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Обмен игл в тюрьмах: уроки всестороннего изучения международного опыта и подтверждённых доказательствами результатов

Текст на русском языке для стран бывшего Советского Союза и Восточной Европы

Опубликовано Канадской Правовой Сетью по ВИЧ/ СПИДу

Для получения более подробной информации свяжитесь с:
Канадской Правовой Сетью по ВИЧ/ СПИДу
Тел.: 514 397-6828
Факс: 514 397-8570
E-mail: info@aidslaw.ca
Web-site: www.aidslaw.ca

Дополнительные копии текста на русском языке могут быть получены на сайте www.aidslaw.ca.
Дополнительные копии текста можно найти на сайте www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm

© 2005 Канадская Правовая Сеть ВИЧ/ по СПИДу

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication

Obmen igl v tiurmakh : uroki vsestoronnego izucheniia mezhdunarodnogo opyta i podtverzhdennykh dokazatelstvami rezultatov / Rick Lines ... et al. ; translated by Irene Kelner.

Translation of: Prison needle exchange: lessons from a comprehensive review of international evidence and experience = L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales

Includes bibliographical references.

ISBN 1-896735-53-3

1. Prisoners - Drug use. 2. Needle exchange programs. 3. AIDS (Disease) - Prevention. 4. HIV infections - Prevention. I. Lines, Rick. II. Kelner, Irene III. Canadian HIV-AIDS Legal Network.

HV8836.5.P7417 2005

362.29'086'927

C2005-9401550-0

Финансирование этого отчёта предоставлено организацией «Здоровье в Канаде» под эгидой «Канадской стратегии в отношении ВИЧ/СПИДа». Финансирование перевода на русский язык предоставлено Канадским агентством по международному развитию. Мнения, высказанные в этом документе, являются мнениями их авторов и необязательно выражают политику или взгляды организаций «Здоровье Канады», Министра Здравоохранения, Канадского агентства по международному развитию, или же Канадской Правовой Сети по ВИЧ/СПИДу.

Дизайн обложки – Питер Димако

В память об Андрее Райхе Тоэпл и Томми Ларкин

Выражение признательности

Этот отчёт было бы невозможно подготовить без сотрудничества многих людей из разных стран мира, которые помогли в различных видах исследований и в его написании. Мы бы хотели поблагодарить тех, кто помог организовать наше ознакомление с программой обмена игл в тюрьмах различных стран. Это Кристофер Истус, Даниела Десантис, Мануэло Гарибальди, Марлен Лаеблу, Хейнц Стутц и Ганс Сульзер из Швейцарии; Анна Андре Баллестрос, Грасизла Сильвоста и Иоланда Нуньес из Испании; Карлхейнц Кепплер, Маттиас Блюмель, Сандра Бюрманн, Фрау Шнейдер, Клаудиа Рей и Кристина Клог Хаберкорн из Германии; Валентин Середа, Владимир Тарану и Лариса Пинтеллей из Молдовы. Мы благодарим тех, кто предоставил нам информацию по ВИЧ, инъекциям наркотиков и программе снижения вреда в тюрьмах стран Восточной Европы, Центральной Азии и бывшего Советского Союза – Дженифер Траску-Гибсон и Мэтта Кёртиса из Международной Программы Развития Снижения Вреда в Нью-Йорке; Гульнару Калякбарову из Международной реформы пенитенциарных учреждений; Раушан Абдилдаеву и Эльвиру Мураталиеву из Кыргызстана; Ларису Савищеву из Беларуси. Мы также выражаем благодарность Группе Помпиду Совета Европы за финансирование ознакомительных поездок в Швейцарию, Испанию, Германию в составе Европейской Ассоциации по изучению и исследованиям наркозависимости, а также Натали Баргеллини за её непрерывающуюся помощь. Мы хотим поблагодарить организацию «Здоровье в Канаде» за частичное финансирование данного проекта в рамках Канадской стратегии в отношении ВИЧ/СПИДа и Канадское агентство по международному развитию за финансирование перевода на русский язык. Мы выражаем особую благодарность Канадскому Обществу Джона Ховарда, которое обеспечило финансовую поддержку данному отчёту, как части их Проекта совершенствования политического анализа, а также Джералду Томасу и Грэмму Стюарту за их непрерывающуюся поддержку, помощь и постоянные контакты. Также благодарим Гарри Боуерса за редактирование английского текста и Гранта Лоуэна за вёрстку. Джоан Чете помогла с адаптацией для русскоязычной версии английского текста отчёта, первоначально опубликованного в октябре 2004 года.

Содержание

Предисловие	i
Основные вопросы и цели	i
Потребление инъекционных наркотиков, ВИЧ и ВГС – тюремные эпидемии	ii
Право заключённых на здоровье	ii
Программы обмена игл – эффективная мера по охране здоровья	iii
Уроки, извлечённые из программ обмена игл в тюрьмах	iii
Рекомендации	iii
Что содержится в данном отчёте?	iv
Дальнейшие шаги	iv
Для получения более подробной информации...	iv
Здоровье заключённых -это вопрос общественного здравоохранения	1
Замечания по поводу терминологии	3
Методология	4
Эпидемии ВИЧ и ВГС в тюрьмах	6
Широкое распространение ВИЧ и ВГС в тюрьмах	6
Западная Европа, Австралия, Канада и США	7
Центральная и Восточная Европа и страны бывшего Советского Союза	7
Другие страны	9
Заражение ВГС	9
Потребление наркотиков в тюрьмах	10
Потребление инъекционных наркотиков, общие иглы и риск заражения ВИЧ и ВГС	11
Международные данные	12
Снижение вреда	15
Права человека и правовые стандарты	17
Международный закон о правах человека	17
Международные правила, рекомендации, принципы и стандарты	18
Право заключённых на здоровье и доступ к стерильным иглам	20
Обзор международных данных по программе обмена игл в тюрьмах	23
Швейцария	24
Краткое содержание	24
ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в Швейцарии	24
ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в швейцарских тюрьмах	25
История ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и потребление инъекционных наркотиков в швейцарских тюрьмах	25
Внедрение программ обмена/раздачи игл	25
Первая программа	25
Распространение на другие тюрьмы	26
Оценка и извлечённые уроки	27
Текущая ситуация	29
Германия	30
Краткое содержание	30
ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в Германии	30
ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в тюрьмах Германии	31
История ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и потребление инъекционных наркотиков в тюрьмах Германии	31
Внедрение программ обмена/раздачи игл	32
Первые программы	32
Распространение на другие тюрьмы	34
Оценка и извлечённые уроки	34
Текущая ситуация	35
Испания	37
Краткое содержание	37
ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в Испании	37
ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в испанских тюрьмах	37
История ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и потребление инъекционных наркотиков в испанских тюрьмах	38

Внедрение программ обмена/раздачи игл	39
Первая программа	39
Распространение в других тюрьмах	40
Оценка и извлечённые уроки	43
Три урока, извлечённые из анализа опыта Испании	45
Текущая ситуация	46
Молдова	46
Краткое содержание	46
ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в Молдове	46
ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Молдовы	47
Известные случаи ВИЧ/СПИДА в Молдове	47
История осуществления ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Молдовы	47
Введение программ обмена/раздачи игл	48
Первая программа	48
Оценка обмена игл в тюремной колонии № 18: иглы, обмененные за год	49
Распространение на другие тюрьмы	49
Распространение материалов для снижения вреда в тюрьмах Молдовы: данные по всем исправительным учреждениям за 2002 год	50
Оценка и извлечённые уроки	50
Текущая ситуация	51
Кыргызстан	51
Краткое содержание	51
ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в Кыргызстане	51
ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Кыргызстана	52
История ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Кыргызстана	52
Введение программ обмена/раздачи игл	52
Первая программа	52
Распространение на другие тюрьмы	53
Текущая ситуация	53
Беларусь	54
Краткое содержание	54
ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в Беларуси	54
ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Беларуси	54
История ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Беларуси	54
Введение программ обмена/раздачи игл	54
Оценка и извлечённые уроки	55
Текущая ситуация	55
Анализ доказательств	56
Опровержение возражений	56
Укрепление безопасности в исправительных учреждениях	56
Отсутствие увеличения потребления наркотиков или числа инъекций	58
Часть продолжения программ, связанных с наркотиками	60
Положительные результаты в состоянии здоровья заключённых и всего населения	62
Программы обмена шприцев снижают рискованное поведение и предотвращают передачу заболеваний	62
Дополнительное положительное влияние на здоровье заключённых.	63
Эффективность в различных типах исправительных учреждений	64
Эффективность различных методов предоставления игл	66
Раздача шприцев из рук в руки тюремной медсестрой и/или врачём.	67
Раздача из рук в руки работниками аутрич из числа самих заключённых	67
Раздача из рук в руки работниками неправительственных организаций и медиками, не связанными с тюрьмами	67
Автоматические аппараты для раздачи шприцев	68
Общие факторы, присущие эффективным программам обмена игл в тюрьмах	69
Лидерство тюремной администрации и поддержка со стороны персонала тюрьмы	69
Необходимость конфиденциальности и доверия	70
Адекватный доступ к стерильным иглам	71
Обмен игл как часть программы снижения вреда	71
Важность принятия решений на основе доказательств: проведение оценки пилотных проектов	72

Программы обмена игл должны быть внедрены в тюрьмах стран бСС и ЦВЕ	73
Юридические обязательства уважать, защищать и обеспечивать право заключённых на здоровье	73
Обеспечение только хлорсодержащим раствором не достаточно.	73
Метадоновая поддерживающая терапия - другой критический элемент	75
Мнения персонала тюрем	76
Рентабельность проведения программ обмена игл в тюрьмах	77
Для политиков, занимающих выборные должности, и для администрации тюрем настало время действовать	78
Рекомендация	79
Заключение: призыв к руководству программами обмена игл в тюрьмах	80
Литература	83
Международные источники	83
Книги, статьи, отчёты, резюме и т.д.	85
Об авторах	96
Ссылки	97



Предисловие

В октябре 2004 года Канадская Правовая Сеть по ВИЧ/СПИДу опубликовала этот отчёт на английском и французском языках. Многие наши коллеги из стран бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы спрашивали, где можно достать версию отчёта на русском языке. Благодаря финансированию Канадского Агентства Международного Развития, мы смогли не только перевести отчёт, но и включить в него дополнительные информационные материалы, касающиеся стран бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы.

В нескольких последних обзорных отчётах об эпидемии ВИЧ/СПИДа во всём мире Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) подчеркивает, что в странах бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы развитие эпидемии СПИДа происходит самыми быстрыми темпами в мире. В этом регионе стремительно нарастает угроза здоровью населения, исходящая от ВИЧ/СПИДа, которая подпитывается растущим с чудовищной скоростью уровнем потребления инъекционных наркотиков. Правительства этих стран должны выделять необходимые средства и проводить активную созидательную государственную политику по предотвращению огромной опасности, включая и пенитенциарную систему.

В действительности, во всех странах бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы, как и во многих других регионах мира, в тюрьмах распространение ВИЧ-инфекции намного выше, чем среди населения в целом. Потребители наркотиков, которые часто отбывают длительные сроки тюремного заключения, находят возможности употреблять наркотики и в исправительных учреждениях, но зачастую они не могут достать стерильный инструментарий для инъекций, а также предпринимать основные меры защиты от опасных последствий потребления инъекционных наркотиков иными способами, в том числе заражения ВИЧ-инфекцией и гепатитом С. Периодические массовые амнистии заключённых, а также тот факт, что большинство заключённых со временем возвращается в общество, означают, что распространение ВИЧ в тюрьмах является важным фактором распространения эпидемии в данном регионе.

По всем расчётам, в странах бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы это является критическим моментом на пути

распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа. Правительства нескольких стран, видя потенциальную угрозу эпидемии для всего населения, а не только для потребителей наркотиков, начинают склоняться к необходимости осуществления серьёзных мер на государственном уровне. Гранты Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией и ряда других организаций вносят реальные изменения в материальную базу для решения проблем ВИЧ/СПИДа в странах этого региона.

Так как проблема ВИЧ/СПИДа возникла в странах бывшего Советского Союза и Восточной Европы относительно недавно, руководство этих стран может воспользоваться опытом стран, где уже почти два десятилетия существуют государственные программы контроля СПИДа. На этой критической стадии они должны применять меры, которые хорошо оправдали себя в других странах, и вкладывать свои ограниченные ресурсы в их развитие, что поможет остановить волну эпидемии, которая уже унесла очень много молодых жизней. Данный отчёт описывает один из таких методов. Программы обмена игл в целом имеют продолжительный и тщательно оцененный опыт по предотвращению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Обмен игл в тюрьмах, о котором рассказывает данный отчёт, также прошёл проверку во многих исправительных учреждениях, по крайней мере, в шести странах. Примечательно, что три из этих стран, чей опыт обмена игл в тюрьмах освещается здесь (Беларусь, Кыргызстан и Молдова), являются странами бывшего Советского Союза, в которых, в некоторой степени, общественная необходимость остановить стремительно растущую эпидемию среди крайне уязвимой группы населения – людей, отбывающих тюремное заключение, привела к внедрению эффективных мер по охране здоровья в тюрьмах.

Обмен игл для заключённых, являющихся потребителями инъекционных наркотиков, считается важной мерой профилактики ВИЧ-инфекции. Это относительно дешёвый и действительно чрезвычайно эффективный метод по сравнению с высокой стоимостью лечения ВИЧ/СПИДа, гепатита С и других заболеваний, связанных с использованием общих игл для инъекций. Он гарантирует безопасность как самих заключённых, так и персонала тюрем, а также является важным элементом обязательств правительства гарантировать заключённым и всем людям их право на здоровье.

Мы надеемся, что этот отчёт поможет государственным деятелям, особенно администрациям исправительных учреждений, осознать, что обмен игл в тюрьмах является важным и эффективным средством в борьбе против ВИЧ/СПИДа. От принятых ими решений по этому вопросу зависят миллионы жизней в странах бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы.

Джоанн Чете,

Исполнительный директор Канадской Правовой Сети по ВИЧ/СПИДу

Январь 2005 года



Основные вопросы и цели

Данный отчёт исследует вопросы обмена игл в тюрьмах на основе международного опыта и фактических данных по состоянию на 31 марта 2004 года. Данные собраны за 18-месячный период, начиная с октября 2002 года. Авторы провели анализ литературы и подготовили её обзор, посетили тюрьмы в четырёх странах и встретились с людьми, отвечающими за руководство программ обмена игл в исправительных учреждениях. Отчёт представляет собой всесторонний обзор, основанный на фактах правовой базы для программ обмена игл в тюрьмах. Цель данного отчёта – содействовать внедрению программ обмена игл в исправительных учреждениях, в которых возникли эпидемии ВИЧ-инфекции и гепатита С, вызванные потреблением инъекционных наркотиков.

Цель данного отчёта – содействовать внедрению программ обмена игл в пенитенциарных системах, в которых возникли эпидемии ВИЧ-инфекции и гепатита С, вызванные потреблением инъекционных наркотиков.

Потребление инъекционных наркотиков, ВИЧ и ВГС – тюремные эпидемии

Необходимость эффективных мер в тюрьмах против ВИЧ, вируса гепатита С (ВГС) и потребления инъекционных наркотиков - серьёзная международная проблема. Во многих странах мира, включая страны бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы, уровень распространения ВИЧ и ВГС среди заключённых намного выше, чем в целом среди населения. В тюрьмах многих стран эпидемии ВИЧ и ВГС полностью связаны с потреблением инъекционных наркотиков и опасными методами их введения, это относится и к обществу в целом. Во многих странах законодательный запрет потребления наркотиков и усиленные меры пресечения привели к систематическим арестам людей, потребляющих инъекционные наркотики, и, следовательно, к росту числа заключённых - потребителей наркотиков в тюрьмах, где из-за недостатка

стерильного инструментария существует большая вероятность общего использования шприцев и игл.

Право заключённых на здоровье

Провал обеспечения заключённых необходимыми мерами по профилактике заражения ВИЧ и ВГС является нарушением их права на здоровье в соответствии с международным правом.

Провал обеспечения заключённых необходимыми мерами по профилактике заражения ВИЧ и ВГС является нарушением их права на здоровье в соответствии с международным правом. Более того, это не согласуется с международными актами, которые имеют отношение к правам заключённых, медицинского обслуживания в тюрьмах, ВИЧ/СПИДа в тюрьмах, в том числе с Основными принципами ООН по лечению заключённых, рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах, а также с документами ЮНЭЙДС.

Программы обмена игл – эффективная мера по охране здоровья

Швейцария, Германия, Испания, Молдова, Кыргызстан и Беларусь распространили программы обмена игл в тюрьмах.

Программы обмена игл доказали свою эффективность в деле охраны здоровья, снижая риск передачи ВИЧ и ВГС потребителям инъекционных наркотиков, использующим общие иглы, и их сексуальным партнёрам. В результате, во многих странах эти программы проводятся среди определённых групп населения, позволяя потребителям инъекционных наркотиков свести к минимуму риск заражения ВИЧ и ВГС при использовании общих игл. Несмотря на успех этих программ в обществе, только шесть стран (Швейцария, Германия, Испания, Молдова, Кыргызстан и Беларусь) распространили программы обмена игл в тюрьмах. Другие страны, например Казахстан, Таджикистан, Украина, возможно, вскоре последуют их примеру.

С 1992 программы обмена игл проводятся в тюрьмах этих стран, и каждый раз программа обмена игл начинала осуществляться в ответ на серьёзные свидетельства риска распространения ВИЧ в исправительных учреждениях путём использования общих шприцев.

Программы обмена игл осуществляются как в мужских, так и в женских тюрьмах, в исправительных учреждениях различного размера, относящихся к гражданской или военной системам, в местах, где заключённые содержатся в одиночных камерах или бараках, с разными уровнями безопасности и различными формами надзора (ожидающие суда и приговорённые, открытые и закрытые). Как правило, программа обмена игл сначала проводилась на основе пилотного проекта, а затем расширялась, базируясь на данных, полученных при его осуществлении. Применялось несколько разных методов распространения шприцев среди заключённых. в зависимости от специфики и потребности, а также обстановки, существующей в данном исправительном учреждении. Среди

этих методов – автоматы для раздачи, раздача из рук в руки тюремным врачом, средним медперсоналом, медиками, постоянно не работающими в тюрьмах, а также заключёнными, прошедшими специальный тренинг для аутич-работы.

Уроки, извлечённые из программ обмена игл в тюрьмах

Опыт шести стран, где действуют программы обмена игл в тюрьмах, наглядно продемонстрировал, что такие программы:

- не угрожают безопасности тюремного персонала и заключённых, фактически делают тюрьму более безопасным местом для жизни и работы;
- не увеличивают потребления наркотиков и числа инъекций;
- снижают уровень рискованного поведения и распространение заболеваний (включая ВИЧ-инфекцию и гепатит С);
- имеют другие положительные последствия для здоровья заключённых;
- эффективны в различных типах тюрем;
- успешно используют различные методы раздачи игл в зависимости от потребностей персонала и заключённых в различных типах тюрем.

Рекомендации

Данный отчёт даёт одну единственную рекомендацию правительству и администрации тюрем в странах, где нет программ обмена игл: Власти этих стран должны немедленно предпринять шаги к повсеместному осуществлению программ обмена игл, если необходимо, на пилотной основе. Во всех странах, где системы исправительных учреждений сталкиваются с эпидемиями ВИЧ-инфекции и гепатита С, вызванными потреблением инъекционных наркотиков, необходимо как можно скорее организовать обмен игл в тюрьмах.

Что содержится в данном отчёте?

Первая глава (Здоровье заключённых-это вопрос общественного здравоохранения) знакомит с вопросами здоровья заключённых и программами обмена игл в тюрьмах в контексте потребления инъекционных наркотиков и эпидемий ВИЧ и ВГС в тюрьмах. Вторая глава (Методология) рассматривает методы, использованные при сборе фактического материала для отчёта. Третья глава (Эпидемии ВИЧ и ВГС в тюрьмах) обобщает факты, собранные по всему миру, о широком распространении в тюрьмах эпидемий ВИЧ и ВГС, потребления инъекционных наркотиков и использования общих игл. Четвёртая глава (Права человека и правовые стандарты) приводит информацию о правах человека, международных правовых стандартах и руководящих принципах, касающихся потребления инъекционных наркотиков, ВИЧ и ВГС в тюрьмах. Она также повествует о выполнении правительствами юридических обязательств уважать, защищать и выполнять право заключённых на здоровье, включая профилактические меры. Пятая глава (Обзор международных данных о программе обмена игл в тюрьмах) описывает опыт и факты, собранные для

данного отчёта в шести вышеупомянутых странах, где внедрены программы обмена игл в тюрьмах - Швейцария, Германия, Испания, Молдова, Кыргызстан и Беларусь. Обзор включает всю имеющуюся информацию о распространении ВИЧ и ВГС по каждой стране, как в целом среди населения, так и в тюрьмах, рассказывает о том, как осуществлялись ответные меры системы исправительных учреждений на ВИЧ и ВГС, приводит анализ программ обмена игл в тюрьмах, в том числе историю, оценку и извлечённые уроки, текущую ситуацию и перспективы на будущее.

Шестая глава (Анализ доказательств) использует доказательства, почерпнутые из литературного обзора и посещения тюрем, дающие возможность представить данные о программах обмена игл в тюрьмах. Седьмая глава (Программы обмена игл должны быть внедрены в тюрьмах стран бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы), опираясь на данные предыдущей главы, описывает пример внедрения программ обмена игл в тюрьмах стран бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы. Восьмая, заключительная, глава (Заключение: призыв к руководству программами обмена игл в тюрьмах) призывает политиков, занимающих выборные должности, администрации тюрем, тюремный персонал (как надзирателей, так и медработников), а также консультирующих в тюрьмах врачей взять на себя руководство этими вопросами.

Дальнейшие шаги

Версия данного отчёта на русском языке будет разослана широкому кругу людей и организаций в странах бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы, связанных по работе с тюрьмами, потреблением инъекционных наркотиков, снижением вреда, проблемами ВИЧ/СПИДа и гепатита С. Мы надеемся, что этот отчёт станет эффективным средством для получения информации, для руководства властям и для отстаивания интересов заключённых.

Для получения более подробной информации...

Свяжитесь с Канадской Правовой Сетью по ВИЧ/СПИДу через офис в Монреале по тел. +1 514 397-6828, факс +1 514 397-8570, эл. почта: info@aidslaw.ca. Электронные копии данного отчёта можно найти на сайте Канадской Правовой Сети по ВИЧ/СПИДу www.aidslaw.ca.



Здоровье заключённых -это вопрос общественного здравоохранения

В 1992 году Франц Пробст столкнулся с дилеммой. Работая по совместительству тюремным врачом в мужской тюрьме Обершёнгрюн в швейцарском кантоне Золотурн, он знал, что более 20% заключённых потребляют инъекционные наркотики. Он также знал, что эти люди не имеют возможности достать стерильные шприцы, и в результате они по необходимости пользуются общими шприцами. Как рассказывают Неллс и Хардинг:

В отличие от большинства своих коллег, работающих в тюрьмах, которые вынуждены ежедневно идти на компромисс между моральными принципами и нормами здравоохранения, Пробст начал распространять стерильный инструментарий для инъекций, не информируя об этом начальника тюрьмы. Когда его смелый и, несомненно, авантюрный поступок был раскрыт, начальник вместо того, чтобы немедленно уволить Пробста, выслушал его аргументы по поводу профилактики ВИЧ и гепатита, а также абсцессов в местах инъекций и добился от властей кантона санкции на распространение игл и шприцев среди заключённых. Таким образом, впервые в мире распространение инструментов для инъекций в тюрьмах было начато как акт медицинского неповиновения.¹

Спустя более 10 лет этот акт медицинского неповиновения остаётся инновационной и эффективной инициативой по охране здоровья в тюрьмах; он продолжает выделяться на фоне неудач большинства исправительных учреждений всего мира как образец эффективного противостояния происходящему в исправительных учреждениях распространению ВИЧ и ВГС, связанному с

потреблением инъекционных наркотиков. Это событие послужило примером для подражания в тюрьмах не только Швейцарии, но и Германии, Испании, Молдовы, Кыргызстана и Беларуси. Хотя в каждой из этих стран существуют свои социальные и политические обстоятельства, связанные с исправительными учреждениями и здравоохранением, все они пришли к выводу о том, что распространение стерильных шприцев среди заключённых, хотя и вызывает полемику, необходимо для предотвращения распространения ВИЧ и ВГС.

Здоровье заключённых – это предмет заботы системы общественного здравоохранения.

Потребление инъекционных наркотиков и высокий уровень заражения ВИЧ и ВГС среди заключённых не уникальны для этих шести стран. Во многих странах, в том числе и бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы, имеет место широкое распространение ВИЧ и ВГС среди заключённых, уровни которого во много раз превышают аналогичные показатели по населению в целом. В тюрьмах многих стран высокий уровень гемоконтактных инфекций является следствием широкого распространения потребления инъекционных наркотиков как в обществе, так и в самих тюрьмах. Почти во всём мире первоначальная реакция на проблему, связанную с незаконным потреблением наркотиков, сводится к ужесточению правоохранительных мер. В результате это привело к беспрецедентному росту числа людей, лишённых свободы, и содержанию под стражей постоянно растущего числа заключённых, потребляющих наркотики. Несмотря на незаконность хранения и употребления наркотиков в исправительных учреждениях, а также попытки администраций тюрем не допустить туда проникновения наркотиков, наркотические средства продолжают оставаться доступными для заключённых. Некоторые из них попадают в тюрьму, уже имея наркотическую зависимость, другие начинают потреблять наркотики в тюрьме, чтобы легче совладать с окружающей обстановкой. Данный отчёт сфокусирован на программах обмена игл в тюрьмах, которые являются действенным ответом общественного здравоохранения на вред, связанный с инъекционным потреблением наркотиков и использованием общих шприцев (или даже самодельных устройств для инъекций) в тюрьмах.

Так как по своей сути тюрьма - закрытое учреждение, то проблемы здоровья заключённых редко привлекают к себе внимание общества. Однако здоровье заключённых – это предмет заботы системы общественного здравоохранения. Все, кто связан с исправительными учреждениями: заключённые, персонал тюрем, члены их семей – заинтересованы в улучшении здоровья заключённых и снижении случаев инфекционных заболеваний. Меры по уменьшению риска передачи ВИЧ и ВГС, в том числе меры по сведению к минимуму случайного заражения гемоконтактными инфекциями, делают тюрьмы более безопасными местами для жизни и работы. Высокая степень взаимосвязи тюрьмы и общества подразумевает, что инфекционные возбудители и связанные с ними заболевания, приобретённые или обострившиеся в тюрьме, не остаются там. Когда люди, инфицированные ВИЧ или ВГС, освобождаются из заключения, вопросы тюремного здоровья становятся вопросами здоровья всего общества.

Тюрьма предоставляет наилучшую возможность отреагировать на использование общих игл, которое относится к категории рискованного поведения, существенно повышающего вероятность заражения ВИЧ и ВГС, применяя проверенные на опыте меры, в том числе программы обмена игл.

Администрация тюрем и занимающие выборные должности политики, отвечающие за исправительные учреждения, также обязаны на законодательном уровне уважать, защищать и осуществлять права заключённых на здоровье. В контексте эпидемии ВИЧ и передачи ВГС в тюрьмах право заключённых на здоровье включает также доступ к мерам защиты от инфекции (или повторной инфекции) ВИЧ и ВГС, включая программы обмена игл. Если власти и администрация тюрем не выполняют эти обязательства, они подвергают риску не только здоровье заключённых, но и здоровье всего общества.

ЗАМЕЧАНИЯ ПО ПОВОДУ ТЕРМИНОЛОГИИ

Термин «обмен игл» используется в смысле обмена одной использованной иглы на одну стерильную, а также раздачи стерильных игл без всякого обмена. Если в контексте или детально не обозначено иначе, то термины «игла» и «шприц» обозначают устройство для введения жидкости в организм и используются в отчёте взаимозаменяемо.



Методология

Данные для этого отчёта собраны за период в 18 месяцев, начиная с октября 2002 года.

Мы сделали обзор имеющейся международной литературы, которая содержит обширное исследование тюрем, а также :

- ВИЧ
- ВГС
- потребления инъекционных наркотиков
- мер по снижению вреда
- программ обмена игл

Источники ссылок включают опубликованные канадские и международные отчёты, журнальные статьи, доклады на конференциях, правительственные публикации, отчёты тюремных администраций. Эти материалы отражают ранее проведённые работы и исследования по этим темам, опубликованные авторами данного отчёта.

Кроме этого, было выполнено оригинальное исследование во время ознакомления с программами обмена игл в четырёх странах, где подобные программы проводятся с октября 2002 года. Авторы отчёта побывали с ознакомительными визитами в следующих тюрьмах:

- Молдова: Колония № 18 (Бранести), 11-18 ноября 2002 года
- Швейцария: Хиндельбанк (Берн), Саксерриет (Залец), Обершёнгрюн (Берн), 1-5 июня 2003 года
- Германия: Лихтенберг (Берлин), Вехта (Нижняя Саксония), 11-14 июня 2003 года
- Испания: Сото-де-Реал (Мадрид), 25-28 мая 2003 года

Во время этих ознакомительных визитов на местах мы наблюдали за осуществлением программ обмена игл и проводили беседы с медицинским персоналом и работниками администрации тюрем, а также с людьми, занимающимися разработкой политики в области наркотиков и/или снижения вреда, а также с заключёнными. В некоторых случаях мы также брали интервью у государственных чиновников и/или работников неправительственных организаций.

Во время проведения исследований ещё две страны - Кыргызстан и Беларусь – начали разрабатывать программы обмена игл в тюрьмах. Так как в октябре 2002 года, когда готовился план проведения исследований для данного отчёта, эти программы ещё не были претворены в жизнь, то было невозможно организовать ознакомительные визиты в тюрьмы этих стран. Поэтому исследования проводились путём:

- личных контактов с персоналом, занимающимся координацией программ обмена игл
- личных контактов с организациями, финансирующими эти программы
- изучения документов, которые авторы отчёта получили из вышеупомянутых источников, включающих планы финансирования, отчёты по проектам, доклады на конференциях и другие.

Так как было невозможно организовать ознакомительные визиты в этих случаях, то разделы отчёта, посвященные Кыргызстану и Беларуси, содержат менее детальную информацию, по сравнению с информацией по другим странам.

И, наконец, в марте 2004 года, когда готовился первый вариант данного отчёта, авторы ещё раз обратились к живущим в различных странах людям, с которыми они контактировали ранее, для проверки и разъяснений полученной от них информации, а также для внесения дополнений, связанных с ситуацией в системе исправительных учреждений каждой из стран.



Эпидемии ВИЧ и ВГС в тюрьмах

Широкое распространение ВИЧ и ВГС в тюрьмах

Во всём мире уровень ВИЧ-инфекции среди заключённых намного превышает этот показатель для населения в целом.

Во всём мире уровень ВИЧ-инфекции среди заключённых намного превышает этот показатель для населения в целом. Судя по скудным данным, имеющимся в нашем распоряжении, страны бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы не являются исключением. Большинство данных относительно ВИЧ/СПИДа в тюрьмах поступают из богатых промышленно развитых стран; относительно немного информации получено из развивающихся стран и стран переходного периода. Даже в промышленно развитых странах не легко вычислить точное число ВИЧ-позитивных заключённых. Это связано с различными правилами тестирования (добровольное тестирование, опрос всех новых заключённых, тестирование в местах вспышки инфекции). Показатели заражения инфекционными заболеваниями, выявленные в ходе обследования людей в конкретных тюрьмах или регионах, могут не в полной мере отражать широту распространения гемоконтактных инфекций во всех тюрьмах страны; установлено, что в разных регионах в пределах одной страны могут наблюдаться разные уровни инфицирования ВИЧ.

Кроме стран, где распространение инфекции во многом обусловлено рискованным гетеросексуальным поведением, уровни заражения ВИЧ в тюрьмах тесно связаны с двумя факторами: (1) долей заключённых, которые потребляли инъекционные наркотики до лишения свободы, и (2) уровнями ВИЧ-инфицированных среди потребителей наркотиков в обществе в целом. Самые высокие показатели ВИЧ-инфекции в тюрьмах (кроме стран с крупными гетеросексуальными эпидемиями ВИЧ-инфекции) там, где ВИЧ-инфекция в обществе в целом «распространена среди потребителей инъекционных наркотиков, большое число которых находится в исправительных

учреждениях.»^{vi} Комментируя в 1991 году ситуацию в стране, Национальная комиссия США по СПИДу констатировала, что «выбирая массовые аресты в качестве ответных мер федерального и штатных правительств на потребление наркотиков, мы фактически проводим политику заключения в тюрьму всё большего числа людей с ВИЧ-инфекцией.»^{vii} США не уникальны своим подходом к потреблению наркотиков и тем, кто их потребляет. Ситуация, описанная Национальной комиссией США по СПИДу, несомненно, характерна для многих стран.

Западная Европа, Австралия, Канада и США

Из многих стран поступают сведения о высоких показателях ВИЧ-инфекции среди заключённых. По оценкам, в Испании в среднем доля заключённых, заражённых ВИЧ, составляет 16,6%, тогда как в некоторых исправительных учреждениях страны она достигает 38%.^{viii} В Италии уровень ВИЧ-инфекции среди заключённых составляет 17%.^{ix} Сведения о высоких показателях заражения ВИЧ среди заключённых поступают также из Франции (13%; на основании тестирования 500 человек), из Швейцарии (11%; исследование в пяти тюрьмах кантона Берна), Нидерландов (11%; выборочное обследование заключённых в Амстердаме^x). В ряде европейских стран, напротив, прослеживаются низкие уровни заражения ВИЧ, это - Бельгия, Финляндия, Исландия, Ирландия и некоторые земли Германии.^{xii} Также относительно низкие уровни заражения ВИЧ зафиксированы в Австралии.^{xiii}

Канадские тюрьмы сталкиваются с проблемой серьёзных инфекционных заболеваний. В системе федеральных исправительных учреждений 2% заключённых, подвергнутых тестированию, оказались ВИЧ-инфицированными.^{xiv} В тюрьмах отдельных провинций, как показывают исследования, от 1% до 8,8% заключённых заражены ВИЧ.^{xv} Показатели инфицированности вирусом гепатита С (ВГС) в канадских тюрьмах даже выше, чем показатели по ВИЧ-инфекции; согласно результатам различных исследований они колеблются от 19,2% до 39,8%.^{xvi} Для сравнения, уровни распространения ВИЧ и ВГС среди населения Канады составляют 0,18%^{xvii} и 0,8%^{xviii}, соответственно.

Недавние исследования в США показали, что примерно 25% всех ВИЧ-инфицированных граждан ежегодно попадают в систему исправительных учреждений.^{xix} В США географическое распределение случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа неравномерно. Ряд исправительных учреждений сообщает об уровне распространения ВИЧ ниже 1%, тогда как в других тюрьмах этот показатель приближается к 8% или же превышает эту цифру.^{xx}

Центральная и Восточная Европа и страны бывшего Советского Союза

В странах бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы очень высокий уровень ВИЧ - инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и заключённых вызывает растущее беспокойство. Согласно документу, подготовленному в августе 2004 года для Справочной группы ООН по

В Российской Федерации было зарегистрировано свыше 36 000 случаев ВИЧ/СПИДа среди заключённых.

профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа. были исследованы уровни распространения ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков в развивающихся странах и странах переходного периода.^{xvi} Информация не была предоставлена только по четырём странам (Босния, Хорватия, Туркменистан и Узбекистан). Наиболее полные данные собраны по Российской Федерации, Латвии, Эстонии, Казахстану, Литве и Украине. В целом, данные, которые удалось получить, позволяют предположить, что уровни распространения ВИЧ в тюрьмах Центральной Европы (например, в Польше, Чешской Республике, Венгрии и Болгарии) гораздо ниже, чем в некоторых странах бывшего Советского Союза, особенно, в России и Украине, но также в Литве, Латвии и Эстонии.

К концу 2002 года в Российской Федерации было зарегистрировано свыше 36 000 случаев ВИЧ/СПИДа среди заключённых, что составляет примерно 20% от всех известных случаев ВИЧ-инфекции.^{xvii} Согласно официальным данным, уровень ВИЧ в российских тюрьмах с 1996 по 2003 год возрос более, чем в 30 раз, увеличившись с 1 случая до 42,1 случая на 1000 заключённых.^{xviii} Эти данные шокируют, но не вызывают удивления в связи с высокими темпами роста ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в целом среди населения и отсутствия профилактики заражения ВИЧ в российских тюрьмах. По оценке 2002 года, в тюрьме Кресты (Санкт-Петербург) среди 7800 заключённых было приблизительно 1000 ВИЧ-позитивных.^{xix} В течение нескольких последних лет из российских тюрем ежегодно освобождается около 300 000 заключённых,^{xx} похоже, что в 2004-2005 гг. эта цифра ещё более возрастет из-за недавних изменений в наркополитике.^{xxi} Поэтому отсутствие обмена игл в тюрьмах является вопросом здоровья всего населения за пределами тюрем.

Ниже приведены данные по другим странам (более подробную информацию, в том числе по другим странам региона, можно узнать из отчёта Справочной группы ООН, указанного в ссылке ХХ):

- В Украине результаты двенадцати обследований с 1996 по 2001 год показали увеличение показателей ВИЧ-инфекции среди заключённых от нуля до 26%.^{xxii}
- В Казахстане три обследования выявили, что уровень заражения ВИЧ составлял менее 1%, но «в 2003 году было зарегистрировано, по меньшей мере, 500 случаев ВИЧ-инфекции».^{xxiii}
- В Латвии приблизительная оценка показала, что заключённые составляют около трети всех ВИЧ-позитивных жителей страны, и что четверть всех ВИЧ-инфицированных заразились в тюрьмах.^{xxiv} Исследования 2003 года показали, что уровень распространения ВИЧ среди заключённых составляет 6,2 %.^{xxv}
- В Литве, проведённое в мае 2002 года исследование показало что число всех новых случаев ВИЧ-инфекции среди заключённых, протестированных в течение двух недель, было эквивалентно числу всех случаев ВИЧ-инфекции, выявленных по всей стране в ходе всех предыдущих исследований.^{xxvi} В целом, с мая по август 2002 года. у 284 заключённых (15% от всего числа заключённых Литвы) была диагностирована ВИЧ-инфекция.^{xxvii}

- Эстония сообщила о четырёх исследованиях распространения ВИЧ-инфекции, показавших, что уровни заражения ВИЧ составили 8,8%, 11%, 17% и 23,9%.^{xxviii}
- В Беларуси в 2003 году выявлено 1131 случаев ВИЧ-инфекции, и уровень распространения был равен 2,1%.^{xxix}
- По результатам обследования в Молдове в 2001 году, уровень распространения ВИЧ составлял 3,4% среди мужчин-заключённых и 3,8% среди женщин-заключённых.^{xxx}

В отличие от Канады и стран Западной Европы, в большинстве стран бывшего Советского Союза для заключённых не доступны заменители опиатов, такие как метадон и бупренорфин; в России и других странах они запрещены даже за пределами тюрем.^{xxxi} Таким образом, отсутствие услуг по обмену игл в этих странах практически лишает потребителей опиатов мер по предотвращению заражения ВИЧ и ВГС.

Другие страны

Высокие показатели ВИЧ-инфекции среди заключённых характерны не только для этого региона. Страны всего мира делают всё возможное для борьбы с кризисом, связанным с ВИЧ/СПИДом, угрожающим здоровью людей. Отчёты по Африке показали, что среди 175 000 заключённых ЮАР 41% заражены ВИЧ или больны СПИДом.^{xxxii} В Замбии^{xxxiii} и Нигерии^{xxxiv} также отмечены высокие уровни распространения ВИЧ среди заключённых. Исследования в Латинской Америке продемонстрировали, что уровень распространения ВИЧ в трёх городских тюрьмах Гондураса составляет около 7% (примерно 5% мужчин в возрасте от 16 до 20 лет были ВИЧ-позитивны),^{xxxv} и от 10,9% до 21,5% в некоторых тюрьмах Бразилии.^{xxxvi} В Азии многочисленные исследования в Таиланде показали, что заключение под стражу очень часто связано с ВИЧ - инфекцией.^{xxxvii} Обследование 377 заключённых в трёх тюрьмах Индии выявило 6,9% заражённых ВИЧ, причём все эти люди были выходцами из Таиланда и Мьянмара.^{xxxviii}

Заражение ВГС

Эпидемия ВГС среди заключённых распространена по всему миру. Во многих странах высокие уровни ВИЧ-инфекции среди заключённых перекрываются ещё более высоким уровнем инфицированности ВГС – гемоконтактной вирусной инфекцией, которой можно заразиться при использовании общих игл. Опубликованы результаты исследований распространения ВГС в тюрьмах Австралии, Тайваня, Индии, Ирландии, Дании, Шотландии, Греции, Испании, Великобритании, Бразилии, США и Канады. Большинство этих исследований, прошедших экспертную оценку, выявили, что от 20% до 40% заключённых живут с ВГС, и что в обследованных группах уровень заражения этим вирусом среди заключённых, потребляющих инъекционные наркотики, как правило, был в три раза выше, чем у людей, не потребляющих их.^{xxxix} Было сделано предположение, что столь высокая концентрация ВГС-инфицированных в тюрьмах может быть связана с рядом

От 20% до 40%
заключённых живут с
ВГС.

В тюрьмах, как и во всём обществе, присутствуют наркотики, потому что там существует рынок для их сбыта, на котором можно заработать деньги, продавая наркотики.

факторов, включая то, что среди людей, подвергшихся лишению свободы, или повторно отбывающих тюремное заключение, много потребителей инъекционных наркотиков, и что заключение может быть независимым фактором риска заражения ВГС.^{xi} Хотя данные о ВГС в тюрьмах стран бывшего Советского Союза поступают редко, очевидно, что эпидемия гепатита С стала характерной чертой роста потребления наркотиков в регионе. С 1995 по 1997 гг., в период быстрого увеличения случаев потребления инъекционных наркотиков, один эксперт из России подсчитал, что уровень распространения ВГС возрос в пять раз.^{xii} Предполагается, что в Украине к 1997 году более 90% потребителей инъекционных наркотиков в крупных городах были заражены гепатитом В или С, или и тем, и другим вирусами.^{xiii}

Потребление наркотиков в тюрьмах

Несмотря на незаконность, на наказания за употребление, и на затрату больших денежных и людских ресурсов системами исправительных учреждений с целью остановить проникновение наркотиков, они попадают в тюрьмы и заключённые потребляют их. В тюрьмах, как и во всём обществе, присутствуют наркотики, потому что там существует рынок для их сбыта, на котором можно заработать деньги, продавая наркотики.

Многие заключённые, находящиеся в камерах предварительного заключения, ожидающие приговора или отбывающие наказание, имеют опыт потребления наркотиков или активно потребляют их в период лишения свободы.

Некоторые заключённые начинают употреблять наркотики в тюрьме, чтобы снять напряжение и приспособиться к жизни в тесноте и в обстановке, часто сопряжённой с насилием.

Конфликт с законом и тюремное заключение часто являются результатом действий, связанных с финансированием потребления наркотиков (иногда это трактуется как корыстное преступление), либо нарушений порядка, совершённых под воздействием наркотиков. Во многих странах существенное увеличение числа заключённых и переполнение тюрем в большой степени является следствием политики активного преследования и лишения свободы людей, которые производят, распространяют и потребляют запрещённые вещества. В дополнение к тем, кто попадает в тюрьму, имея прошлый опыт потребления наркотиков, или активно потребляет их, оставшееся небольшое число заключённых начинают употреблять наркотики в тюрьме, чтобы снять напряжение и приспособиться к жизни в тесноте и обстановке, часто сопряжённой с насилием.^{xiiii}

Исследования, проведённые в разных странах, иллюстрируют степень потребления наркотиков в тюрьмах. Например, в странах Европейского Союза число заключённых, сообщивших, что когда-то употребляли наркотики, составляет от 29% до 86%, причём в большинстве исследований эти показатели равны или превышают 50%.^{xlv} Число заключённых, активно потребляющих наркотики, находясь в тюрьме, колеблется между 16% и 54%.^{xlv} Данные

исследований в странах Европейского Союза показывают, что доля потребителей наркотиков среди находящихся в тюрьмах женщин даже выше.^{xvi} Обследование в Канаде, проведённое Канадской системой исправительных учреждений в 1995 году, выявило, что 40% заключённых начали употреблять наркотики после прибытия в данное исправительное учреждение.^{xvii}

Ещё одним фактором, влияющим на потребление наркотиков в тюрьмах, является тестирование на наркотики. В большинстве исправительных учреждений, особенно в промышленно развитых странах, устраивают систематические или от случая к случаю проверки заключённых на наличие в организме наркотиков, в основном по результатам анализа мочи. Заключённые, которые уличены в употреблении наркотиков, могут быть подвержены уголовным наказаниям или административным взысканиям, что может выразиться в потере привилегий или в увеличении срока заключения.

Поэтому заключённые, потребляющие наркотики, всячески стараются избежать выявления наркотических средств. Анализ мочи может определить присутствие наркотиков. Некоторые наркотики очень быстро выводятся из организма человека, другие остаются в организме в течение длительного периода времени, и их можно выявить, в том числе и по анализу мочи. Что особенно важно с точки зрения распространения ВИЧ и ВГС в тюрьмах, курение марихуаны оставляет следы в моче намного дольше (до одного месяца), чем наркотики, вводимые путём инъекций, такие как кокаин и героин.^{xviii} Поэтому логично, что некоторые заключённые предпочитают делать инъекции наркотиков (с серьёзными последствиями для здоровья), чтобы не подвергнуться наказанию за курение марихуаны (которое не подвергает здоровье большому риску). Учитывая нехватку стерильных игл и частое использование общих игл в тюрьмах, переход на потребление инъекционных наркотиков может привести к разрушительным последствиям для здоровья каждого заключённого. Ряд исследований показал, что проведение анализов мочи на присутствие запрещённых наркотиков увеличивает вред, связанный с потреблением инъекционных наркотиков, в том числе и потенциальную угрозу распространения ВИЧ и ВГС.^{xix}

Потребление инъекционных наркотиков, общие иглы и риск заражения ВИЧ и ВГС

Использование общих игл для внутривенного введения наркотиков сопряжено с большим риском заражения ВИЧ и ВГС из-за присутствия остатков крови на игле после инъекции.¹ Для людей, потребляющих инъекционные наркотики, лишение свободы увеличивает вероятность заражения ВИЧ и ВГС в связи с использованием общими иглами. Так как проще доставлять в тюрьму контрабандные наркотики, а не иглы, там, как правило, ощущается нехватка игл. В результате заключённые вынуждены многократно использовать шприцы и пользоваться общими иглами. Одна игла может циркулировать среди большого числа заключённых, потребляющих инъекционные наркотики, либо быть спрятана в доступном для всех месте, чтобы любой заключённый мог воспользоваться ею в случае необходимости. Иглой может владеть один человек и давать её другим напрокат за деньги, либо ею может пользоваться только один заключённый, но довольно долгое время, в течение нескольких месяцев, пока она не сломается.² Иногда для инъекций используются

самодельные устройства, в которых вместо игл приспособлены подручные материалы; это приводит к повреждению вен, появлению рубцов, инфекциям в местах инъекций и другим поражениям.

Международные данные

Одно исследование за другим документально фиксировало широкое потребление инъекционных наркотиков в тюрьмах по всему миру

В связи с законодательным запретом на использование наркотиков потребители инъекционных наркотиков регулярно вступают в конфликт с законом. Во многих случаях это приводит к периодическому лишению свободы. Например, исследования, проведённые в США, участниками которых были 25 000 человек, потреблявших инъекционные наркотики, показали, что примерно 80% из них отбывали тюремное заключение.ⁱⁱⁱ В 1995 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) провела обследование рискованного поведения, приводящего к заражению ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в 12 городах, результаты которого показали, что от 60% до 90% участников исследования попали в тюрьму после того, как начали потреблять инъекционные наркотики, и что большинство из них побывали в заключении несколько раз.ⁱⁱⁱ

Одно исследование выявило, что 6 из 36 человек, сообщивших, что, попав в заключение, потребляли инъекционные наркотики и при этом использовали общие шприцы, заявили, что они впервые стали их использовать в тюрьме.

Потребители наркотиков не обязательно прекращают их использование только потому, что оказались за решёткой. Во многих случаях они продолжают регулярно или от случая к случаю потреблять наркотики в течение всего срока своего тюремного заключения. Как было заявлено ЮНЭЙДС в 1997 году, «длительный опыт показал, что наркотики, иглы и шприцы проложат себе путь через самые толстые и надёжно защищённые тюремные стены», и одно исследование за другим документально фиксировало широкое потребление инъекционных наркотиков в тюрьмах по всему миру.^{iv} Фактически исследования выявили, что, попав в места лишения свободы, люди не только продолжают потребление наркотиков, но многие заключённые впервые *начинают* потреблять инъекционные наркотики в период пребывания в исправительных учреждениях.

- Отчёт за 2002 год, подготовленный для Европейского Союза, показал, что от 0,3% до 34% заключённых стран Европейского Союза и Норвегии потребляли инъекционные наркотики, отбывая срок тюремного заключения. В отчёте также говорилось о том, что от 0,4% до 21% потребителей инъекционных наркотиков пристрастились к наркотикам в тюрьме, и что большинство из них используют для инъекций общий инструментарий. Исследования, проведённые во Франции и Германии, показали, что случаи использования общего инъекционного инструментария среди находящихся в заключении женщин отмечаются чаще, чем среди заключённых-мужчин.^{iv}
- Исследования, проведённые в Австралии, выявили, что от 31% до 74% потребителей инъекционных наркотиков употребляли наркотики во

время пребывания в тюрьме, и что от 60% до 91% сообщили, что пользуются общим инъекционным инструментарием.^{lv} Одно исследование выявило, что 6 из 36 человек, сообщивших, что, попав в заключение, потребляли инъекционные наркотики и при этом использовали общие шприцы, заявили, что они впервые стали их использовать в тюрьме.^{lvii}

- В Таиланде первая волна заражения ВИЧ возникла в 1988 году среди потребителей инъекционных наркотиков. Если с начала года уровень ВИЧ-инфицирования был практически ничтожным в процентном отношении, то к сентябрю он возрос до 40%, что было отчасти связано с передачей вируса через потребителей инъекционных наркотиков, которые попадали в исправительные учреждения и выходили на свободу.^{lviii} Не так давно учёные пришли к выводу, что «в Бангкоке потребители инъекционных наркотиков подвержены значительно большему риску заражения ВИЧ при общем использовании игл большим числом заключённых во время пребывания в камерах предварительного заключения».^{lix}
- В России обследование 1087 заключённых выявило, что 43% являются потребителями инъекционных наркотиков, и что 20% из них продолжали употреблять наркотики в тюрьме. Среди участников этой группы 64% пользовались для инъекций инструментарием, который ранее уже употреблял кто-то другой, и 13,5% начали потреблять инъекционные наркотики во время пребывания в тюрьме.^{lx} В Нижегородской области, в исправительных учреждениях которой содержится 28 000 заключённых, администрация установила, что все 220 ВИЧ-позитивных заключённых заразились путем внутривенного введения наркотиков.^{lxi}
- В Мексике исследование двух тюрем показало - что доля потребителей инъекционных наркотиков составляла соответственно, 37% и 24%.^{lxii}

Наличие в тюрьмах наркотиков, число заключённых, поступающих в тюрьмы и являющихся активными потребителями наркотиков с большим стажем, а также тех, кто начал употреблять наркотики во время пребывания в заключении, нехватка игл – всё это превращает тюрьмы в места повышенного риска быстрого распространения ВИЧ и ВГС. Данные о передаче ВИЧ в тюрьмах документально фиксируются с конца восьмидесятых годов.

- С 1987 по 1989 гг. в Бангкоке резко возросло число случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Уровень распространения ВИЧ подскочил с 2% до 27% в течение 1987 года, а затем к концу 1988 года увеличился до 43%. Столь существенный подъём показателей распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков жителей столицы Таиланда совпал по времени с амнистией, благодаря которой из тюрем вышло на свободу большое число заключённых. Шесть исследований заражения ВИЧ среди

Исследования, проведённые в шотландской тюрьме Гленохил, предоставили убедительные доказательства возможности вспышки ВИЧ-инфекции среди людей, находящихся в местах лишения свободы.

потребителей инъекционных наркотиков в Таиланде выявили, что пребывание за решёткой в значительной степени было связано с заражением ВИЧ-инфекцией.^{lxiii}

- Исследования, проведённые в шотландской тюрьме Гленохил, предоставили убедительные доказательства возможности вспышки ВИЧ-инфекции среди людей, находящихся в местах лишения свободы. Была исследована вспышка ВИЧ в тюрьме в 1993 году. Ещё до проведения исследования 263 заключённых, находившихся в этом исправительном учреждении во время вспышки, были освобождены или переведены в другие тюрьмы. Из оставшихся 378 заключённых 227 стали участниками исследования. 76 человек из этой группы сообщили, что они в течение длительного периода времени потребляли инъекционные наркотики, и 33 участника впервые пристрастились к потреблению инъекционных наркотиков в Гленохиле. 29 из числа последних прошли тестирование на ВИЧ, и 14 оказались ВИЧ-позитивными, причём среди них 13 были инфицированы тем же самым штаммом ВИЧ, что послужило доказательством заражения в тюрьме. Все заключённые, заразившиеся в Гленохиле, сообщили о длительном периоде пользования общими шприцами.^{lxiv}
- В австралийской тюрьме для доказательства заражения ВИЧ людей, потреблявших инъекционные наркотики, были использованы эпидемиологические и генетические методы. Для исследования было выбрано 25 из 31 заключённых. При тестировании оказалось, что двое из них не были инфицированы ВИЧ, семеро скончались, двое других не захотели принять участия в исследовании, и только 14 человек стали его участниками. Были обнаружены убедительные доказательства, что восемь из этих 14 заразились ВИЧ, находясь в тюрьме.^{lxv}
- В Литве во время выборочных проверок, проведённых в 2002 году государственным Центром СПИДа, у 263 заключённых тюрьмы Алитус тест на ВИЧ дал положительный результат. Проверки в других 14 литовских тюрьмах выявили только 18 случаев ВИЧ-инфекции. Перед обследованием заключённых тюрьмы Алитус во всей Литве было зарегистрировано всего 300 случаев ВИЧ-инфекции, что составляло менее 0,01% населения – самый низкий показатель в Европе. Было установлено, что вспышка в тюрьме Алитус произошла из-за использования общего инструментария для инъекций.^{lxvi}
- В ходе исследования, проведённого в 1995 году канадской государственной системой исправительных учреждений, было обнаружено, что среди 4285 заключённых федеральных тюрем 11% сами заявили, что начали потреблять инъекционные наркотики после прибытия в данное исправительное учреждение. Особенно высокий уровень потребления инъекционных наркотиков был выявлен в Тихоокеанском регионе - 23% заключённых сообщили об их потреблении.^{lxvii} В ходе проведённого в 1995 году исследования заключённых тюрьмы провинции Квебек в Монреале было обнаружено, что 73,3% мужчин и 15% женщин потребляли наркотики в стенах исправительного учреждения. Среди них 6,2% мужчин и 1,5% женщин сообщили, что потребляли инъекционные наркотики.^{lxviii}

Многочисленные исследования также документально фиксируют распространение ВГС среди заключённых.^{lxix} Тот факт, что инфекция гепатита намного чаще возникает в местах лишения свободы, подтверждён исследованиями, проведёнными в Германии в 1996 году в женской тюрьме Вехта, в Нижней Саксонии. Исследование выявило, что 78% женщин, потребляющих наркотики, были заражены вирусом гепатита В и 74,8% - вирусом гепатита С. Кроме этого, авторы обнаружили в местах содержания под стражей значительное число случаев сероконверсии. Почти половина женщин, у которых была выявлена сероконверсия (20 из 41), заразились гепатитом в тюрьме.^{lxx}

Снижение вреда

Традиционно проблемы, касающиеся заражения инфекционными заболеваниями, связанными с потреблением инъекционных наркотиков, наталкиваются на призывы укреплять философию и практику «нулевой терпимости» к использованию наркотиков. Ужесточение наказаний за потребление наркотиков, укрепление мер безопасности для снижения поставок наркотиков, усиление надзора за отдельными потребителями наркотиков часто представляют, как продвижение в направлении «закона и порядка», что явится решением проблем здоровья общества. Однако угроза здоровью, связанная с заражением ВИЧ и ВГС путём использования общих игл, заставила многие страны признать ограниченность подхода «нулевой терпимости». Это привело к разработке и осуществлению программ охраны здоровья, которые позволяют людям, потребляющим инъекционные наркотики, уменьшить опасность заражения ВИЧ и ВГС. Эти инициативы по снижению вреда, включая программы обмена игл и безопасных мест для проведения инъекций, были введены в качестве прагматичного ответа на потребление инъекционных наркотиков и связанного с ним риска заражения ВИЧ и ВГС как отдельных людей, так и общества в целом.

Несмотря на то, что приверженцы политики снижения вреда не оправдывают потребление наркотиков, они признают, что снижение передачи гемоконтактных инфекций и числа смертельных исходов в результате передозировки наркотиков - гораздо более насущная и достижимая цель, чем полное прекращение потребления инъекционных наркотиков. Так как потребители наркотиков часто не имеют доступа к медицинским услугам, такие инициативы по снижению вреда, как обмен игл или программы метадоновой поддержки, также создают необходимые связи между работниками здравоохранения, неправительственными организациями и маргинальными сообществами, помогая таким образом потребителям наркотиков сохранять и укреплять своё здоровье. В большинстве стран, где потребление инъекционных наркотиков играет большую роль в возникновении эпидемий ВИЧ-инфекции, разрешены услуги по обмену игл среди потребителей

Приверженцы политики снижения вреда не оправдывают потребление наркотиков. Они признают, что снижение передачи гемоконтактных инфекций и числа смертельных исходов в результате передозировки наркотиков - гораздо более насущная и достижимая цель, чем полное прекращение потребления наркотиков.

инъекционных наркотиков. Это происходит даже в странах со строгими законами в области наркотиков.

Хотя многие правительства признают ценность программ обмена игл и поддерживают их осуществление в обществе, лишь некоторые из них пытаются сделать эти программы доступными и для заключённых. Некоторые государства осознали угрозу от потребления инъекционных наркотиков и внедряют в тюрьмах ограниченные меры по снижению вреда, например, раздачу хлорсодержащего раствора и/или метадоновую терапию.^{lxxi}

К сожалению, большинство стран оказываются неспособными к осуществлению активных и решительных действий по охране здоровья заключённых, поведение которых подвергает их риску заражения ВИЧ и ВГС. Согласно ЮНЭЙДС: «Признают это власти или нет - и сколько бы они не предпринимали попыток пресечь это – наркотики попадают к заключённым, и они их употребляют во многих странах Отрицание или игнорирование этих фактов не решит проблемы продолжающегося распространения ВИЧ».^{lxxii} Опыт служб здравоохранения во многих странах, а также практика оказания медицинских услуг в тюрьмах по всему миру показывают, что снижение вреда создаёт основу для эффективной деятельности по профилактике распространения ВИЧ и ВГС в тюрьмах.



Права человека и правовые стандарты

Ряд международных актов посвящены правам заключённых и их доступу к медицинским услугам. Эти международные акты относятся также и к потреблению инъекционных наркотиков и распространению ВИЧ/СПИДа и ВГС в тюрьмах. Все эти вместе взятые законы, правила, директивы и стандарты выражают нормы, которыми должны руководствоваться люди, принимающие решения, как законодатели, так и администрация тюрем. Важно различать две главные категории правозащитных актов, так как каждая из них подразумевает разный смысл для правительств. Международный закон о правах человека обязаны соблюдать все государства; международные правила, директивы и стандарты не являются законами, и поэтому не обязательны для выполнения правительствами.

Международный закон о правах человека

Права человека гарантированы законодательством в соответствии с существующими законами о правах человека, принятыми международными организациями. Они защищают отдельного гражданина или группу людей от посягательств на их основные свободы и человеческое достоинство. Права человека в первую очередь касаются отношений между отдельным человеком или группой людей и государством, и возлагают на государства обязательства уважать, защищать и соблюдать определённые фундаментальные права. Сообщество наций признаёт, что все права человека являются всеобщими, взаимозависимыми и взаимосвязанными^{lxxiii} Государства, независимо от их политических и экономических систем, а также культурных особенностей, обязаны защищать и поддерживать права человека.

Ряд международных законов, общих по своей сути, касаются прав заключённых в контексте эпидемий ВИЧ/СПИДа:

- Международное Соглашение о гражданских и политических правах^{lxxiv}

- Международное Соглашение об экономических, социальных и культурных правах^{lxxv}
- Африканская Хартия по правам человека и правам народов^{lxxvi}
- Американская Конвенция по правам человека^{lxxvii}
- Дополнительный протокол к Американской конвенции по правам человека в области экономических, социальных и культурных прав^{lxxviii}
- [Европейская] Конвенция по защите прав человека и фундаментальных свобод^{lxxix}
- Европейская Социальная Хартия^{lxxx}

За заключёнными сохраняются все гражданские права, которых их не лишили специально или в связи с необходимыми последствиями лишения свободы, вызванного заключением в тюрьму.

Соглашения по гражданским/политическим, экономическим, социальным и культурным правам повсеместно ратифицированы в странах бывшего Советского Союза, Центральной и Восточной Европы. Так как большинство этих соглашений, хартий и конвенций основаны на Всеобщей декларации прав человека ООН,^{lxxxi} они подчас содержат одинаковые положения в области прав человека, которые они гарантируют. Всеобщая декларация прав человека имеет статус обычного международного закона,^{lxxxii} и поэтому является обязательной для всех государств. Более того, государства, ратифицировавшие или присоединившиеся к любым из вышеупомянутых соглашений, деклараций или хартий, признают, что они юридически обязаны уважать, защищать и соблюдать следующие права человека:

- право на равенство и отсутствие дискриминации
- право на жизнь
- право на личную безопасность
- право не подвергаться пыткам, жестокому, негуманному и унижительному отношению или наказанию
- право на максимально достижимый стандарт физического и психического здоровья

Международное сообщество в целом допускает, что за заключёнными сохраняются все гражданские права, которых их не лишили специально или в связи с необходимыми последствиями лишения свободы, вызванного заключением в тюрьму.^{lxxxiii} Однако лишь небольшое число международных законов подробно и в деталях рассматривают условия заключения и права заключённых. В этой связи чрезвычайно важны международные правила, рекомендации, принципы и стандарты.

Международные правила, рекомендации, принципы и стандарты

Международные правила, рекомендации, принципы и стандарты не имеют силу закона, и, соответственно, не являются юридически обязательными для их выполнения государствами. Правила, рекомендации, принципы и стандарты представляют собой совместно согласованные документы, сформулированные

чаще всего органами Организации Объединённых Наций либо региональными государственными организациями с участием стран-членов ООН. Хотя документы подобного типа не являются законами, они имеют большое значение по двум причинам. Во-первых, они содержат советы и рекомендации для государств в отношении их внутренних законов и политики, которые призваны уважать, защищать и соблюдать права своих граждан. Правила, рекомендации, принципы и стандарты касаются подробно, зачастую в деталях, приемлемых условий заключения и лечения заключённых. Во-вторых, они являются «олицетворением... моральных и философских норм».^{lxxxiv} Таким образом, можно утверждать, что государства имеют, по меньшей мере, этические обязательства соблюдать международные правила, рекомендации, принципы и стандарты.

Определённые нормативные акты, касающиеся положения заключённых, налагают на государства ряд обязательств относительно условий содержания и обращения с заключёнными, имеющих как отрицательные, так и положительные стороны:

- Основные принципы обращения с заключёнными^{lxxxv}
- Свод принципов в защиту всех людей, подвергнутых любой форме задержания или заключения^{lxxxvi}
- Минимальные стандартные правила по обращению с заключёнными^{lxxxvii}
- Рекомендация № R (98)7 Комитета Министров стран-членов ООН относительно этических и организационных вопросов медицинской помощи в тюрьмах^{lxxxviii}

Ещё три международных документа – одна декларация и два вида рекомендаций касаются положения заключённых в контексте ВИЧ/СПИДа:

- Рекомендации ВОЗ по вопросам ВИЧ СПИДа в тюрьмах^{lxxxix}
- Декларация Обязательств, принятая Специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа^{xc}
- Международные рекомендации по ВИЧ/СПИДу и правам человека^{xci}

Ни один из этих документов не имеет силу закона. Все они являются итогами или консультации, или же специальной сессии ООН в различных комиссиях, или подразделениях ООН. Рекомендации ВОЗ «определяют стандарты с позиций общественного здравоохранения, которых должна придерживаться администрация исправительных учреждений, стремящаяся предотвратить распространение ВИЧ в тюрьмах и обеспечить помощь заключённым, заразившимся ВИЧ/СПИДом. Ожидается, что эти рекомендации будут применяться администрациями тюрем в соответствии с их внутренней ситуацией».^{xcii} Рекомендации ВОЗ провозглашают основные принципы и затрагивают такие вопросы, как тестирование на ВИЧ, профилактические меры, обращение с ВИЧ-инфицированными заключёнными, конфиденциальность, уход за ВИЧ-инфицированными заключёнными и их поддержка, туберкулёз, женщины-заключённые, содержание под стражей несовершеннолетних, полусвобода, освобождение или досрочное

Основные международные акты выражают общее согласие, что нормы оказания медицинской помощи заключённым должны быть эквивалентны нормам, принятым для общества в целом.

освобождение, контакты внутри сообщества, ресурсы, оценка и исследования.

Страны, принявшие участие в Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН и подписавшие её Декларацию, не брали на себя никаких особых обязательств по отношению к заключённым или к тюрьмам, но решили принять меры по защите прав человека^{xviii} и повышать степень защищённости от ВИЧ-инфекции.^{xvii} Эти разделы Декларации в целом применимы к ситуации с заключёнными как наиболее уязвимой группы для ВИЧ/СПИДа.

В следующем разделе отчёта рассматривается особая важность Рекомендаций ВОЗ и Международных рекомендаций по ВИЧ/СПИДу и правам человека для программ обмена игл в тюрьмах.

Право заключённых на здоровье и доступ к стерильным иглам

Основные международные акты выражают общее согласие, что нормы оказания медицинской помощи заключённым должны быть эквивалентны нормам, принятым для общества в целом.

Доступ к стерильным иглам связан с правом на здоровье, учитывая большой риск заражения ВИЧ и ВГС в связи с использованием общими иглами. Ряд международных законов гарантирует, что «каждый человек имеет право на максимально достижимый уровень физического и психического здоровья».^{xv} Право на здоровье возлагает на государства обязанность охранять и защищать здоровье граждан и общества в целом, включая гарантии на оказание квалифицированной медицинской помощи. Право на здоровье, предусмотренное международным законом, нужно понимать как широкую концепцию здоровья, сформулированную уставом ВОЗ, который определяет здоровье как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или слабости».^{xvi}

В 1991 году Европейское региональное отделение ВОЗ рекомендовало обеспечение тюрем стерильными шприцами как часть общей стратегии по профилактике ВИЧ.

Как и все люди, заключённые имеют право на максимально достижимый стандарт здоровья, гарантированный международным законом. Основные международные акты выражают общее согласие, что нормы здравоохранения для заключённых должны быть эквивалентны нормам, принятым для общества в целом. Пункт 9 Основных принципов обращения с заключёнными гласит: «Заключённым должны быть доступны медицинские услуги, предоставляемые в данной стране, исключая любую дискриминацию в связи с их правовым статусом».^{xvii} В контексте ВИЧ/СПИДа равноценные «медицинские услуги» должны подразумевать предоставление заключённым средства защиты от заражения ВИЧ и ВГС. Потверждение данного предложения содержится в документах, выпущенных Европейским Союзом, Советом Европы и ВОЗ. Статья 35 Хартии Европейского Союза об основных правах гласит: «Каждый человек имеет право на услуги по профилактике заболеваний и право получить пользу от предоставляемой ему медицинской помощи, в соответствии с условиями, установленными международными законами и практикой».^{xviii} Это распространяется и на людей, находящихся под стражей. Далее, пункт 10

Рекомендаций Совета Европы № R 98(7) гласит: «Правила оказания медицинской помощи в местах лишения свободы должны быть частью принятых в стране стандартов в области здравоохранения и согласовываться с ними. Медицинские услуги, оказываемые в тюрьмах, должны ... осуществлять программы гигиены и профилактики заболеваний в условиях, сравнимых с условиями для всего общества.»^{cix} Рекомендации ВОЗ предписывают соблюдать равенство при осуществлении всех видов оказания медицинской помощи, в том числе и профилактических, и проводить одинаковую политику, принятую в рамках национальных программ по СПИДу, в отношении как заключённых, так и общества в целом.^c

Принцип предоставления равноценных медицинских услуг в тюрьмах был применён ВОЗ в вопросах ВИЧ/СПИДа. В 1991 году Европейское региональное отделение ВОЗ рекомендовало обеспечение тюрем стерильными шприцами как часть общей стратегии по профилактике ВИЧ.^{ci} Два года спустя были опубликованы Рекомендации ВОЗ. Первый пункт рекомендаций ВОЗ подчёркивает, что «все заключённые имеют право на получение медицинской помощи, в том числе профилактических мер, равноценных тем, которые получают другие члены общества без всякой дискриминации... с учётом их правового статуса».^{cii} Далее, пункт 2 провозглашает, что «основные принципы, принятые в рамках национальных программ по СПИДу, должны одинаково применяться как к заключённым, так и к обществу в целом»^{ciii} Рекомендации ВОЗ дают ясно понять, что «в странах, где стерильные шприцы и иглы доступны всем потребителям инъекционных наркотиков, живущим в обществе, необходимо рассмотреть возможность снабжения их стерильным инструментарием для инъекций в период пребывания в местах лишения свободы и после освобождения».^{civ}

Право заключённых на доступ к адекватным способам профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа также подтверждается ЮНЭЙДС. На заседании Комиссии ООН по Правам Человека ЮНЭЙДС заявила: «Что касается программ эффективной профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, заключённые имеют право получить стандартную медицинскую помощь, которую предоставляют в обществе».^{cv} Это тоже является поддержкой точки зрения по поводу того, что в обществе, где потребителей инъекционных наркотиков снабжают стерильными шприцами, аналогичные программы должны действовать и в тюрьмах. Более того, пункт 4 Международных Рекомендаций по ВИЧ/СПИДу и Правам Человека гласит, что администрации исправительных учреждений должны обеспечивать заключённых средствами профилактики ВИЧ, в том числе «стерильным инструментарием для инъекций». Эти рекомендации направлены на поддержку и защиту прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа и на помощь правительствам, «ясно подчёркивая, как стандарты по защите прав человека применяются в области ВИЧ/СПИДа, и определяя конкретные специфические меры, предусмотренные законом и осуществляемые на практике, которые необходимо предпринимать» для выполнения государственных обязательств по отношению к охране здоровья общества с учётом специфических ситуаций.^{cvi}

Международные
Рекомендации по
ВИЧ/СПИДу и Правам
Человека гласят, что
администрации
исправительных
учреждений должны
обеспечивать заключённых
средствами профилактики
ВИЧ, в том числе
стерильным
инструментарием для
инъекций.

Международные законы, регулирующие практику и деятельность врачей, в том числе медработников в тюрьмах, также подтверждают доводы, что комплексные меры по профилактике ВИЧ и ВГС, включая обмен игл, должны быть доступны заключённым. Афинская клятва медицинского персонала тюрем, принятая в 1979 году Международным Советом по медицинскому обслуживанию в тюрьмах, «признаёт право заключённых на получение наилучшей медицинской помощи» и гарантирует, что «медицинские заключения будут основаны на нуждах наших пациентов и будут иметь приоритет по отношению к любым проблемам немедицинского характера».^{cvi}

Право заключённых на медицинскую помощь поддерживают и другие международные документы, помимо приведённых выше. Отчёты Европейского Комитета по предотвращению пыток и Восьмого Конгресса ООН выражают те же самые позиции, что и учёные, юристы, а также медицинские эксперты в национальном масштабе, например в США и Австралии.^{cvii} Как было подробно исследовано Юргенсом, рекомендации по ВИЧ/СПИДу в тюрьмах, разработанные международным сообществом, последовательно поддерживают «равенство при лечении заключённых», подчёркивают важность предотвращения распространения ВИЧ в тюрьмах и предлагают проводить среди заключённых профилактические меры, включая обеспечение их стерильными шприцами.^{cix}



Обзор международных данных по программе обмена игл в тюрьмах

Во многих странах программы обмена игл в обществе стали составной частью прагматичного ответа общественного здравоохранения на угрозу распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и, в конечном счёте, всего населения. Были проведены широкие исследования эффективности этих программ, которые предоставили научное подтверждение, указывающее, что обмен шприцев является правильной и важной профилактической мерой. Широкие исследования, проведённые во многих странах мира, выявили, что в городах, где существуют программы обмена и раздачи игл, темпы распространения ВИЧ-инфекции за год снижались на 5,8%, а в городах, где таких программ не существует, они возрастали на 5,9%.^{cxv} Обследование, проведённое в США в 1998 году, продемонстрировало, во что обойдётся правительству обеспечение доступа к обмену шприцев, продажа фармацевтических средств и использование шприцев по назначению для всех потребителей инъекционных наркотиков в стране. Было выявлено, что «всё это будет стоить около 34 278 долларов США в расчёте на один случай предотвращённого заражения ВИЧ. Эта цифра значительно ниже, чем расчётная стоимость оказания медицинской помощи одному ВИЧ-инфицированному больному в течение всей его жизни». ^{cxvi} В отчёте 2002 года по Австралии содержится вывод, что программы обмена игл в этой стране более чем за десятилетний период предотвратили 25 000 случаев заражения ВИЧ, и что затраченные на эти программы 150 миллионов долларов США позволили сэкономять от 2,4 до 7,7 миллиардов долларов США. ^{cxvii}

В связи с успехом программ обмена игл в обществе во многих странах звучат призывы обеспечить доступ заключённых к стерильным иглам. Однако только очень небольшое число стран – Швейцария, Германия, Испания, Молдова, Кыргызстан и Беларусь – организовали в своих исправительных учреждениях программы обмена игл. Ещё несколько стран, включая Казахстан, Таджикистан и

Украину, заявили о своей готовности в ближайшее время начать осуществление таких программ. Эта глава даёт хронологический обзор опыта стран, внедривших у себя программы обмена игл. Обзор по каждой стране содержит, по возможности, информацию об эпидемиях ВИЧ и ВГС среди заключённых и общества в целом, историю реакции системы исправительных учреждений на распространение ВИЧ и ВГС в тюрьмах, анализ программ обмена игл в тюрьмах, в том числе исторические данные, оценки и извлечённые уроки, ситуацию на текущий момент и планы на будущее.

Швейцария

Краткое содержание

В Швейцарии около 150 тюрем, расположенных в 26 кантонах швейцарского государства. Хотя уголовный кодекс является общегосударственным, управление тюрьмами возлагается на правительство каждого кантона, в котором находится данное исправительное учреждение. В Швейцарии приблизительно 6000 заключённых. В самой большой тюрьме содержится 350 человек, но большинство людей отбывают наказания в маленьких тюрьмах - до 100 заключённых.

В 1992 году Швейцария стала первой страной, где начала осуществляться программа обмена игл.

В 1992 году Швейцария стала первой страной, где начала осуществляться программа обмена игл. Первая программа была организована на неофициальной основе в мужской тюрьме Обершёнгрюн врачом, который, проигнорировав тюремные правила, начал распространять стерильные шприцы среди пациентов, потреблявших инъекционные наркотики. В 1994 в женской тюрьме Хиндельбанк было начато проведение официального пилотного проекта обмена игл. После успешных испытаний и оценки проекта в Хиндельбанке программы обмена игл стали проводиться ещё в семи швейцарских тюрьмах.

ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в Швейцарии

Согласно статистическим данным, опубликованным ЮНЭЙДС и ВОЗ в 2002 году, в Швейцарии примерно 19 000 взрослых (в возрасте от 15 до 49 лет) живут с ВИЧ СПИДом. Это соответствует уровню распространения ВИЧ примерно 0,5% от общего населения страны. С 1992 по 2000 гг. число новых случаев ВИЧ-инфекции среди населения Швейцарии сократилось. В 2000-2001 гг. на долю потребителей инъекционных наркотиков приходилось около 15% всех положительных тестов на ВИЧ.^{cxiii}

В конце восьмидесятых годов швейцарская политика в области наркотиков стала склоняться в направлении снижения вреда. В это время важными событиями для многих городов, таких как Цюрих и Берн, стали открытия пунктов для проведения инъекций наркотиков. В так называемом Парке Игл в районе Леттен в Цюрихе ежедневно собирались тысячи потребителей инъекционных наркотиков, чтобы открыто купить героин или сделать инъекцию. Парк Игл привлек к себе внимание международных СМИ, и это привело к тому,

что швейцарское правительство одобрило проведение ряда программ снижения вреда, в том числе широкий доступ к обмену игл, метадоновую и героиновую поддержку, безопасные места для инъекций, медицинские услуги для потребителей наркотиков. Эти предпринятые правительством меры успешно завершили практику открытого введения наркотиков и способствовали улучшению здоровья потребителей наркотиков.^{cxiv}

ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в швейцарских тюрьмах

Швейцария никогда не изучала масштабы распространения ВИЧ/СПИДа или ВГС в тюрьмах. Однако, по оценкам, уровень заражения ВИЧ составляет от 2% до 10%.^{cxv} Ещё в 1985 году исследования крови у швейцарских заключённых показали наличие у некоторых из них антител к вирусу HTLV-III.^{cxvi} Гораздо позднее, в 1999 году, в ходе опроса 234 заключённых в тюрьме Реалта был вычислен уровень заражения ВИЧ, составлявший 5,1%, и этот результат был признан сопоставимым с данными по другим тюрьмам. Это же обследование выявило, что в то время около 9% заключённых потребляли инъекционные наркотики.^{cxvii}

История ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и потребление инъекционных наркотиков в швейцарских тюрьмах

Первые инициативы снижения вреда в швейцарской системе исправительных учреждений датируются серединой восьмидесятых годов. Уже в 1985 году администрация швейцарских тюрем разрешила раздачу презервативов, со временем эта программа распространилась на всё большее число тюрем. В 1989 году «гигиенические комплекты», содержащие презервативы, дезинфицирующие средства и инструкции по обеззараживанию шприцев, раздавали заключённым при поступлении в исправительное учреждение Регенсдорф. В этом же году в специальном отделении Регенсдорфа начала осуществляться программа метадоновой поддержки, а в 1991 году эта программа была расширена для тюрем предварительного заключения в Базеле, Берне, Женеве и Цюрихе. В 1990 году дезинфицирующие средства стали доступны в женевской тюрьме предварительного заключения.^{cxviii} С появлением первой же программы обмена игл в тюрьмах в 1992 году начались дискуссии. К сентябрю 2000 года в трети швейцарских тюрем раздавали презервативы и в 8% - дезинфицирующие средства.^{cxix} Кроме обмена шприцев в двух швейцарских тюрьмах (Обершёнгрюн и Реалта) осуществлялись программы героиновой поддержки.

Внедрение программ обмена/раздачи игл

ПЕРВАЯ ПРОГРАММА

В 1992 году первая в мире программа обмена игл в тюрьмах была начата в мужской тюрьме Обершёнгрюн в швейцарском кантоне Золотурн. Инициатором программы был Франц Пробст, работавший по совместительству тюремным врачом. Он обнаружил, что примерно 15 из 70 заключённых тюрьмы активно потребляют инъекционные

Сотрудники тюрьмы поняли, что распространение стерильного инструментария для инъекций в их интересах.

наркотики. Кроме того, он понимал, что отсутствие доступа к стерильным шприцам означает, что у них нет другого выхода, кроме как пользоваться общими шприцами. Как врач, Пробст чувствовал свою моральную ответственность и необходимость действий по предотвращению опасности распространения инфекции, передаваемой через кровь, а также сведения к минимуму риска абсцессов и других поражений вен, вызванных повторным использованием старых шприцев. И в результате он начал распространять среди заключённых, потребляющих инъекционные наркотики, стерильные шприцы из тюремного медпункта.

Когда начальник тюрьмы узнал о программе раздачи шприцев, он не прекратил программу, а наоборот, выслушав аргументы Франца Пробста, понял, что данная программа необходима в качестве меры по оздоровлению общества. В результате он добился от властей кантона разрешения на продолжение проведения этой программы.^{cxv}

Врач этого исправительного учреждения ежегодно раздавал около 700 шприцев 15 заключённым, которые потребляли инъекционные наркотики.^{cxvi} Хотя персонал тюрьмы вначале относился к программе скептически, со временем сотрудники тюрьмы стали широко поддерживать её. Как объяснил в 1996 году начальник тюрьмы Обершёнгрюн Питер Фэх:

Сотрудники тюрьмы поняли, что распространение стерильного инструментария для инъекций в их интересах. Теперь работники тюрьмы чувствуют себя в большей безопасности, чем до начала раздачи шприцев. Три года назад во время обысков камер они постоянно опасались уколоться спрятанной иглой. Теперь заключённым разрешено хранить иглы, но только в стеклянной посуде в своём медицинском шкафчике над раковиной. С 1993 года ни один человек из персонала не пострадал от случайных уколов иглами.^{cxvii}

РАСПРОСТРАНЕНИЕ НА ДРУГИЕ ТЮРЬМЫ



Автомат-распределитель шприцев, тюрьма Саксерриет, Швейцария (Фото: Рик Лайнс)

В то время как в тюрьме Обершёнгрюн происходили эти события, разрабатывался план программы обмена игл в женском исправительном учреждении Хиндельбанк.^{cxviii} Основы проекта Хиндельбанк были заложены в 1991 году во время обследования заключённых, проводимых тюремным врачом. Это обследование потребления инъекционных наркотиков выявило, что заключённые Хиндельбанка, вводившие себе наркотики, пользовались в тюрьме общими шприцами. Основываясь на этих данных, врач предложил организовать в тюрьме пилотную программу обмена игл. Это предложение было поддержано Швейцарским федеральным управлением здравоохранения.

Пилотный проект обмена игл в Хиндельбанке был начат в 1994 году как одна из составных частей широкой инициативы по охране здоровья и снижению вреда, включающей обучение мерам профилактики, консультирование и раздачу презервативов. Как краткосрочная задача, эта программа способствовала снижению вреда от потребления наркотиков и

предотвращению заражения и повторного заражения гемоконтактными инфекциями, такими как ВИЧ, а также гепатит В и С. Как более продолжительная задача программы - снижение числа новых потребителей наркотиков и рецидивов у людей, ранее потреблявших наркотики, которые отказались от них. В программе тюрьмы Обершёнгрюн шприцы раздавали в медпункте, а в пилотном проекте Хиндельбанка стали применять новый метод - раздачу шприцев через автоматы-распределители, размещённые в шести различных местах на территории исправительного учреждения. Автоматы работали по принципу “один-к-одному” - вставив в него использованный шприц, можно было взамен получить новый. Заключённый по прибытии в Хиндельбанк получал “бутафорский” шприц, который можно было вставить в автомат, но нельзя было использовать для инъекции. В течение первого года работы было роздано 5335 шприцев.

В 1996 и 1997 годах программы обмена игл были организованы соответственно в тюрьмах Чеп Деллон (Женева) и Реалта (Граубюнден). Проект в тюрьме Чеп Деллон последовал примеру тюрьмы Обершёнгрюн, начав использовать модель раздачу шприцев через медпункт, а в тюрьме Реалта применялся автомат-распределитель. В 1998 году программы обмена игл в тюрьмах были организованы в тюрьмах Витвил и Торберг в Берне. Обе программы распределяли шприцы через тюремный медперсонал. В 2000 году тюрьма Саксерриет в Салезе стала седьмым швейцарским исправительным учреждением, обеспечившим заключённых стерильными иглами.^{cxiv}



Помещение использованного шприца в автомат-распределитель вызывает выдачу нового шприца. Тюрьма Саксерриет, Швейцария (Фото: Рик Лайнс)

Оценка и извлечённые уроки

Пилотный проект в Хиндельбанке в первый год был объектом широкого научного исследования.^{cxv} Перед тем, как он начал осуществляться, проводился опрос заключённых, который затем повторялся через три, шесть и двенадцать месяцев. 85% заключённых участвовало, по крайней мере, в одной стадии процесса оценки. Опросы дополнялись результатами анализов крови на добровольной основе и информацией из других исправительных учреждений.

Оценка проекта показала, что после начала осуществления пилотного проекта использование общих шприцев практически прекратилось. Перед началом пилотного проекта 8 из 19 женщин, потреблявших инъекционные наркотики, признались, что в течение последних месяцев пребывания в тюрьме пользовались общими шприцами, две из них пользовались общим шприцем с несколькими заключёнными. К концу 12-месячного пилотного проекта только одна женщина (которая поступила в тюрьму прямо перед опросом) сообщила, что пользовалась общим шприцем. Не было выявлено доказательств роста потребления наркотиков, также не было зарегистрировано новых случаев заражения ВИЧ, ВГВ или ВГС среди заключённых. К тому же не было случаев применения шприцев в качестве

Оценка проекта показала, что после начала осуществления пилотного проекта использование общих шприцев практически прекратилось.

оружия против персонала или других заключённых. В тюрьме значительно сократились случаи передозировки и абсцессов.^{cxvii} Были выявлены две интересных закономерности, связанные с потреблением наркотиков в тюрьме. Во-первых, на основании результатов исследования было обнаружено, что чем дольше находились в тюрьме заключённые, потреблявшие на свободе кокаин и героин, тем больше вероятность, того, что они будут продолжать потребление наркотиков за решёткой. Во-вторых, чем дольше в тюрьме осуществлялся проект по снижению вреда к моменту, когда заключённый попал в это исправительное учреждение, тем меньше вероятность, что человек, потреблявший на свободе кокаин и героин, будет продолжать употребление наркотиков в исправительном учреждении.^{cxviii}

Проект Реалта также был предметом изучения по той же схеме, что и Хиндельбанк.^{cxviii} За первые 19 месяцев проведения проекта в Реалте было роздано 1389 шприцев с помощью автоматов-распределителей. Данные обследования подтвердили информацию из Хиндельбанка. Существенно сократилось использование общих шприцев, были зафиксированы только единичные случаи подобной практики. Не было выявлено новых случаев заражения ВИЧ, ВГВ или ВГС среди заключённых или использования шприцев не по назначению (хотя имел место один случай, когда заключённый случайно укололся иглой от использованного шприца).

Опрос персонала обеих тюрем показал, что персонал поддерживал и одобрял проведение программ.

Первая программа в Обершёнгрюне не стала объектом научного исследования. Однако врач, ответственный за её осуществление, сделал ряд заключений за три первые года с момента начала работы проекта. Среди них – прекращение использования общих шприцев и уменьшение числа абсцессов в местах введения наркотиков; отсутствие роста смертности или случаев передозировки среди потребителей инъекционных наркотиков; ни разу шприцы не использовались в качестве оружия.^{cxix}

Хотя во всех трёх тюрьмах (Обершёнгрюн, Хиндельбанк, Саксерриет), посещённых в процессе подготовки данного отчёта, бытует практика проведения анализов мочи, ни одно из этих исправительных учреждений не наказывает заключённых за выявление наличия в моче следов тетрагидроканнабинола (ТГК). В некоторых тюрьмах делают проверки на ТГК, но не наказывают в случае положительного анализа, а часть исправительных учреждений совсем отказалась от проверок на ТГК. Это связано с признанием администрацией тюрем, что наказание заключённых за курение марихуаны или гашиша, следы которых выявляются в моче в течение более длительного периода, чем наркотики, введённые внутривенно, повлечёт за собой переход с курения марихуаны на потребление более тяжёлых, инъекционных, наркотиков. Администрация тюрем хочет избежать подобных результатов в связи с ростом вероятности риска для здоровья, связанным с потреблением инъекционных наркотиков.

Также очень важно, что заключённые исправительных учреждений, в которых проводятся программы обмена игл, также имеют доступ и к программам метадоновой терапии.

Текущая ситуация

Программы обмена игл в тюрьмах продолжают функционировать без всяких инцидентов в семи вышеописанных исправительных учреждениях. Некоторые из них адаптировали свои программы, базируясь на собственном опыте прошлых лет. Например, в тюрьме Хиндельбанк заключённым, участвующим в программе, теперь выдают до пяти дополнительных игл для насадки на шприц. Это делается для того, чтобы помочь заключённым, потребляющим инъекционные наркотики, преодолеть проблемы, касающиеся проведения инъекций, возникшие в связи с тем, что им трудно с первого раза попасть в вену. В таких случаях потребитель наркотиков делает несколько попыток инъекции. Имея несколько игл, заключённому не нужно повторно использовать иглу, которая затупляется при многократном употреблении. Это новшество никак не повлияло на обеспечение безопасности. Тюрьма Обершёнгрюн также применяет гибкий подход к программе обмена шприцев и не требует строго соблюдения принципа обмена «один-к-одному». Опять же, это не приводит к возникновению каких-либо проблем, связанных с безопасностью.

Тюрьма Хиндельбанк больше не требует от участников программы хранить свои шприцы на видном месте. Но в тюрьме действует строгое правило, что все шприцы и запасные иглы должны храниться в пластмассовых защитных футлярах, выданных в медпункте. Любой шприц, найденный без футляра, считается нелегальным, и за это заключённые подвергаются наказанию. За последние годы в Хиндельбанке наблюдается снижение числа обмененых шприцев с более чем 5000 в течение первого года работы программы примерно до 350 в 2003 году. Персонал тюрем объясняет подобный спад сочетанием нескольких факторов, в том числе новой практики выдачи запасных игл и общим снижением числа потребителей инъекционных наркотиков среди заключённых молодого возраста, многие из которых предпочитают курить или вдыхать наркотики, а не вводить их внутривенно.

Недавно в кантоне Берна всем тюрьмам было приказано выдавать заключённым стерильные шприцы под административным контролем. Несмотря на эту законодательную директиву, некоторые люди, опрошенные при подготовке данного отчёта, отметили, что во многих тюрьмах это делается неэффективно. В таких случаях тюрьмы, возражающие против обмена шприцев, организуют эти программы так, что они становятся практически недоступными подавляющему большинству потребителей инъекционных наркотиков (в основном нарушая конфиденциальность при раздаче). Поступая таким образом, администрация тюрьмы выполняет законодательное распоряжение об «осуществлении» программы обмена игл, но создаёт ситуацию, при которой заключённые не принимают участия в данной программе. Получается, что программы обмена игл существуют только номинально. Подобное сопротивление наглядно демонстрирует возникновение проблемы, вызванной неприятием программы обмена игл там, где персонал тюрьмы не хочет принимать участия в её

Все шприцы должны храниться в пластмассовых защитных футлярах, выданных в медпункте.



Любой шприц, найденный без пластикового футляра безопасности, считается нелегальным. Тюрьма Хиндельбанк, Швейцария (Фото: Петера Димакоса).

планировании и осуществлении. Подобное сопротивление имело место в тюрьме Саксерриет в кантоне Салез, где программы обмена игл были обязательны в соответствии с распоряжением законодательной власти кантона.

Германия

Краткое содержание

В Германии 220 тюрем. Тюрьмы управляются и контролируются Землями, в которых они расположены.

В 1996 в трёх тюрьмах Германии были организованы программы обмена игл. В женской тюрьме Вехта обмен производился при помощи автоматов-распределителей шприцев по принципу «один-к-одному».

В 1996 в трёх тюрьмах Германии были организованы программы обмена игл.

В мужской тюрьме Линген 1 Депт Гросс-Хесеппе обмен производился медперсоналом тюрьмы и службой консультирования по проблемам наркотиков. В тюрьме открытого типа Виерланде в Гамбурге шприцы раздавала не связанная с тюрьмами организация, которая также проводила консультирование и профессиональное обучение тюремного персонала. После успешной двухлетней пилотной фазы и проведённых оценок программы продолжали работать в этих трёх тюрьмах и были организованы в четырёх других исправительных учреждениях. В течение последних двух лет эти программы стали мишенями для всё большего числа критических нападок со стороны политических лидеров, и, несмотря на свою эффективность, шесть программ были прекращены.

ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в Германии

Согласно статистике, опубликованной ЮНЭЙДС и ВОЗ в 2002 году, в Германии насчитывается около 41 000 взрослых людей, живущих с ВИЧ СПИДом, что составляет примерно 0,1% населения страны.^{cxv}

В Германии существуют два источника информации о СПИДе и ВИЧ. Согласно данным Национального реестра регистрации СПИДа к концу 2001 года общее число диагностированных случаев СПИДа составляло 21 189 человек, около 75% из них умерло. Примерно 16% случаев СПИДа, обнаружено у потребителей инъекционных наркотиков. В конце 2001 года 2152 мужчин, страдающих СПИДом, сообщили, что они потребляют инъекционные наркотики, что составило 11,6% от всех случаев СПИДа среди мужчин. Среди 2620 женщин, страдающих СПИДом, 43,7% потребляют или потребляли инъекционные наркотики. Также существуют эпидемиологические данные, основанные на результатах тестирования на ВИЧ. Из всех 18 000 лабораторных тестов на ВИЧ, проведённых с 1993 года, было выявлено 1900 случаев ВИЧ-инфекции, среди которых 10,4% в настоящее время потребляют или раньше потребляли инъекционные наркотики. Доля женщин среди ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков составляла 28%.^{cxvii}

ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в тюрьмах Германии

Несколько исследований дали оценку уровню распространения ВИЧ среди заключённых в Германии, который составляет от 1,1% до 1,9%. Эти исследования выявили, что от 2,1% до 6,3% заключённых, которые потребляют инъекционные наркотики, были заражены ВИЧ.^{xxxxi}

Другое исследование установило взаимосвязь между заключением под стражу, потреблением инъекционных наркотиков и распространением гемоконтактных инфекций, таких как ВИЧ и ВГС. Проведённое в 1993 году обследование свыше 612 жителей Берлина, которые потребляли инъекционные наркотики, позволило заключить, что самым существенным фактором заражения ВИЧ для этой группы людей было использование общих игл в период заключения. При опросе лишение свободы оказалось второй по частоте упоминания среди опрошенных причиной использования общих игл. Исследователи пришли к выводу, что ограничение доступа к стерильным иглам перечёркивает все меры, предпринимаемые с целью профилактики ВИЧ в обществе.^{xxxxii}

Проведённое в 1993 году обследование свыше 612 жителей Берлина, которые потребляли инъекционные наркотики, позволило заключить, что самым существенным фактором заражения ВИЧ для этой группы людей было использование общих игл в период заключения.

Показатели заражения ВГС среди заключённых в Германии ещё выше. Обследование, проведённое в 1998 году в гамбургской мужской тюрьме строгого режима, выявило, что 25% всех заключённых были инфицированы ВГС, и 96% из них являлись потребителями инъекционных наркотиков. Исследование, проведённое в женской тюрьме в Нижней Саксонии, показало, что 75% женщин были инфицированы ВГС и в период пребывания в заключении в крови 20 женщин были выявлены антитела к этому вирусу.^{xxxxiv} Другие исследования показали, что уровень инфицирования ВГС среди заключённых, потребляющих инъекционные наркотики, составлял 77%, а среди тех, кто не потреблял инъекционные наркотики - 18%. Проведённое в 2001 году обследование заключённых, потреблявших инъекционные наркотики только в тюрьме, выявило 100% уровень заражения ВГС.^{xxxxv}

История ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и потребление инъекционных наркотиков в тюрьмах Германии

Разработку мер борьбы с ВИЧ/СПИДом и гепатитом в пенитенциарных учреждениях Германии можно назвать долгим процессом на пути к нормализации. В середине восьмидесятых годов, когда были выявлены первые случаи ВИЧ/СПИДа у заключённых исправительных учреждений, проводилось обсуждение по поводу целесообразности отделения и изоляции ВИЧ-позитивных заключённых, а также принудительного тестирования на ВИЧ. В это время у персонала тюрем было очень мало информации о путях передачи инфекции. Было организовано добровольное тестирование на ВИЧ, хотя термин «добровольное» по-разному понимался и выполнялся в разных местах. Поначалу в некоторых тюрьмах всех заключённых, отказавшихся пройти тестирование, считали ВИЧ-

инфицированными. Из-за различия методов тестирования в 16 землях страны, разброс показателей инфицированности варьировался от 10% до более чем 90%.

Свыше 90% ВИЧ- и/или ВГВ/ВГС-позитивных заключённых потребляют инъекционные наркотики либо делали это в прошлом. Поэтому потребление инъекционных наркотиков является первейшим фактором риска передачи ВИЧ и ВГС в тюрьмах. Несмотря на это, основной ответной мерой на угрозу, которую представляет собой потребление инъекционных наркотиков, в системе уголовного судопроизводства Германии остаётся воздержание от наркотиков, в том числе консультации и тюремные отделения, свободные от наркотиков, а также замена содержания под стражей на принудительное лечение вместо вынесения приговора за мелкие нарушения. Во всех тюрьмах Германии заключённые имеют доступ к презервативам. В большинстве тюрем заключённым предоставляется заместительная терапия, хотя её доступность зачастую определяется тем, в каком регионе страны расположена тюрьма. Так, в северных землях заместительная терапия – обычная практика, но её редко предоставляют в тюрьмах южных земель, например в Баварии и Баден-Вюртемберге.^{сxxxvi} Для детоксикации чаще всего используется заместительная терапия метадоном.^{сxxxvii} Другие меры снижения вреда осуществляются в малом числе тюрем. В начале 90-х годов в гамбургской тюрьме проводилась раздача заключённым хлорсодержащего раствора, но подобная практика была прекращена из-за отсутствия доступа к ней всех заключённых. Сейчас заключённые исправительных учреждений Германии не имеют доступа к хлорсодержащему раствору.^{сxxxviii} Программы обмена игл в тюрьмах были начаты в 1996 году.

Внедрение программ обмена/раздачи игл

ПЕРВЫЕ ПРОГРАММЫ

В 1995 году Министерство юстиции северной земли Германии Нижняя Саксония утвердило двухлетний пилотный проект обмена игл в женской тюрьме Вехта и мужской тюрьме Линген 1 Депт Гросс-Хесепе.^{сxxxix} В основу этого решения был положен успех программ обмена игл в тюрьмах Швейцарии, а также поддержка различных экспертов в самой Германии. Пилотные программы начали проводиться в мужской и женской тюрьмах соответственно в апреле и июле 1996 года.

В тюрьме Вехта отбывали заключение около 200 женщин (взрослых и подростков). В тюрьме Линген 1 Депт Гросс-Хесепе находилось около 230 взрослых мужчин. По оценкам, по крайней мере, 50% заключённых в каждом из этих исправительных учреждений, в прошлом или настоящем были потребителями наркотиков. Каждая тюрьма выбрала для исследования свой метод распространения игл. В тюрьме Вехта в разных частях здания были установлены пять автоматических распределителей шприцев, что позволяло гарантировать анонимное пользование. В мужской тюрьме раздача игл осуществлялась медперсоналом и работниками консультационной службы по проблемам наркотиков. Научная оценка этих пилотных проектов проводилась сотрудниками университета в Ольденбурге.

В тюрьме Вехта программа обмена игл являлась одной из составных частей широкой программы профилактики ВИЧ, также включающей обучение и

консультирование, снижение вреда, информирование о безопасном сексе, доступ к метадону и привлечение организаций, не относящихся к системе исправительных учреждений. Каждая поступающая в тюрьму новая заключённая была проинформирована медперсоналом о деталях участия в программе обмена игл. Перед допуском к программе обмена игл все заключённые проходили медосмотр, и в их медицинских карточках записывали историю потребления наркотиков. Малолетние преступники, находящиеся в тюрьме Вехта, также допускались к участию в этой программе, если их родители давали на это согласие. Женщины, участвующие в метадоновой программе, не имели права вступить в программу обмена игл.

В Швейцарии, заключённые, участвующие в программе, получали «бутафорскую» иглу, которую можно было вставить в автомат-распределитель, после чего получить новую стерильную иглу. Следовательно, новые шприцы можно было получить только по принципу «один-к-одному», вставив в автомат использованный шприц. Кроме стерильных шприцев автоматы также выдавали другие средства снижения вреда, необходимые для безопасных инъекций, в том числе спиртовые салфетки, аскорбиновую кислоту, фильтры, пластыри, хлорид натрия. Медперсонал тюрьмы ежедневно опорожнял и вновь заполнял каждый автомат.

Каждая заключённая, участвовавшая в программе, могла иметь в пользовании только одну иглу и **МОГЛА** принести её для обмена. Заключённым не разрешалось одалживать или продавать свои иглы, а в случае перевода в другое исправительное учреждение им не разрешалось брать иглу с собой. Владение или сбыт наркотиков находились вне закона. 1969 женщин участвовало в программе обмена игл во время её двухлетней пилотной фазы, в течение которой было обменено 16390 шприцев, 98,9% из которых было возвращено.

Во втором пилотном проекте в мужской тюрьме Линген 1 Депт Гросс-Хесепе раздача игл осуществлялась не автоматами, а медперсоналом. Работники медпункта или консультационной службы по проблемам наркотиков ежедневно проводили выдачу игл в комнате, предназначенной для чаепитий - отдельном помещении, расположенном около консультационного центра, в которое можно было попасть из тюремной зоны отдыха. Обмен проводился в установленные часы для любого заключённого, предоставившего использованную иглу. Заключённые, участвующие в метадоновой программе, не имели права на участие в программе обмена игл. Как и в тюрьме Вехта, программа обмена игл в Линген 1 Депт Гросс-Хесепе была одной из составных частей широкой программы профилактики ВИЧ, включающей обучение, доступ к метадону и привлечение внешних организаций. Во время существования пилотной фазы в общей сложности в программе участвовало 83 мужчины, было обменено 4517 игл, возвращено 98,3% шприцев.

В обеих тюрьмах для персонала было организовано обучение и консультирование с целью осведомления о программе и понимания её смысла и задач, а также для получения откликов и предложений.

Основываясь на успехе первых проектов, программы обмена игл стали осуществляться в нескольких других тюрьмах Германии.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ НА ДРУГИЕ ТЮРЬМЫ

После успеха проектов обмена игл в тюрьмах Вехта и Линген программы обмена игл стали осуществляться в нескольких других тюрьмах Германии.

В 1996 году была начата программа в тюрьме Вирланде в Гамбурге, где содержалось более 300 мужчин и около 20 женщин. Для раздачи стерильных шприцев в этой тюрьме использовали и персонал, и автоматы. В 1998 году программа обмена игл с применением автоматов-распределителей начала проводиться в женской тюрьме Лихтенберг и мужской тюрьме на улице Лертер в Берлине.



Автомат для раздачи шприцев, тюрьма Лихтенберг, Берлин (Фото: Рик Лайнс).

В тюрьме Лихтенберг, где содержалось около 75 женщин, каждой вновь поступившей в тюрьму заключённой выдавался комплект для снижения вреда как часть её экипировки в камере. В состав этого комплекта входили: пластмассовый футляр для очков, содержащий аскорбиновую кислоту, спиртовые салфетки, крем для вен, «бутафорская» игла для использования в автомате-распределителе стерильных шприцев. Как и в других тюрьмах, где действовали программы обмена игл, хранение шприцев в пластмассовых футлярах считалось законным. В тюрьме Лихтенберг, если заключённую уличали в неправильном хранении иглы или её утаивании, а также при нахождении у неё более одной иглы или иглы с дозой героина, она подвергалась наказанию.

В начале 2000 года стал проводиться обмен игл, осуществляемый персоналом женской тюрьмы Ганнёверсанд и мужской тюрьмы Ам Хасенберге в Гамбурге (см. ниже раздел Текущая ситуация).

Оценка и извлечённые уроки

Через два года была проведена оценка пилотных программ в тюрьмах Вехта и Линген 1 Депт Гросс-Хесеппе.^{ex1} Оценка полученных результатов показала примерно те же данные, что и в Швейцарии.



Комплект для снижения вреда, тюрьма Лихтенберг, Берлин (Фото: Петера Димакоса)

Предоставление стерильных игл не привело к росту потребления наркотиков, и после появления у заключённых доступа к стерильным иглам количество конфискованных в тюрьме наркотиков оставалось тем же самым. Фактически после начала работы пилотного проекта число потребителей наркотиков, участвующих в программах лечения, возросло. Это свидетельствует о том, что программы обмена игл в тюрьмах, как и в свободном обществе, являются эффективным средством контактной работы с потребителями инъекционных наркотиков и их направления в лечебные программы.

В этих двух исправительных учреждениях не было ни одного примера использования шприца в качестве оружия против персонала или других заключённых, несмотря на тот факт, что за два года пилотной фазы было выдано более 20000 шприцев. Соблюдение

заклучёнными предусмотренных программой правил для её участников находилось на высоком уровне, за исключением нескольких небольших нарушений, связанных с неправильным хранением шприцев рядом заклучённых и наличием шприцев у нескольких заклучённых, являвшихся участниками метадоновой программы (которые не имели права одновременно пользоваться программой обмена игл).

Как персонал, так и заклучённые считают, что проведение программы ничем не угрожает им. Персонал быстро привык к новым программам, которые стали казаться нормальной частью режимных процедур в исправительном учреждении. Был выявлен различный уровень принятия программ заклучёнными двух разных исправительных учреждений. При проведении оценки программы было отмечено, что женщины в тюрьме Вехта выразили больше доверия и веры в её успех, чем мужчины в тюрьме Линген. Это явилось результатом двух разных методов раздачи игл, применяемых в этих тюрьмах (анонимные автоматы в тюрьме Вехта; раздача из рук в руки тюремным медперсоналом в тюрьме Линген). Было выявлено, что многие заклучённые из тюрьмы Линген колебались, принимая решение об участии в программе, так как для заклучённого это означало дать знать тюремному персоналу, что он является потребителем инъекционных наркотиков.

В итоге эксперт, проводивший оценку, установил, что среди заклучённых, которые постоянно участвовали в программе обмена, не было зафиксировано новых случаев заражения ВИЧ. Было также обнаружено значительное сокращение числа абсцессов.

В тюрьме Лихтенберг, которую авторы данного отчёта посетили в ходе его подготовки, не было ни одного случая использования шприцев в качестве оружия, хотя один из работников тюрьмы нечаянно укололся иглой. Это произошло при следующих обстоятельствах: один из охранников нашёл в тюрьме шприц и спрятал его в конверт. Другой работник тюрьмы нечаянно укололся, дотронувшись до этого конверта. В начале программы в тюрьме Лихтенберг осуществлялось большое число обменов, хотя затем это число существенно сократилось. Персонал объясняет это тем, что первоначально многие женщины участвовали в программе, так как верили, что высокий уровень участия обеспечит её продолжение.

Текущая ситуация

С 2001 года программы обмена игл в Германии подвергаются политическим нападкам. В 2002 году были прекращены программы обмена игл в женской тюрьме Ганноверсанд, мужской тюрьме Ам Хасенберге и открытой тюрьме Вирланде (для мужчин и женщин) в Гамбурге. Решение о прекращении программ было принято Право-Центристской коалицией правительства, сформированного в сентябре 2001 года, при отсутствии каких-либо сообщений или свидетельств о проблемах, связанных с подобными программами. Понятно, что прекращение существования программ было предпринято по политическим и идеологическим мотивам. Проигнорировав доказательства, свидетельствовавшие об успехе программ обмена игл в Германии в течение шести лет, правящая коалиция упразднила все меры по снижению вреда и выдвинула своей главной целью тюрьмы без наркотиков.^{cxli} 1

С 2001 года программы обмена игл в Германии подвергаются политическим нападкам.

июня 2003 года в тюрьмах Вехта и Линген 1 Депт Гросс-Хесепе был также прекращен обмена игл по аналогичному решению центрально-либерального правительства Нижней Саксонии.

В начале 2004 года в Берлине коалиция социал-демократов и социалистов закрыла одну из двух программ обмена игл. Причина подобных действий заключалась в том, что персонал исправительных учреждений якобы не одобряет эти программы. Правительство также заявило, что показатели заражения ВИЧ-инфекцией в этой тюрьме не ниже, чем в других, не имеющих программ обмена игл. Однако в поддержку этого заявления не было проведено никакого эпидемиологического обследования.

После прекращения работы программы обмена игл в тюрьме многие заключённые стали снова использовать общие иглы.

Во всех этих случаях решение о закрытии программ обмена игл было принято без учёта мнения персонала тюрем и без возможности подготовить заключённых к прекращению участия в программе. В Нижней Саксонии правительство объявило о закрытии программы обмена игл с 1 июня 2003 года за три дня до этого срока, когда оставался только один рабочий день перед праздничным уикэндом. Это означало полное отсутствие возможности обсуждения изменения политики с заключёнными, имеющими доступ к обмену игл, и создало ситуацию, когда за одну ночь заключённые лишились программы, которая в течение семи лет снабжала их стерильными иглами.

Беседы с заключёнными в тюрьме Вехта в начале июня 2003 года выявили, что после прекращения программы обмена игл в тюрьме многие стали снова использовать общие иглы и вернулись к давно забытой практике одалживания или аренды игл друг у друга. Из тюрьмы Линген также сообщали, что на черном рынке шприцы теперь стоят 10 евро или две пачки сигарет. До объявления о закрытии программы шприцы безопасно хранились в пластмассовых футлярах на виду у тюремного персонала. Теперь их прячут, увеличивая риск персонала нечаянно уколиться.

Наиболее резким критиком решений правительства закрыть программы обмена игл стал персонал тюрем, в которых проводились эти программы.

Интересно, что помимо публичных протестов со стороны специалистов в области здравоохранения наиболее резким критиком решений правительства стал персонал тюрем, в которых проводились эти программы. Например, в тюрьме Вехта персонал составил петицию в адрес правительства в поддержку возобновления программы. Официальный представитель персонала тюрьмы написал в правительство опровержение голословного заявления министра юстиции Нижней Саксонии о том, что закрытие программы было результатом её непопулярности среди персонала. Работники берлинской тюрьмы Лихтенберг, (85% которых первоначально выступали против внедрения программы обмена игл в 1998 году) сейчас стали главными лоббистами правительства, добивающимися продолжения действия программы. Эти примеры являются очевидными свидетельствами пользы для персонала программ обмена игл в тюрьмах и демонстрируют существование твёрдой поддержки этих программ со стороны персонала тюрем.

В целом решение правительств части северных земель Германии прекратить программы обмена игл в тюрьмах наглядно иллюстрирует, что эти программы

продолжают вызывать полемику в обществе, даже там, где они успешно претворялись в жизнь. Решения о прекращении работы эффективных программ обмена игл без каких-либо попыток их обоснования не имеют смысла с точки зрения общественного здравоохранения и представляют собой триумф идеологии и не относящихся к делу политических суждений над разумной политикой охраны здоровья общества.

Испания

Краткое содержание

В Испании 69 тюрем, подпадающих под юрисдикцию испанского Министерства Внутренних Дел. Ещё 11 тюрем находятся в ведении правительства автономной области Каталония.

Первая программа обмена игл была начата в июле 1997 года в тюрьме Басаури, в Бильбао в Стране Басков. Затем последовали программы в тюрьме Памплона (1998) и в тюрьмах Оренсе и Тенерифе (1999). В июне 2001 года Главное Тюремное Управление издало указ об осуществлении программ обмена игл во всех тюрьмах страны. К концу 2001 года обмен игл был организован в 11 испанских тюрьмах. К концу 2002 года число тюрем, проводящих обмен игл, возросло до 27, а к концу 2003 года - до 30.^{cxlii}

В настоящее время разрешение на открытие программы обмена игл имеется у всех 69 тюрем, подпадающих под юрисдикцию испанского Министерства Внутренних Дел, за исключением психиатрических тюрем и одной тюрьмы особо строгого режима. Также действует пилотная программа в одной из тюрем, находящейся в ведении правительства автономной области Каталония.

ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в Испании

По данным ЮНЭЙДС и ВОЗ, на конец 2001 года в Испании было около 130 000 взрослых (в возрасте от 15 до 49 лет) живущих с ВИЧ/СПИДом, что составляло 0,5% населения.^{cxliii} Степень распространения ВГС в обществе примерно 3%.^{cxliv}

К концу 2003 года число испанских тюрем, проводящих обмен игл, увеличилось до 30.

Хотя в последние годы широко применялись программы снижения вреда, такие как заместительная терапия метадонотом и обмен игл, уровень распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков продолжает оставаться высоким, в 2000 году он был равен 33,5%, снизившись с 37,1% в 1996 году. В июне 2001 года Государственный Реестр СПИДа Испании объявил, что число случаев СПИДа, связанное с потреблением инъекционных наркотиков, равно 39 681, что составляло 65% от всех случаев СПИДа в стране в то время.^{cxlv}

ВИЧ/СПИД, ВГС и потребители инъекционных наркотиков в испанских тюрьмах

Примерно половина всех испанских заключённых имеют опыт потребления наркотиков, или активно их потребляют, отбывая тюремное заключение.

Подавляющее большинство заключённых, пытающихся найти наркотики в тюрьме, имеют героиновую зависимость (85%). Хотя в последние годы увеличилось потребление кокаина в инъекциях.^{cxlvi}

Среди заключённых испанских исправительных учреждений наблюдается высокий уровень заражённости ВИЧ и ВГС. В то время как заключённые составляют только 0,01% от всего населения Испании, среди них выявлено 7% диагностированных случаев СПИДа.^{cxlvii} Особенно высок уровень заболеваемости у заключённых, которые потребляют инъекционные наркотики. В 1989 году первое обследование, охватывающее различные группы населения, выявило, что уровень распространения ВИЧ среди заключённых составляет 32%.^{cxlviii} С тех пор неукоснительные мероприятия по профилактике ВИЧ и снижению вреда, проводимые в обществе и в тюрьмах, дали существенные результаты. В начале 90-х годов уровень ВИЧ-инфекции в тюрьмах составлял около 23%.^{cxlix} В 2000 году он снизился до 16,6%.^{cl} В 2002 году в совместном отчёте 69 тюрем, подпадающих под юрисдикцию испанского Министерства Внутренних Дел, было указано, что уровень распространения ВИЧ составляет 15% и ВГС - 40%.^{cli} Среди женщин-заключённых уровень распространения ВИЧ значительно выше: в 2001 году он составлял 38%.^{clii}

Большинство случаев СПИДа среди испанских заключённых возникает у потребителей инъекционных наркотиков.^{cliii} Примерно 90% ВИЧ-инфицированных в Испании признают, что потребление инъекционных наркотиков является фактором риска.^{cliv} Уровень заражения ВИЧ среди заключённых, потребляющих инъекционные наркотики, достаточно высокий - 46,1%.^{clv}

Уровень инфицирования ВГС еще выше, особенно среди тех, кто потребляет инъекционные наркотики. По данным обследования здоровья в исправительных учреждениях, проведённого в 1998 году, 46,1% заключённых были заражены ВГС.^{clvi} В 2002 году уровень инфицирования ВГС составлял 40%.^{clvii} Среди заключённых, потребляющих инъекционные наркотики, уровень заражения ВГС достигает 90%. Даже среди заключённых, не потребляющих наркотики, уровень заражения ВГС достаточно высок - 20% тестов дали положительный результат.^{clviii} Другой важной проблемой является двойная инфекция. Было подсчитано, что до 83,5% испанских заключённых с ВИЧ/СПИДом также заражены ВГС,^{clix} и что 31% всех женщин-заключённых заражены как ВИЧ, так и гепатитом.^{clx}

История ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и потребление инъекционных наркотиков в испанских тюрьмах

В течение 2000 года более 23000 испанских заключённых получили метадоновую терапию

Наряду с тем, что испанская система пенитенциарных учреждений развивает широкие программы лечения наркозависимости и воздержания от наркотиков, включая зоны, свободные от наркотиков во многих исправительных учреждениях, существует официальное утверждение, что «[не] все потребители наркотиков - кандидаты для программ на основе абстиненции».^{clxi}

Поэтому применяется многогранный подход, включающий важные инициативы по снижению вреда.

Этот подход был поддержан различными юридическими и политическими актами, которые способствуют расширению программ снижения вреда для

заклочённых Испании. Например, в Конституции Испании сказано, что тюремное заключение и режимные меры должны быть нацелены на перевоспитание и воссоединение с обществом индивидуумов, а также на защиту их здоровья.^{clxii} Статья 3.3 Общего Тюремного Закона также предписывает, что «система исправительных учреждений должна стремиться сохранить жизнь, здоровье и неприкосновенность заключённых». Совсем недавно в Национальный План по проблемам наркотиков 2000-2008 гг. были включены специальные пункты об охране здоровья в тюрьмах, в том числе призыв «разнообразить существующие в тюрьмах программы снижения вреда различными инициативами, такими, как расширение программ обмена игл».^{clxiii}

Метадоновая поддержка была впервые применена в испанской тюрьме в 1992 году в качестве стратегии снижения заражения ВИЧ и ВГС в тюрьмах путём потребления инъекционных наркотиков. К 1998 г. заключённые всех тюрем, кроме одной (очень маленькое исправительное учреждение на острове Тенерифе), имели доступ к метадону. В течение 2000 года более 23 000 испанских заключённых получали метадоновую терапию.^{clxiv}

Первый пилотный проект обмена игл был начат в 1997 году. В ноябре 1998 года Главное Тюремное Управление выпустило рекомендацию для всех исправительных учреждений, предписывающую осуществлять меры по снижению вреда, и предложило изучить возможности проведения программ обмена игл.^{clxv} В июне 2001 года Главное Тюремное Управление издало директиву, требующую от всех тюрем осуществления программ обмена игл.

Внедрение программ обмена/раздачи игл

ПЕРВАЯ ПРОГРАММА

В декабре 1995 года Баскский парламент рекомендовал государственному секретариату по делам тюрем осуществить три пилотных программы обмена игл в автономной стране Басков. Было предложено использовать эти три пилотных проекта для оценки возможности осуществления программ обмена игл на более широкой основе во всей системе исправительных учреждений.^{clxvi}

В январе 1996 года плановый комитет начал проводить изучение программ обмена игл в тюрьмах и вырабатывать соответствующие рекомендации. Основным выводом комитета было то, что программы обмена игл должны выполняться совместно с работниками неправительственной организации, которая уже работает в тюрьмах. На основе этих выводов и последующих консультаций, а также обучения персонала тюрьмы была организована первая пилотная программа обмена игл в июле 1997 года в пенитенциарном центре Базаури в Бильбао – мужском исправительном учреждении, насчитывающем 250 заключённых.^{clxvii} Из 180 заключённых, попавших в тюрьму в 1995 году, одна треть регулярно потребляла инъекционные наркотики, и среди них почти половина была заражена ВИЧ.

В Базаури работники неправительственных организаций ежедневно в течение 5 часов производили обмен игл в двух отдельных помещениях тюрьмы. Кроме стерильной иглы каждый заключённый также получал комплект для снижения вреда, содержащий спиртовую салфетку, дистиллированную воду, твёрдый футляр для хранения иглы и презерватив. Программа придавала особое

значение хранению игл в пластмассовых футлярах для сведения к минимуму риска случайного укола. Выданные иглы были специально помечены, чтобы отличить их от контрабандных.^{clxviii}

В течение двух с половиной лет работы пилотной программы более 600 заключённых, участвовавших в ней, обменяли свыше 16500 шприцев. За этот период не было ни одного случая насилия с использованием шприцев.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ В ДРУГИХ ТЮРЬМАХ

В октябре 1996 года Уголовный суд провинции Наварра издал распоряжение для администрации тюрьмы Памплона, предписывающее выдавать заключённым стерильные иглы. В 1997 году в результате многочисленных жалоб Офис Омбудсмана также рекомендовал проводить программу обмена игл в тюрьме.^{clxix} В ноябре 1998 года в тюрьме Памплона стартовала вторая программа обмена игл в тюрьмах. Затем в 1999 году последовали проекты в тюрьмах Тенерифе, Сан-Себастьян и Оренсе.

В Испании услуги по обмену игл осуществляются медперсоналом тюрьмы, либо персоналом в сотрудничестве с работниками неправительственных организаций.

На основе опыта, полученного из этих программ, Национальный План по проблемам СПИДа и Главное Управление Тюрем совместными усилиями создали Рабочую группу по Программам обмена игл в тюрьмах. Задачей группы было «выработать рекомендации, которые максимально стандартизировали условия для осуществления программ обмена игл в тюрьмах, критерии их деятельности и показатели для оценки».^{clxx}

Отчёт Рабочей группы, озаглавленный *«Ключевые элементы выполнения программ обмена игл в тюрьмах»*, был опубликован в апреле 2000 года. К этому времени программы обмена игл уже существовали в девяти тюрьмах страны Басков, а также в исправительных учреждениях Галиции, Канарских островов и Наварры. В октябре 2001 года сообщалось, что при осуществлении этих программ было обменено 5488 шприцев.^{clxxi} К концу 2001 года программы обмена игл существовали в 11 испанских тюрьмах.^{clxxii}

Учитывая положительный опыт первых программ обмена игл в тюрьмах, правительство Испании обязалось расширять их распространение, и в марте 2001 года Парламент утвердил документ, рекомендующий выполнение программ обмена игл во всех тюрьмах.^{clxxiii} С этого момента события развивались очень быстро.

Учитывая положительный опыт первых программ обмена игл в тюрьмах, правительство Испании обязалось расширять их распространение.

В июне 2001 года Главное Тюремное Управление выпустило приказ о выполнении программ обмена игл во всех тюрьмах. Затем в октябре последовала директива отдела здравоохранения Главного Тюремного Управления, предписывающая, что во всех тюрьмах к январю 2002 года должно быть начато проведение программ обмена игл. В марте 2002 года Министерство Внутренних Дел и Министерство Здравоохранения и Потребительских дел совместно издали документ,

озаглавленный *«Обмен игл в тюрьмах: рамочная программа»*, который предлагал тюрьмам рекомендации, правила, процедуры, а также информационные и оценочные материалы для проведения в жизнь программ обмена игл.^{clxxiv} К концу 2002 года в 27 тюрьмах Испании было распространено

12970 шприцев.^{chxv} Также начала работать пилотная программа в одной из тюрем, находящейся под юрисдикцией правительства Каталонии. Во всех исправительных учреждениях обмен игл производится исключительно методом «из рук в руки» (а не автоматами-распределителями) в специально отведённых для этой цели помещениях тюрьмы. Во многих случаях, особенно в крупных исправительных учреждениях, стерильные иглы можно получить в нескольких местах.

В зависимости от исправительного учреждения услуги по обмену игл осуществляются медперсоналом тюрьмы (сёстрами и врачами) либо медперсоналом в сотрудничестве с работниками неправительственных организаций. Как в других юрисдикциях, обмен шприцев является одним из многочисленных компонентов широкого и всестороннего подхода к проблеме потребления наркотиков, снижения вреда и охраны здоровья, включающего также услуги по обучению, консультированию и оказанию медицинской помощи. В различных исправительных учреждениях стерильные иглы можно было получать от двух до семи дней в неделю. Часы работы программы в разных тюрьмах также отличались, хотя в основном стерильные иглы выдавались в течение двух-четырёх часов по утрам или вечерам.^{chxvi}

Лучше, если наряду с иглами, заключённым будут выдаваться комплекты для снижения вреда. В них, по правилам, должны быть включены шприц в твёрдом прозрачном пластмассовом футляре, дистиллированная вода и спиртовая салфетка. В некоторых исправительных учреждениях выдают также варочные аппараты и фильтры. Заключённым могут выдать на выбор шприцы двух размеров, в зависимости, от того, употребляют они героин или кокаин. Участвующие в программе заключённые обязаны всегда хранить свою иглу внутри жёсткого пластмассового футляра, имея его при себе или оставляя в камере. В случае обыска, проводимого персоналом тюрьмы, заключённый обязан заявить, что у него есть игла, и показать, где она находится.^{chxvii} Иглы, не относящиеся к официальной программе обмена, запрещены и подлежат изъятию.

Хотя исправительные учреждения многих юрисдикций стремятся детально разработать массу различных правил и инструкций по всем вопросам, при разработке рекомендаций Испания проявила довольно прогрессивный и прагматичный подход к программе. Один из примеров этого виден в их отношении к вопросам безопасности персонала, как сказано в Рамочной программе:

Необходимо принять во внимание, что нежелательно устанавливать большое число правил, так как это подрывает важность основных правил. Легче обеспечить выполнение минимального числа основных правил, которые реально влияют на безопасное выполнение программы, чем выполнять её, соблюдая многие

В комплекты для снижения вреда должны по правилам быть включены шприц в твёрдом прозрачном пластмассовом футляре, дистиллированная вода и спиртовая салфетка.



Комплект для снижения вреда, Тюрьма Сото-де-Реал, Мадрид (Фото: Петер Димакас).

второстепенные правила, которые могут свести на нет эффективные профилактические меры и таким образом привести к увеличению риска несчастных случаев.^{elxxvii}

В политике Испании существует ряд особенностей, заслуживающих более пристального изучения. Во-первых, рекомендации по осуществлению программы не предписывают строго придерживаться обмена по принципу один-к-одному. Хотя они советуют, что «как правило, следует произвести обмен, т.е. нужно вернуть предыдущий шприц, чтобы получить новый комплект», они также признают, что «необходимо проявлять гибкость по отношению к принципу один-к-одному, имею в виду, что главная цель программы – предотвращение пользования общими шприцами.»^{elxxix} Рекомендации советуют, чтобы «число выданных комплектов зависело от частоты обменов и привычек потребителя наркотиков: их должно хватить для удовлетворения потребностей заключённого, чтобы он не был вынужден повторно использовать иглу в ожидании следующего обмена».^{elxxx}

Заключённых,
участвующих в
метадоновой программе,
не лишают доступа к
программе обмена игл.

Во-вторых, заключённых, участвующих в метадоновой программе, не лишают доступа к программе обмена игл. Подобное решение было принято с учётом трёх причин. Первая - признание того факта, что некоторые из потребителей наркотиков, получающие поддерживающую метадоновую терапию, будут время от времени или постоянно продолжать потреблять инъекционные наркотики, обычно это означает, что они получают недостаточную дозу метадона. Вторая причина – признание того, что заключённые, получающие метадон, могут продолжать инъекции кокаина. Третья – участники метадоновой программы могут выполнять роль «курьеров», получающих стерильные иглы для других потребителей инъекционных наркотиков, которые не хотят, чтобы о них знал персонал медпункта.^{elxxxi}

Рекомендации по осуществлению программы обмена игл позволяют заключённым, живущим в зоне, свободной от наркотиков, или участвующим в программах, основанных на воздержании от наркотиков, также иметь доступ к стерильным иглам. Рекомендуется при рассмотрении просьб таких заключённых о получении стерильных игл учитывать необходимость «терапевтического подхода и принятия соответствующих мер, направленных на помощь по преодолению желания вновь начать инъекции наркотиков, но таких людей нельзя лишать возможности иметь стерильный инструментарий для инъекций».^{elxxxii}

Единственные случаи, когда участие в программе обмена игл было запрещено, касаются людей, страдающих психическими заболеваниями, представляющих опасность, и людей, проявляющих повышенную агрессивность. Рекомендации предполагают провести индивидуальную оценку каждого подобного случая. Например, в случае с заключёнными, имеющими склонность к агрессии, администрации тюрем рекомендуется «регулировать способы допуска к программе таких заключённых, учитывая, что лучше предпринять специальные меры безопасности по отношению к ним, чем отказывать им в стерильных шприцах».^{elxxxiii} Заключённому будет также отказано в участии в программе обмена игл, если он использовал их в качестве оружия или систематически нарушал правила программы.^{elxxxiv}

Оценка и извлечённые уроки

Для оценки первого пилотного проекта в Басаури была образована наблюдательная комиссия, следившая за его прогрессом.^{chxxxv} Оценка включала консультации с заключёнными и персоналом, которые проводились перед началом проекта, а затем через три и шесть месяцев. Провести оценку через 12 месяцев оказалось невозможным, так как состав заключённых быстро менялся, и очень небольшое число заключённых находилось там через 12 месяцев после начала проекта. Однако по прошествии 22 месяцев была дана оценка проекта на основании консультаций с персоналом тюрем и работниками неправительственных организаций.

Заключённые, оценивавшие программу, отмечали отсутствие препятствий со стороны охранников и поддержали то обстоятельство, что программа проводилась сотрудниками неправительственной организации. Было отмечено, что этот личностный аспект программы был предпочтительней, чем раздача шприцев автоматами. Более того, в ходе оценки было выявлено, что потребление наркотиков заключёнными не увеличилось и наблюдалось снижение случаев рискованного поведения.

Персонал тюрьмы также сообщил о положительном опыте, связанном с пилотным проектом. Благодаря этой программе они отмечали отсутствие конфликтов с заключёнными, не было случаев использования шприцев в качестве оружия. Хотя заключённые считали, что программа принесла много положительного, они предпочли, чтобы она проводилась силами работников тюрьмы, а не какой-то посторонней организации.

Сотрудники неправительственной организации не сообщили о случаях наказания заключённых персоналом тюрьмы за участие в программе, и, по их мнению, программа явилась полезным фактором, который помог информировать заключённых о возможностях по укреплению здоровья и направления их в другие программы. Они также предложили, чтобы программа была более гибкой, и что строгое правило обмена шприцев «один-к-одному» не всегда срабатывало на практике. Этот вопрос обсуждался наблюдательной комиссией. Сотрудники неправительственной организации выступали за более гибкие правила. Их главным образом беспокоило, что они не хотят отказывать в стерильных иглах заключённым, потребляющим инъекционные наркотики, которые не имели доступа к обмену игл, так как это ставило заключённого в положение, когда он был вынужден пользоваться общими иглами. Тюремные охранники, однако, были озабочены проблемами безопасности. В конечном счёте было решено, что возврат, составляющий 80%, является приемлемым стандартом (участники программы возвращали 82%.)

Другой пилотный проект тоже получил хорошую оценку. При обсуждении девяти проектов обмена игл в тюрьмах в 2001 году Национальный план по

Из программы могут быть исключены только люди, страдающие психическими заболеваниями, или те, кто проявляет повышенную агрессивность.

Персонал тюрьмы сообщил о положительном опыте, связанном с пилотным проектом программы обмена игл.

Программы обмена игл в тюрьмах способствуют направлению потребителей наркотиков в программы лечения наркозависимости.

наркотикам подготовил отчёт, в котором отмечалось, что «эти программы были проведены в девяти пенитенциарных учреждениях, и ни в одном из них не наблюдалось никаких искажений или непосредственных проблем.»^{clxxxvi} В документе от 2002 года под названием «Обмен игл в тюрьме: Общая схема программы» содержались следующие выводы относительно оценки проводившихся в Испании программ обмена шприцев в тюрьмах.^{clxxxvii}

- Проведение ПОИ, также как и в обществе в целом, выполнимо и может быть приспособлено к условиям тюрем.
- Проведение ПОИ, также как и в обществе в целом, приводит к изменению поведения, что влечёт за собой снижение риска, связанного с потреблением инъекционных наркотиков.
- ПОИ в тюрьме способствует направлению потребителей наркотиков в программы лечения наркозависимости.
- Осуществление ПОИ, как правило, не приводит к росту потребления наркотиков и, в особенности, к увеличению парентерального потребления героина и кокаина.
- ПОИ в тюрьме должна проводиться с определённой степенью гибкости и приспосабливаться к индивидуальным особенностям каждого заключённого, но при этом нельзя забывать об условиях её осуществления, предусмотренных каждой программой.
- Возможно совместное проведение ПОИ и других программ профилактики потребления наркотиков или программ интервенции.

Испанский опыт программ обмена шприцев также показал, что уровни потребления наркотиков не изменились, не наблюдалось случайных уколов иглами, не было обнаружено увеличения числа конфликтов между заключёнными или между персоналом и заключёнными, не было ни одного случая использования шприцев в качестве оружия, и поддержка программ со стороны персонала возростала по мере накопления опыта осуществления программы.^{clxxxviii}

Всегда предпочтительней найти способ обеспечить стерильными иглами заключённых, потребляющих инъекционные наркотики, чем заставлять их оказаться в ситуации, в которой они будут использовать для инъекций общие иглы.

Сейчас программы обмена игл в тюрьмах проводятся по всей стране, и рекомендации по проведению их оценки разработаны как часть Структуры программы. В каждой тюрьме используется набор компьютерных программ под названием SANIT для учёта числа заключённых, участвующих в программе, количества полученных и возвращенных шприцев, информация о новичках и выбывших из программы, а также о причинах ухода. Туда же включены сведения о здоровье каждого заключённого. Для поддержания конфиденциальности участников программы, для каждого из них наобум выбирается номер или псевдоним. В дополнение к количественным данным оценка также включает полученные от заключённых и тюремного персонала сведения о качестве. В документ о Структуре программы также включён стандартный анонимный вопросник для сбора данных. Предлагается, чтобы оценки

проводились по меньшей мере раз в год, если не более часто (то есть через три, шесть и 12 месяцев). В результате, оценки программ можно будет ежегодно получать в масштабе страны.

Три урока, извлечённые из анализа опыта Испании

Во-первых, лица, ответственные за проведение программ обмена игл, должны поддерживать прочную приверженность целям улучшения здоровья и полезности программ, философии снижения вреда и права на здоровье людей, отбывающих тюремное заключение. В результате пенитенциарная система Испании смогла разработать достаточно прогрессивный, прагматичный и гибкий подход к сложным задачам, выдвигаемым подобными программами. Решения этих спорных вопросов, в частности обмен шприцев строго по системе один-к-одному, доступ к обмену игл заключённых, которые предположительно не употребляют наркотиков (то есть тех, кто находится на поддерживающей метадоновой программе или же живёт в камерах, свободных от наркотиков), и доступ к шприцам буйных и психически больных заключённых, является основой фундаментального принципа, гласящего, что люди, отбывающие тюремное заключение, имеют право предохранять себя от ВИЧ-инфекции и гепатита С, что меры по снижению вреда должны быть проведены с учётом индивидуальных и уникальных нужд, что всегда предпочтительней найти способ обеспечить заключённых, которые потребляют инъекционные наркотики, стерильными иглами, чем вынуждать их использовать общие иглы. Это ценный урок для других юрисдикций.

Во-вторых, пример Испании показывает, что предоставление чётких рекомендаций и принципов для программ обмена шприцев в тюрьмах всё же должно допускать некоторую гибкость относительно того, как каждое исправительное учреждение осуществляет эти рекомендации. Это особенно важно, учитывая, что правило «стричь всех под одну гребёнку» будет очень трудно выполнимо в 69 различных тюрьмах различного размера, регионов, строгости режима и т.д. Однако предоставление чётких рекомендаций и принципов осуществления, а также точные предписания по поводу того, что программы должны быть проведены в жизнь к определённому сроку, позволило исправительным учреждениям внедрить их повсюду, вне зависимости от уникальных особенностей, присущих атмосфере каждого из них.

Заключительный урок, извлечённый из опыта Испании, сводится к тому, что программы обмена игл в тюрьмах могут быть быстро внедрены в масштабах страны, когда политические интересы сочетаются с твёрдым планом внедрения. В конце 2001 года программы обмена игл действовали в 11 тюрьмах. А уже через 18 месяцев была готова правовая и политическая инфраструктура для внедрения программ в 69 тюрьмах Испании, и программы обмена игл уже работали в 27 тюрьмах.

Программы обмена игл в тюрьмах могут быть быстро внедрены в масштабах страны, когда политические интересы сочетаются с твёрдым планом внедрения.

Текущая ситуация

В настоящее время существует законодательная и политическая база в юрисдикции Министерства внутренних дел Испании для внедрения программ обмена игл в 69 тюрьмах, за исключением психиатрических исправительных учреждений и одной тюрьмы особого режима. В конце 2002 года шприцы были распределены в 27 исправительных учреждениях, а в конце 2003 года в 30 тюрьмах.^{chxxxix} Постоянные ежегодные проверки и оценки программ в пределах юрисдикции Министерства внутренних дел Испании будут проводиться в национальном масштабе. Были также начаты пилотные проекты обмена игл в двух из 11 тюрем под юрисдикцией автономного правительства Каталонии, одна из которых проверяет использование саморазрушающихся одноразовых шприцев. В 2005 году правительство Каталонии планирует расширить доступ к программам обмена игл в тюрьмах с предельной задачей добиться того, чтобы программы обмена игл осуществлялись во всех исправительных учреждениях.

Молдова

Краткое содержание

Первая программа обмена игл в Молдове начала проводиться в мае 1999 года в тюремной колонии № 18 (ТК 18) в Бранести. Первоначально стерильные иглы раздавались заключённым в тюремном медпункте. Однако примерно через четыре - пять месяцев эта модель раздачи была заменена моделью, при которой стерильные иглы раздавали сами заключённые, что продолжается и сейчас.

Базируясь на успешных результатах пилотного проекта в ТК 18, в мае 2002 года было начато проведение второй программы обмена шприцев в тюремной колонии № 4 (ТК 4) в Крикова. Программа в ТК 4 тоже использовала метод раздачи шприцев заключёнными. Третий проект в женской тюрьме в Руска начал осуществляться в августе 2003 года. К декабрю 2004 года заключённые четырёх тюрем были обеспечены стерильными шприцами, и в каждой из тюрем использовалась модель, при которой раздача шприцев проводилась самими заключёнными.^{cxv}

ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в Молдове

До 1995 года ежегодно в Молдове регистрировалось менее 10 случаев заражения ВИЧ. Однако последовавшая за этим эпидемия ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков значительно повысила эти цифры. По данным ЮНЭЙДС/ВОЗ, к концу 2001 года в Молдове насчитывалось примерно 1500 взрослых (в возрасте от 15 до 49 лет) инфицированных ВИЧ, среди которых большинство заразились через инъекции наркотиков. В отчёте ЮНЭЙДС/ВОЗ за 2002 год говорилось, что 66,7% случаев СПИДа в Молдове (73,7% среди мужчин и 57,1% среди женщин) были связаны с потреблением инъекционных наркотиков.^{cxci} Работающие в этой стране врачи утверждали, что в настоящее время с потреблением инъекционных наркотиков связано по меньшей мере 83% всех случаев заражения ВИЧ.^{cxcii}

ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Молдовы

К сентябрю 2002 года в тюрьмах Молдовы насчитывалось 210 заключённых, живущих с ВИЧ/СПИДом. Это указывает на то, что частота распространения ВИЧ/СПИДа в исправительных учреждениях примерно в 100 раз выше, чем среди обычного населения.^{cxviii} Женщины составляют 12% случаев заражения ВИЧ в тюрьмах. Однако подобная статистика не полностью отражает масштабы распространения ВИЧ-инфекции, так как она включает сведения лишь о тех заключённых, о которых известно, что они заражены ВИЧ. Тестирование на ВИЧ среди заключённых тюрем не проводится, и это позволяет предположить, что истинное число случаев ВИЧ-инфекции выше.^{cxxciv}

Известные случаи ВИЧ/СПИДА в Молдове

ГОД	ОБЩЕЕ НАСЕЛЕНИЕ	НАСЕЛЕНИЕ ТЮРЕМ^{cxv}
1997	404	38
1998	408	78
1999	155	122
2000	64	134
2001	1300	179
К сентябрю 2002	1620	210

История осуществления ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Молдовы

Осуществление инициатив по снижению вреда в тюрьмах Молдовы возглавила неправительственная организация «Реформа здоровья в тюрьмах», состоящая из тюремных врачей, которая была основана в 1997 году бывшим директором отдела здравоохранения исправительных учреждений. Так как члены организации «Реформа здоровья в тюрьмах» сами работают или работали врачами в исправительных учреждениях, организация находилась в уникальном положении по отношению к администрации тюрем, позволявшей ей добиваться осуществления мер по снижению вреда.

«Реформа здоровья в тюрьмах» совместно с министерством тюрем Молдовы и благодаря финансовой помощи Института «Открытое общество Сети фондов Сороса в 1999 году начали проводить программы профилактики ВИЧ-инфекции.^{cxvii} Организация осуществила программы профилактики ВИЧ-инфекции и снижения вреда, а также необходимые услуги во всех 19 тюрьмах Молдовы. Её деятельность включала информирование о профилактике ВИЧ-инфекции для заключённых и персонала тюрем, тренинг для заключённых, подготовку и распространение информационных материалов, закупку инструментов, необходимых для профилактики заражения ВИЧ и осуществления мер по снижению вреда, раздачу презервативов и дезинфицирующих веществ, а также оснащение двух тюрем стерильными шприцами.

К сентябрю 2002 года, этот проект охватывал примерно 14000 заключённых (79% всех заключённых Молдовы) и 1600 человек из числа тюремного персонала. Организация распространила презервативы, дезинфицирующий

К сентябрю 2002 года в тюрьмах Молдовы насчитывалось 210 заключённых, живущих с ВИЧ/СПИДом.

раствор и информацию во всех тюрьмах Молдовы. С момента начала работы проекта заключённые получили более 30 000 экземпляров информационных материалов.^{cxvii}

Введение программ обмена/раздачи игл

ПЕРВАЯ ПРОГРАММА

В мае 1999 года начала действовать пилотная программа обмена игл.^{cxviii} Программа проводилась в тюремной колонии №18 в Бранести. Существовало несколько причин, по которым ТК 18 была выбрана для проведения пилотного проекта. Среди них близость к столице Молдовы Кишинёву (где базировалась НГО, координирующая проект), тот факт, что в этой тюрьме находились главным образом заключённые молодого возраста (24-26 лет), а также то, что в то время там отбывало заключение наибольшее число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (18 человек).

В мае 1999 года пилотная программа обмена шприцев начала действовать в тюремной колонии №18, тюрьме с режимом максимальной и средней строгости, рассчитанной на 1000 заключённых.

ТК 18 - тюрьма с режимом максимальной и средней строгости, в которой отбывают наказание около 1000 мужчин. Она была построена в 1950 году для 250 заключённых. Тюремная система Молдовы - это система военная. Персонал ТК 18 состоит примерно из 200 человек (военных) и 100 гражданских сотрудников. Все заключённые этого исправительного учреждения работают на одном из семи объектов. Это - каменоломни, выращивание сельскохозяйственных культур и скота, мельница и пекарня.

Администрация тюрем при министерстве юстиции на первых порах довольно прохладно отнеслась к проекту, так как опасалась, что обеспечение заключённых стерильными иглами приведет к увеличению потребления наркотиков. Однако эти опасения развеялись после того, как стали известны результаты анонимного опроса заключённых, продемонстрировавшего, что при введении инъекционных наркотиков одной, сделанной кустарным способом, иглой пользовались от восьми до двенадцати человек. Приказом за №115 от 3 декабря 1999 года было разрешено проведение обмена игл в ТК №18.

Пилотная программа в ТК 18 проводилась в две стадии. На первой стадии иглы непосредственно раздавались заключённым в тюремном медпункте. За четыре или пять месяцев использования этого метода распределения было обменено от 40 до 50 игл.

Однако группа, проводившая данный проект, сочла неудовлетворительным этот метод распределения шприцев. Самое существенное возражение сводилось к тому, что доступ к шприцам имели лишь 25-30% заключённых, о которых было известно, что они потребляют инъекционные наркотики. Врач Николае Бодруг, заведующий тюремным медпунктом, который отвечал за координацию проекта, выявил несколько препятствий для его осуществления. Среди них: трудности в установлении взаимопонимания между медицинским персоналом и заключёнными, потреблявшими инъекционные наркотики; отсутствие анонимности при обмене шприцев и уверенности в том, что обмен будет продолжаться, а также тот факт, что обмен игл можно было проводить только в часы работы медпункта. Как сказал врач Бодруг: «Чтобы добиться полной

анонимности при обмене игл, мы набрали группу добровольцев из восьми человек для работы во всей колонии. Основное преимущество этого - гораздо большая степень доверия и конфиденциальности». ^{сxcix} Это решение положило начало второй стадии программы.

В ходе осуществления второй стадии восемь добровольцев были обучены тому, как следует осуществлять услуги по снижению вреда в четырёх помещениях тюрьмы. В каждом из них работало по два добровольца, которых можно было заставить 24 часа в сутки, так как они находились в тех же местах, где жили заключённые (в бараках, в которых в одном большом помещении жило и спало по 70 и более мужчин). Вся деятельность программы проводилась при сотрудничестве с тюремным врачом. Роль врача заключалась в том, что проект осуществлялся под его наблюдением, и что он был связующим звеном между добровольцами из числа заключённых, персоналом тюрьмы и сотрудниками организации «Реформа здоровья в тюрьмах». За первые девять месяцев 2002 года от 65% до 70% заключённых, о которых было известно, что они потребляют в тюрьме инъекционные наркотики, получили доступ к программе через добровольцев. В 2002 году добровольцы из числа заключённых ТК №18 обменяли 7150 шприцев. ^{сc}

Чтобы добиться анонимности при осуществлении обмена игл, тюремный медпункт выбрал восемь заключённых в качестве добровольцев, которые должны были раздавать шприцы во всей колонии.

Оценка обмена игл в тюремной колонии № 18: иглы, обмененные за год ^{сci}

<i>ГОД</i>	<i>ОБМЕН ШПРИЦЕВ</i>
2000	115
2001	4350
2002	7150

В дополнение к обмену шприцев по принципу «один-к-одному», добровольцы из числа заключённых также раздавали презервативы, дезинфицирующие вещества, антисептические салфетки и бритвенные принадлежности. Они также обеспечивали информацией о снижении вреда и профилактике ВИЧ-инфекции, включая информацию о более безопасных способах введения наркотиков и о поражениях, связанных с инъекциями. Состав группы добровольцев ежегодно менялся.

Добровольцы из числа заключённых также раздавали презервативы, дезинфицирующие вещества, антисептические салфетки и бритвенные принадлежности.

РАСПРОСТАНЕНИЕ НА ДРУГИЕ ТЮРЬМЫ

Базируясь на успехе пилотного проекта, 16 мая 2002 года был издан приказ № 52, разрешающий проведение второго проекта обмена игл в тюремной колонии №4, мужском исправительном учреждении в Крикова, где находилось 1200 заключённых. Эта программа также была основана на участии добровольцев, она использовала трёх добровольцев из числа заключённых. В течение первых нескольких месяцев проекта, возможностью обмена игл воспользовались

Европы, там не применялись пластмассовые футляры для шприцев, а также не было правил о том, где должны были храниться шприцы. Первоначально решение не использовать пластмассовые футляры было принято, исходя из экономических соображений. Затем стало ясно, что программы хорошо и безопасно осуществляются и без них, и поэтому было решено отказаться от пластмассовых футляров. В ходе осуществления проектов в Молдове никогда не было случаев применения шприцев в качестве оружия или проблем с использованными иглами.

Исходя из опыта осуществления первого в Молдове проекта обмена игл в тюрьмах, Николае Бодруг говорит:

«Два года ушло на то, чтобы растопить лёд недоверия. Мы должны были многому научиться, говорить странные вещи и странно вести себя перед [скептическим] большинством. Но снижение вреда стало нормой. И после того, как глава администрации тюрем поддержал снижение вреда, точно также, как сейчас это сделал министр юстиции, мы можем с уверенностью рассчитывать на расширение».^{ccviii}

Текущая ситуация

Третий проект обмена игл был начат в женской тюрьме Руска в августе 2003 года. В 2003 году в этом женском исправительном учреждении находилось 17 заключённых, живущих с ВИЧ/СПИИДом, что составляло 12% всех заключённых.^{ccix} На декабрь 2004 года в Молдове было четыре тюрьмы, осуществлявшие обмен игл, все они применяли для раздачи игл добровольцев из числа заключённых.^{ccx}

Кыргызстан^{ccxi}

Краткое содержание

Кыргызстан начал проведение пилотного проекта обмена игл в тюрьмах в октябре 2002 года. В начале 2003 года было дано разрешение на проведение обмена игл во всех 11 тюрьмах Кыргызстана. Сейчас программы обмена игл действуют во всех тюрьмах.

ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в Кыргызстане

Резкое увеличение потребления инъекционных наркотиков в сочетании с трудной социальной и экономической ситуацией привели к серьёзному риску расширения эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызстане. На июнь 2003 года в стране было зарегистрировано 825 случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа, 82% из которых были связаны с потреблением инъекционных наркотиков.^{ccxii} По



Информация о снижении вреда и профилактики ВИЧ-инфекции в Тюремной Колонии №18, в Бранести, Молдова (Фото Елены Вовк).

Сейчас во всех тюрьмах Кыргызстана проводится обмен игл

данном отчёта, опубликованного ЮНЭЙДС и ВОЗ в декабре 2001 года, «ясно и очевидно, что в Кыргызстане сейчас происходит широкое распространение ВИЧ».^{ccxiii}

ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Кыргызстана

В 11 тюрьмах Кыргызстана число заключённых, живущих с ВИЧ/СПИДом, в последние годы стало неуклонно повышаться. В 2000 году было известно лишь о трёх случаях ВИЧ-инфекции в тюрьмах страны. В сентябре 2001 года это число возросло до 24, причём среди этих людей большинство были потребителями инъекционных наркотиков. К ноябрю 2002 года в Кыргызстане насчитывалось 150 заключённых, живущих с ВИЧ/СПИДом, что составляло 56% всех известных случаев в стране.^{ccxiv}

Введение инъекционных наркотиков и пользование общими иглами широко распространено в тюрьмах Кыргызстана. По данным исследования, проведённого кыргызской неправительственной организацией, 100% персонала исправительных учреждений считают, что в тюрьмах потребляются наркотики. Это исследование также выявило, что 90% потребителей наркотиков в тюрьмах сообщили, что они пользуются общими иглами и не дезинфицируют их.^{ccv}

История ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Кыргызстана

Профилактические программы ВИЧ-инфекции в тюрьмах начали проводиться в 1998 году, раньше чем был выявлен первый случай заражения ВИЧ. Первоначально эти меры включали информационные программы для заключённых и персонала тюрем.

В феврале 2001 года Главное управление по уголовным наказаниям и отдел исправительных учреждений выпустили приказ «о профилактике ВИЧ/СПИДа в исправительных учреждениях Кыргызстана», который призывал тюрьмы принять безотлагательные меры для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции среди заключённых. На основании этого приказа началось претворение в жизнь различных программ по профилактике ВИЧ-инфекции и инициатив по снижению вреда. Это включало обеспечение презервативами и дезинфицирующими веществами, информирование заключённых и персонала о профилактике ВИЧ-инфекции, обучение по принципу «равный равному» и добровольное тестирование на ВИЧ/СПИД.

Введение программ обмена/раздачи игл

ПЕРВАЯ ПРОГРАММА

В октябре 2002 года в тюрьме ИК-47, исправительном учреждении строгого режима, начал осуществляться пилотный проект. Проект предоставлял услуги примерно 50 заключённым, которые ежедневно обменивали иглы (проект в среднем за день обменивал около 50 шприцев.)

Было решено, что обмен игл будет происходить в помещении, где охранники не смогут увидеть заключённых; поэтому таким местом стала медчасть. Обмен шприцев осуществлялся в наркологическом отделении центральной тюремной больницы, и, участвуя в программе, все заключённые имели возможность извлечь из неё пользу. Заключённый просит пойти в медпункт для получения

медицинской помощи, и там он обменивает свой шприц. Пилотный проект также использовал добровольцев из числа заключённых, применяя модель Молдовы. Координаторы проекта выявили, что были нужны обе возможности обмена шприцев.

В начале осуществления пилотного проекта каждому заключённому был выдан шприц. Обмен проводился по принципу один-к-одному. Доступ к шприцам был разрешен только заключённым, участвовавшим в пилотном проекте. Данные об обменах регистрировались, проводилось также обучение персонала.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ НА ДРУГИЕ ТЮРЬМЫ

В начале 2003 года вышел приказ, одобряющий обеспечение стерильными иглами всех заключённых Кыргызстана. К сентябрю 2003 года программы обмена игл осуществлялись в шести из 11 тюрем Кыргызстана (в пяти мужских тюрьмах и в одной женской тюрьме). В феврале 2004 года было получено финансирование для проведения в жизнь программ обмена игл во всех 11 тюрьмах, и к апрелю 2004 года стерильные иглы стали доступны всем заключённым.^{ccvii}

Во всех 11 исправительных учреждениях обмен игл осуществляют заключённые, прошедшие тренинг для аутрич-работы по принципу «равный равному», проводившийся тюремным медицинским персоналом. Подобная модель была принята в связи с озабоченностью по поводу того, что медпункт был единственным местом, где заключённые могли обменивать шприцы. Так как иглы могли быть получены только в медпункте в течение дневных часов его работы, а большинство вещей, связанных с наркотиками, происходило вечером, некоторые заключённые, сами не потребляющие наркотики, брали стерильные иглы днём, и продавали их ночью заключённым, потреблявшим инъекционные наркотики. Эта проблема была устранена, благодаря принятию модели аутрич-работы по принципу «равный равному». Так как аутрич работники жили в тех же тюремных камерах, они могли раздавать стерильные иглы 24 часа в сутки, и продажа игл полностью прекратилась.

В сентябре 2003 года в общей сложности примерно 470 потребителей наркотиков получили доступ к стерильным иглам в шести программах обмена, в то время работавших ежедневно. В апреле 2004 года, когда программы обмена игл действовали во всех 11 тюрьмах, эта цифра возросла примерно до 1000.^{ccviii} Потребители наркотиков получали один шприц и дополнительных три наконечника для игл. Это позволяло заключённым, потребляющим наркотики, делать большее число инъекций, до трёх в день, не прибегая к повторному использованию шприца. Это также сокращало стоимость проведения программы обмена игл, так как наконечники стоят дешевле, чем сами иглы.

Не было случаев использования шприцев в качестве оружия, и медицинский персонал тюрем обнаружил снижение поражений, связанных с инъекциями, в частности абсцессов.

Текущая ситуация

Программы обмена игл в настоящее время осуществляются во всех 11 тюрьмах Кыргызстана. Существуют планы проведения пилотных программ заместительной терапии метадонном в 2004 году.

Беларусь

Краткое содержание

В апреле 2003 года Республика Беларусь начала проводить пилотную программу обмена игл в одной тюрьме - исправительной школе 15/1 для малолетних преступников в Минске.

ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в Беларуси

На первое сентября 2003 года в Беларуси насчитывалось 5165 человек, живущих с ВИЧ/СПИДом.^{сxxviii} Проблемы ВИЧ-инфекции и потребления инъекционных наркотиков вызывают большую тревогу. В апреле 2003 года было официально зарегистрировано 9400 человек, получавших услуги по лечению наркозависимости. Число зарегистрированных для получения подобных услуг за год увеличивалось от 20% до 40%. Однако данные о числе лечащихся от наркозависимости, по всей вероятности, намного занижены по отношению к реальной действительности, где, по оценкам, фактическое число потребителей наркотиков составляет от 40000 до 43000. В Беларуси 91% людей, потребляющих наркотики, вводят их в виде инъекций. Потребление инъекционных наркотиков является основным путём передачи ВИЧ в Беларуси, где 75% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, заразились через инъекционное потребление.^{сxxix}

ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Беларуси

На май 2003 года в Беларуси насчитывалось 1132 заключённых, инфицированных ВИЧ. Эта цифра составляет 22,5% от всех случаев ВИЧ-инфекции в стране.^{сxxx}

История ответных мер на ВИЧ/СПИД, ВГС и ПИН в тюрьмах Беларуси

В Беларуси заключённые должны проходить обязательное тестирование на ВИЧ сразу после прибытия в места предварительного заключения.^{сxxxi} Программа обмена игл является одним из компонентов проекта, включающего обучение персонала и заключённых, обучение по принципу «равный равному», проводимое самими заключёнными, обеспечение информацией, добровольное тестирование на ВИЧ, раздача презервативов и хлорсодержащего раствора. Проект осуществляется при поддержке Комитета по исполнению наказаний при министерстве Внутренних дел и администрации тюрем.

Введение программ обмена/раздачи игл

В апреле 2003 года в исправительной школе №15/1 в Минске, где находится 2000 малолетних преступников, началось осуществление пилотной программы обмена игл. Это учреждение было выбрано в связи с нахождением поблизости медицинских работников и научных сотрудников, а также потому, что по соседству с ним расположена Республиканская больница, которая оказывает медицинскую помощь всем ВИЧ-позитивным заключённым Беларуси.^{сxxxi}

Республика Беларусь
осуществила пилотную
программу в одной тюрьме
в апреле 2003 года.

Пилотный проект должен был проходить до 2004 года. В тюрьме 28 зарегистрированных потребителей наркотиков, хотя, по оценкам, фактическое число потребителей инъекционных наркотиков составляло примерно 200 человек. Пятнадцать заключённых имеют ВИЧ-позитивный статус. В программе могут участвовать все заключённые исправительного учреждения. Программа основана на модели Молдовы, она использует 20 добровольцев для раздачи игл своим товарищам. За первый месяц работы было роздано более 100 игл.^{ccxxiii}

Оценка и извлечённые уроки

При создании программы возник ряд трудностей, включая прохладное отношение к ней персонала, отсутствие юридической базы, на которой могла бы быть основана программа обмена игл, краткосрочный период действия пилотного проекта, а также тот факт, что заключённые, потребляющие наркотики, при обнаружении таковых подвергались наказанию. Не было ни одного случая использования игл в качестве оружия. Программе ещё должна быть дана оценка.^{ccxxiv}

Текущая ситуация

Первоначально пилотный проект должен был длиться до января 2004 года. Затем этот срок был продлён до июня 2004 года. После этого программа обмена игл стала осуществляться в двух других тюрьмах. Министерство Внутренних дел заявило о готовности распространения программы обмена игл на все тюрьмы страны, хотя главным препятствием для достижения этой цели было отсутствие финансирования для подобной инициативы.^{ccxxv} Также рассматриваются возможности для создания программы заместительной терапии метадонном.^{ccxxvi}



Анализ доказательств

Опровержение возражений

Против введения программ обмена игл в тюрьмах постоянно выдвигался ряд возражений. Во многих странах эти возражения легли в основу неприятия политиками и администрацией исправительных учреждений программ обмена игл. Существуют четыре следующих принципиальных возражения против осуществления программ обмена игл:

1. Проведение в жизнь обмена игл в тюрьмах будет способствовать росту случаев насилия и использованию шприцев в качестве оружия против заключённых и персонала.
2. Проведение в жизнь обмена игл в тюрьмах повлечёт за собой увеличение потребления наркотиков и/или рост числа потребителей наркотиков за счёт лиц, которые их раньше не применяли.
3. Проведение в жизнь обмена игл в тюрьмах способствует подрыву основ программ воздержания от наркотиков, так как подобный обмен, якобы, оправдывает их потребление.
4. Успех проведения в жизнь программ обмена игл в одной тюрьме вовсе не означает, что в других тюрьмах аналогичная программа также будет успешной, потому что действующие программы отражают специфику и уникальную обстановку в каждом исправительном учреждении.

Ещё не было случая, чтобы иглы и шприцы использовались в качестве оружия как против персонала, так и против других заключённых.

Укрепление безопасности в исправительных учреждениях

Один из наиболее важных, извлечённых из международного опыта уроков, заключается в том, что проведение в жизнь программ обмена игл в тюрьмах вовсе не влечёт за собой ущерба для здоровья или для

безопасности. Фактически, как указывают Stover и Nelles в анализе оценки программ обмена игл в тюрьмах в 2003 году:

Ещё не было случая, чтобы иглы и шприцы использовались в качестве оружия как против персонала, так и против других заключённых. Это было и является одним из спорных вопросов, связанных с ПОШ [программ обмена шприцев] в тюрьмах. Шприцы использовались только по назначению, и поэтому утилизация использованных шприцев не представляла никакой проблемы. Говоря о безопасности на рабочем месте, интересно заметить, что при осуществлении ПОШ соотношение использованных и полученных в обмен на них шприцев было высоким (почти что 1:1): в двух тюрьмах Нижней Саксонии доля возвращённых шприцев составила 98,9% для утилизатора использованных игл в женской тюрьме Вехта, и 98,3% - в мужской тюрьме Линген-Гросс-Хесеппе. Следовательно, риск получения травмы от укола иглой использованного шприца, который не был утилизирован, весьма не высок.^{ссхvii}

Безопасность таких программ отмечалась администрацией тюрем даже таких стран, где обмен игл ещё не был разрешён. Например, в январе-феврале 1999 года делегация представителей учебной группы по программам обмена игл исправительных учреждений Канады посетила Швейцарию с целью изучения опыта проведения инициатив по обмену шприцев в трёх различных тюрьмах. В отчёте делегации, среди прочего, говорилось о безопасности этих программ.

Участвующим в программе обмена заключённым предписывалось хранить наборы для инъекций в определенных местах камер. Это помогало персоналу проводить обыски в камерах. Так как наличие игл и шприцев предусмотрено самой программой, заключённым нет необходимости прятать их в камерах. На сегодняшний день не было случаев травм персонала, полученных в результате уколов иглами.

^{ссхviii}

Таким образом обеспечение доступа заключённых к средствам защиты от заражения ВИЧ и ВГС содействует достижению безопасности на рабочем месте и поддержанию безопасности и порядка в исправительных учреждениях.

Все эти доказательства, полученные в разных странах, наглядно подтверждают, что в тюрьмах ряда государств у заключённых так или иначе есть иглы. Следовательно, любое предположение о том, что осуществление обмена игл в исправительных учреждениях повлечёт за собой появление шприцев в свободной от игл среде, неверно. Таким образом встаёт вопрос: что более предпочтительно? Статус-кво, при

Администрация тюрем нескольких стран отмечала безопасность программ обмена игл в тюрьмах.

Снижение распространения заболеваний парентеральным путём оздоровит и сделает менее рискованной царящую в тюрьме атмосферу.

котором в тюрьмах уже есть шприцы, число и место нахождения которых неизвестны, и эти шприцы вероятнее всего заражены болезнетворными возбудителями, или же положение, при котором в исправительных учреждениях осуществляются налаженные программы обмена игл, позволяющие иметь информацию о точном количестве находящихся в обращении шприцев, о том, у кого из заключённых они имеются, и быть уверенным в том, что иглы стерильны или, по крайней мере, используются одним и тем же человеком, чье имя известно. Исходя из соображений безопасности и здоровья на рабочем месте, второй вариант безусловно предпочтительнее, чем первый.

В Испании Министерство Внутренних дел, министерство Здравоохранения и потребительских дел в своих руководствах от 2002 года по осуществлению программ обмена игл в тюрьмах сжато суммировало полезные факторы программ обмена игл (ПОИ):

Начало ПОИ не только не повышает степень риска, но, наоборот, как было указано ранее, способствует укреплению безопасности. Во-первых, программа заменяет неразрешённые шприцы, которые обычно спрятаны и ничем не защищены, шприцами, хранящимися в твёрдых защитных футлярах. Во-вторых, при случайном уколе иглой существует значительно меньшая вероятность того, что данным шприцем уже кто-то пользовался, так как заключённые могут и должны обменивать использованные шприцы на новые при первой же возможности. В третьих, в случае, если шприц был использован, гораздо менее вероятно, что им пользовалось несколько заключённых. Это снижает риск заражения и даёт возможность с большей долей уверенности установить личность потребителя наркотиков, что позволяет в случае необходимости предпринять превентивные меры. И наконец, в долгосрочном плане снижение распространения заболеваний парентеральным путем оздоровит и сделает менее рискованной царящую в тюрьме атмосферу.^{ccxxix}

Отсутствие увеличения потребления наркотиков или числа инъекций

Представления о том, что программа обмена игл поощряет потребление наркотиков, всегда являлись преградой для осуществления этой эффективной меры, способствующей снижению вреда как в обществе в целом, так и в тюрьмах. Однако в тюрьмах подобный аргумент усугубляется тем фактом, что многие заключённые попали туда именно из-за наркотиков или преступлений, связанных с наркотиками. Вследствие этого обеспечение заключённых хлорсодержащим раствором или стерильными иглами может восприниматься, как их прощение или как потворство поведению, от которого тюрьма должна была бы отучить в процессе «исправления». Для пенитенциарных систем трудно признать реальность потребления наркотиков в тюрьмах ещё и потому, что это может быть

Научные оценки постоянно выявляли, что доступ к стерильным шприцам не приводит к увеличению потребления наркотиков и числа инъекций среди заключённых.

воспринято, как признание, что сами системы и их персонал не смогли добиться успеха в искоренении наркотиков, что позволило бы укрепить контроль над исправительным учреждением и его безопасностью.

В случае существования в тюрьме обмена шприцев научные оценки постоянно выявляли, что доступ к стерильным шприцам не приводит к увеличению числа потребителей инъекционных наркотиков, росту потребления наркотиков в целом или повышению доз наркотиков в стенах исправительных учреждений. Недавно проведённый Stöver and Nelles анализ эффективности работы 11 программ обмена игл в тюрьмах Швейцарии, Германии и Испании, обнаружил следующие факты:^{ccxxx}

Тюрьма Страна	Потребление наркотиков в учреждении	Инъекционное введение наркотиков в учреждении
Ам Хасенберг Германия	Не увеличилось	Не увеличилось
Басаури Страна Басков	Не увеличилось	Не увеличилось
Ханноверсанд Германия	Не увеличилось	Не увеличилось
Хиндельбанк Швейцария	Уменьшилось	Не увеличилось
Лертер Штрассе Германия	Не увеличилось	Не увеличилось
Лихтенберг Германия	Не увеличилось	Не увеличилось
Линген I Германия	Не увеличилось	Не увеличилось
Реалта Швейцария	Уменьшилось	Не увеличилось
Сакскриет Швейцария	Данные отсутствуют	Данные отсутствуют
Вехта Германия	Не увеличилось	Не увеличилось
Вирланде Германия	Не увеличилось	Не увеличилось

Эти данные демонстрируют, что обеспечение заключённых стерильными иглами не приводит ни к увеличению потребления наркотиков, ни к росту числа инъекций.

В ряде стран существуют доказательства, что многие заключённые впервые начинают потреблять инъекционные наркотики во время пребывания в тюрьме. Аргумент в пользу того, что программа обмена игл якобы может поощрить потребление инъекционных наркотиков среди заключённых, опровергается тем фактом, что во многих странах, где программ обмена игл в тюрьмах не существует, подобное поведение уже считается нормой. В этих странах заключённые вынуждены повторно использовать иглы, что увеличивает вероятность заражения ВИЧ и ВГС.

В то время как обеспечение доступа к стерильным иглам находящихся в тюрьмах потребителей наркотиков не приводило к росту потребления наркотиков, оно способствовало снижению числа заключённых, заразившихся ВИЧ, ВГС и другими инфекциями.

Часть продолжения программ, связанных с наркотиками

Программы обмена игл в тюрьмах способствуют направлению потребителей наркотиков в программы лечения наркозависимости.

Обеспечение стерильными иглами в тюрьмах не означает поощрения употребления наркотиков. Доступ к стерильным иглам заключённых тюрем шести стран, описанный в этом отчете, не привёл к тому, что сотрудники тюрем простили потребление, владение или же торговлю наркотиками или стали потворствовать этим действиям. Во всех случаях в исправительных учреждениях, в которых действовали программы обмена игл, наркотики были запрещены, и тюремный персонал имел указания выявлять и конфисковывать подобную контрабанду, (включая иглы, которые не были частью программы обмена). В этом смысле правила и практика ничем не отличалось от мест заключения, в которых не существовало программ обмена игл. Тем не менее, несмотря на то, что владение наркотиками считается незаконным, заключённые пользуются иглами, являющимися частью официальной программы обмена, на законных основаниях.

Программы обмена игл означают, что занимающие выборные должности политики и администрация тюрем начинают серьёзно воспринимать предусмотренные законом обязанности по защите здоровья заключённых, находящихся под их опекой и контролем. Признание того, что наркотики в тюрьмах - реальность, несмотря на крупные затраты на их искоренение, подводит фундамент под этот прагматичный ответ на проблему потребления наркотиков, ВИЧ и ВГС. Когда наркотики проникают в тюрьму и используются заключёнными, приоритетом должна стать защита здоровья заключённых путем профилактики ВИЧ и ВГС, которыми заключённые могут заразиться при использовании опасных методов инъекций.

В идеале программы обмена игл должны быть одним из компонентов разнообразных услуг, предоставляемых потребителям наркотиков в тюрьмах, которые включают программы, основанные на полном искоренении наркотиков, лечение наркозависимости, создание в тюрьмах зон, свободных от наркотиков, и меры по снижению вреда. Подобная перспектива предполагает, что доступ к стерильным иглам не подрывает и не препятствует осуществлению других программ, а предоставляет потребителям наркотиков больше возможностей для укрепления здоровья и более широкий спектр услуг по лечению наркозависимости в данном исправительном учреждении. При оценке пилотных программ в Германии было обнаружено, что программа обмена игл фактически увеличила число заключённых, получивших доступ к услугам по лечению наркозависимости, тем самым демонстрируя, что программы обмена игл могут служить ценными звеньями для общения с потребителями наркотиков, с которыми очень трудно иметь дело, и их направления на лечение. Примерно то

же самое имело место и в Испании, где министерство внутренних дел, а также министерство Здравоохранения и потребительских дел пришли к заключению, что ПОИ и другие программы лечения и профилактики наркозависимости могут не только сосуществовать, «но осуществление ПОИ в тюрьмах способствует направлению потребителей наркотиков в программы лечения наркозависимости.»^{сxxxix}

Тем не менее администрация и персонал тюрем, осуществляющие программы обмена игл, часто испытывают трудности по поводу философских и практических аспектов, связанных с потреблением наркотиков. Как можно было наблюдать в тюремной колонии №18 в Молдове и в других исправительных учреждениях, персонал тюрем, воспитанный на принципе полного неприятия наркотиков, их потребления и необходимости воздержания, должен был научиться конфисковывать наркотики, но не приспособления для их введения.

Однако, как показывает опыт Германии и Молдовы, отношение тюремного персонала к этим проблемам изменилось после того, как сотрудники узнали из первых рук о программах обмена игл и о принципах снижения вреда, и сами приняли участие во внедрении и анализе программ обмена игл. То же самое происходило и в обществе, когда полиция изменила свое отношение к проблеме потребления наркотиков и признала программы обмена игл. Полиция в странах, где уже существуют программы обмена игл, усвоила философию снижения вреда во всех её аспектах и стала применять её в своей работе, не нарушая при этом вверенных ей обязанностей по защите и охране населения. Фактически, подход к проблеме потребления наркотиков, основанный на снижении вреда, отвечает интересам и целям защиты и сохранения человеческих жизней. Как заявил руководитель полицейской антинаркотической бригады в городе Мерсейсайде:

Сотрудники полиции дают клятву в том, что будут защищать жизни людей. При работе в области наркотиков это означает, что надо бороться за соблюдение законов, но при этом делать всё возможное для спасения человеческих жизней. Ясно, что нам нужно выявить потребителей инъекционных наркотиков, но в то же время необходимо добиваться того, чтобы они были здоровы, ведь они тоже находятся в числе тех, кого мы охраняем... Можно излечить таких людей от наркозависимости, но в то же время нельзя вылечить их от СПИДа.^{сxxxix}

Подобную мысль высказал Мартин Махарт, временно исполняющий обязанности директора исправительного учреждения Хиндельбанк в Швейцарии в 1994 году:

Мы не должны мириться с распространением ВИЧ-инфекции или любой другой серьёзной болезни. Предполагая, что нам надо делалась всё для ограничения, но не для полного пресечения употребления наркотиков, мы осознаем свою обязанность, по крайней мере, обеспечить заключённых стерильными шприцами. Двухсмысленность нашего мандата выявляет противоречие, с которым мы должны смириться.^{сxxxix}

Отказ в предоставлении стерильных игл заключённым тюрем, где уже имеет место потребление инъекционных наркотиков и использование общих игл, способствует распространению ВИЧ и ВГС.

В тюрьмах шести стран, которые были обследованы для подготовки этого отчёта, программы обмена игл являются частью более широких инициатив по снижению вреда. Другие меры по снижению вреда, которые предоставляются заключённым, включают информацию о ВИЧ и ВГС, заместительную терапию с целью лечения наркозависимости, раздачу презервативов, хлоросодержащих и других дезинфицирующих средств, антисептических салфеток, бритвенных принадлежностей и проведение анонимного тестирования на ВИЧ и ВГС.

В действительности, отказ занимающих выборные должности политиков и тюремной администрации в предоставлении стерильных игл заключённым исправительных учреждений, в которых так или иначе имеет место потребление инъекционных наркотиков и используются общие иглы, способствует распространению ВИЧ и ВГС как среди заключённых, так и в обществе в целом. Более того, обеспечение заключённых стерильными иглами не идёт вразрез с целью добиться снижения потребления наркотиков в тюрьмах.

Положительные результаты в состоянии здоровья заключённых и всего населения

Программы обмена шприцев снижают рискованное поведение и предотвращают передачу заболеваний

Наиболее важные уроки, усвоенные при анализе полученных в разных странах доказательств, касающихся программ обмена игл в тюрьмах, указывают, что эти программы эффективны, и что они способствуют уменьшению числа случаев совместного использования игл, и таким образом предотвращают передачу ВИЧ и ВГС. В недавно полученном отчёте об оценках работы программ обмена игл в тюрьмах Швейцарии, Германии и Испании Stöver and Nelles отмечают, что эти программы существенно снижают частоту совместного использования шприцев (в семи из девяти тюрем), а также значительно сокращают (в двух из пяти тюрем) или не повышают (в трёх из пяти тюрем) число случаев заражения ВИЧ и ВГС.^{ccxxxiv}

Тюрьма Страна	Совместное использование шприцев	Распространение ВИЧ-инфекции/ гепатита С
Ам Хаскеберг Германия	Значительно уменьшилось	Не исследовалось
Басаури Страна Басков	Данные отсутствуют	Значительно уменьшилось
Ханноверсанд Германия	Значительно уменьшилось	Значительно уменьшилось
Хиндельбанк Швейцария	Значительно уменьшилось	Не повысилось

Лертер Штрассе Германия	Значительно уменьшилось	Не исследовалось
Лихтенберг Германия	Значительно уменьшилось	Не исследовалось
Линген I Германия	Значительно уменьшилось	Не повысилось
Реалта Швейцария	Отдельные случаи	Не исследовалось
Саксерриет Швейцария	Данные отсутствуют	Не исследовалось
Вехта Германия	Значительно уменьшилось	Не исследовалось
Вирланде Германия	Без изменений	Не исследовалось

Дополнительное положительное влияние на здоровье заключённых.

В дополнение к снижению числа случаев передачи ВИЧ и ВГС, описанных в предыдущем разделе, существуют полученные в разных странах доказательства, что программы обмена игл оказывают и иное положительное влияние на здоровье заключённых. Возможно, наиболее значительный аспект этого положительного влияния проявляется в существенном сокращении летальных и не летальных случаев передозировки героина среди заключённых, потребляющих инъекционные наркотики. Например, в тюрьме Хиндельбанк в Швейцарии до начала осуществления обмена игл в среднем за год имело место от одного до трёх смертельных случаев от передозировки героина. После того, как там начала действовать программа обмена игл, за последние девять лет в тюрьме Хиндельбанк произошёл лишь один случай передозировки героинем со смертельным исходом.^{ссxxxv} Аналогичная ситуация также имела место в швейцарской тюрьме Обершрэнгрюн, в которой помимо обмена игл проводилась программа поддержки для потребителей героина. По данным тюремного персонала, перед тем, как начался обмен игл, среди заключённых примерно раз в неделю имели место случаи передозировок, не приводившие к смертельным исходам, и каждый год как минимум двое заключённых умирали от передозировок. Сейчас передозировки происходят крайне редко, и с 1995 года в тюрьме не было ни одного смертельного случая от передозировок.^{ссxxxvi} Следовательно, обмен игл в тюрьмах сохраняет человеческие жизни, не только благодаря профилактике ВИЧ и ВГС, но также благодаря предотвращению летальных исходов от передозировок наркотиков.

Обмен игл в тюрьмах сохраняет человеческие жизни, не только благодаря профилактике ВИЧ и ВГС, но также благодаря предотвращению летальных исходов от передозировок наркотиков.

Сотрудники тюрем, с которыми проводились беседы, использованные при составлении данного отчёта, выдвинули две причины, объясняющие, почему обмен шприцев привел к столь существенному сокращению частоты

Ещё один важный аспект пользы для здоровья заключённых - уменьшение частоты абсцессов и других инфекций, связанных с инъекциями.

передозировок. Первая - предоставление каждому потребителю инъекционных наркотиков его/её личных игл способствовало введению меньшего количества наркотика при каждой инъекции. В прошлом, когда одним шприцем совместно пользовались многие заключённые, каждый потребитель инъекционных наркотиков имел чрезвычайно ограниченный доступ к шприцу, и поэтому часто вводил себе более высокие дозы при редкой возможности, когда этим шприцем удавалось воспользоваться. Вторая причина сводится к тому, что осуществление программы обмена шприцев и принятие исправительными учреждениями философии снижения вреда существенно изменили подход тюремного медицинского персонала и социальных работников к консультированию заключённых. Так как тюремная администрация признала, что потребление заключёнными инъекционных наркотиков является реальностью, медики, консультанты и заключённые смогли более честно и откровенно обсуждать потребление наркотиков и снижение вреда. У заключённых отпала необходимость притворяться, что они не вводят наркотики, пропал страх санкций со стороны администрации за признание самого факта употребления наркотиков, и это позволило начать откровенное обсуждение рискованного поведения и передозировок.

Другой важный аспект пользы для здоровья заключённых - уменьшение частоты абсцессов и других инфекций, связанных с инъекциями. У заключённых в тюрьмах Хиндельбанк и Обершёнгрюн почти перестали возникать абсцессы, которые считались одной из главных проблем до начала программы обмена игл. Персонал тюрьмы Хиндельбанк отмечает, что это привело к значительной экономии средств на оплату услуг тюремного медицинского персонала.

Эффективность в различных типах исправительных учреждений

В тюрьмах Молдовы и Испании, в которых программы обмена игл доказали свою эффективность, находилось очень большое число заключённых.

Администрация тюрем подчас отрицает эффективность программ обмена игл, характеризуя их как «бутиковые» проекты, которые действуют лишь в тюрьмах с определёнными условиями, а именно: в небольших исправительных учреждениях, в женских тюрьмах, где заключённые весьма послушны, и т.п. Следовательно, в условиях, существующих в «настоящих» тюрьмах, подобные программы не могут быть успешными.

Несмотря на тот факт, что первоначально программы обмена игл осуществлялись лишь в тюрьмах с небольшим числом заключённых (Обершёнгрюн – 75 и Хиндельбанк – 110), последующие аналогичные программы были проведены в исправительных учреждениях различного типа: как в гражданских, так и в военных. Например, в Германии программы обмена игл осуществлялись в очень маленьких тюрьмах, где число заключённых не превышало 50 человек (женская тюрьма в городе Ханноверсанд), и в крупных тюрьмах, рассчитанных на 500 заключённых (мужская тюрьма Ам Хасенверге в Гамбурге). В Молдове

программы обмена шприцев проводились в мужских тюрьмах как строгого, так и особо строгого режима, в которых число заключённых превышало тысячу. Тюрьма Сото-де-Риал в Мадриде, которую посетили авторы этого отчёта, имела около 1600 заключённых, что, согласно международным стандартам довольно много. Таким образом, эффективность программ обмена игл, продемонстрированная в тюрьмах Молдовы и Испании, показывает, что эти программы могут быть успешны даже в очень крупных исправительных учреждениях. Действительно, в Испании программы обмена игл осуществлялись в тюрьмах с числом заключённых от 30 до 2002 человек - то есть любой величины и уровня строгости режима.

Программы обмена игл проводились в тюрьмах, в которых царила совершенно различная атмосфера. В тюрьмах стран Западной Европы эти программы демонстрировали свою эффективность даже в исправительных учреждениях, где заключённые находились в одиночных и двухместных камерах. С другой стороны, в Молдове, наоборот, программы обмена игл показали свою эффективность в тюрьмах, где заключённые содержались в бараках по 70 и более человек в каждом.

Обследование тюрем также показало, что проекты обмена игл могут успешно осуществляться не только в юрисдикциях, в которых есть необходимые ресурсы и адекватное финансирование (Швейцария, Германия, Испания), но и в странах с экономикой переходного периода, которые располагают гораздо меньшими ресурсами и имеют худшую инфраструктуру (Молдова, Кыргызстан, Беларусь). Однако, следует упомянуть, что ряд стран, переживающих переходный период, положение в которых изучалось при подготовке этого доклада, сумели воспользоваться для проведения программ обмена игл ресурсами, предоставленными международными донорами.



Для успеха программ обмена игл в тюрьмах необходимо принимать во внимание не только размер исправительного учреждения, уровень строгости его режима

или структуру данной тюрьмы, где начинает действовать программа, но и нужды заключённых. В шести странах, тюрьмы которых были изучены при подготовке этого отчёта, пилотные проекты обмена игл были начаты в ответ на высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции и большое число заключённых, потребляющих инъекционные наркотики. После того, как была осознана необходимость проведения таких программ, а также было изучено положение в каждой юрисдикции, администрация тюрем продемонстрировала гибкость и способность осуществлять программу в соответствии с нуждами заключённых данного исправительно учреждения и его устройством.

Программы обмена игл доказали свою эффективность даже в исправительных учреждениях, состоящих из бараков, как, например тюремная колония № 18 в Бранести, Молдова (Фото Елены Вовк).

Эффективность различных методов предоставления игл

Среди описанных выше программ обмена игл в тюрьмах различные страны (и разные тюрьмы в одной стране) пользовались различными методами предоставления (или обмена) игл. Из опыта этих стран необходимо извлечь важные уроки, касающиеся разнообразных методов предоставления игл. Эти уроки особенно важны для юрисдикций и тюрем, планирующих начать у себя осуществление программ обмена игл. В различных странах использовались следующие методы:

- Раздачу осуществляли медсёстры или врачи тюрем непосредственно в медпункте или в других помещениях.
- Раздача проводилась прошедшими тренинг заключёнными, ставшими аутрич-работниками из среды равных.
- Раздача проводилась представителями неправительственных организаций или медработниками, прибывшими в тюрьму именно для этой цели.
- Раздача осуществлялась через автоматы-утилизаторы игл по принципу «один-к-одному».

Каждый метод раздачи имел свои уникальные особенности и проблемы. Трудно назвать тот или иной из них «лучшим» или «худшим», так как для этого потребуется субъективная оценка, базирующаяся на определённой философии,

Число инъекционных наборов, розданных заключённым, зависит от частоты обмена и привычек потребителей инъекционных наркотиков.

существующих правилах и специфических особенностях данной системы исправительных учреждений или тюрьмы. С точки зрения одной юрисдикции или тюрьмы, «хороший» метод может оказаться «плохим», а с точки зрения другой, наоборот, - «хорошим», в зависимости от природы и характера программ.

Этот вопрос следует рассмотреть на примере обмена игл по принципу «один-к-одному». Хотя несколько юрисдикций, описанных в этом отчёте, строго применяют правило «один-к-одному», другие не придерживаются этого правила. Например, тюрьма Хиндельбанк применяет утилизаторы игл, работающие по принципу «один-к-одному», но наряду с этим раздаёт до пяти игл с наконечниками непосредственно в руки участников программы, которым трудно найти пригодную для инъекции вену. Испания также продемонстрировала гибкость в своём подходе к реализации программы. В то время, как применяемое в этой стране руководство по проведению программ обмена игл в тюрьмах признаёт, что «правилом должен стать непосредственный обмен, то есть, использованный шприц должен быть возвращён, прежде чем заключённому будет выдан новый инъекционный набор», в них также говорится, что «к правилу «один-к-одному» должен применяться гибкий подход с учётом того, что основная цель программы – предотвратить общее пользование шприцами.»^{сxxxvii} Руководство содержит рекомендацию, согласно которой «число инъекционных наборов, розданных заключённым, зависит от частоты обмена и привычек потребителей инъекционных наркотиков: оно должно быть достаточным, чтобы удовлетворить

нужды заключённых, которым не надо будет повторно использовать шприц до дня следующего обмена».^{ccxxxviii}

Хотя некоторые особенности могут показаться положительными в одной из программ обмена игл и отрицательными в другой, доказательства, полученные при изучении шести программ обмена игл, ясно показывают, что каждому методу распределения шприцев присущи характерные черты и последствия.^{ccxxxix} Каждый из этих методов будет описан отдельно.

Раздача шприцев из рук в руки тюремной медсестрой и/или врачём.

- Обеспечивает контакт с заключёнными и возможность консультирования
- Может способствовать выявлению ранее неизвестных потребителей наркотиков и установлению контакта с ними
- Тюрьма сохраняет строгий контроль доступа к шприцам
- Возможен обмен по принципу «один-к-одному» или раздача нескольких шприцев сразу (в соответствии с правилами каждой тюрьмы)
- Снижается степень анонимности и конфиденциальности, что в свою очередь может сократить число участников в программе (в случае необходимости и в соответствии с правилами каждой тюрьмы)
- Доступ более ограничен, так как шприцы можно получить только в установленные часы работы медпункта (это особенно проявляется, если тюрьма строго выполняет правило обмена «один-к-одному»)
- Создает возможность обмена одним заключённым шприцы за другого, который не хочет сам участвовать в программе в связи с недоверием к персоналу

Раздача из рук в руки работниками аутрич из числа самих заключённых

- Высокая степень признания и согласия со стороны заключённых
- Высокая степень анонимности и доверия
- Высокая степень доступа (аутрич работники из числа самих заключённых живут в тюремных камерах, и к ним можно обратиться в любое время)
- Отсутствие непосредственного контроля за распределением, что может привести к боязни персонала по поводу возникновения опасности на рабочем месте
- Гораздо труднее обеспечить обмен «один-к-одному»

Раздача из рук в руки работниками неправительственных организаций и медиками, не связанными с тюрьмами

- Обеспечивает личный контакт с заключёнными и возможность консультирования
- Способствует выявлению ранее неизвестных потребителей наркотиков и установлению контактов с ними

- Тюремная администрация получает возможность строгого контроля за доступом к шприцам
- Возможен обмен «один-к-одному» или раздача нескольких шприцев (в случае необходимости и согласно правилам каждой тюрьмы)
- Обеспечивает высокую степень анонимности и конфиденциальности, так как отсутствует взаимодействие с тюремным персоналом
- Доступ ограничен. Шприцы можно получить лишь в определённые часы, время дня и дни недели (это особенно важно, если программа строго выполняет правило обмена «один-к-одному»)
- Анонимность и конфиденциальность может быть нарушена, если правила предписывают агентству, осуществляющему обмен шприцев, сообщать персоналу тюрьмы информацию об участниках программы
- Тюремный персонал может не доверять услугам организации, обеспечивающей шприцы
- Работники, не связанные с тюрьмой непосредственно, при контактах с тюремными чиновниками могут испытывать большее сопротивление, чем медицинский персонал тюрьмы
- Текучесть кадров среди работников неправительственных организаций может привести к перерыву в деятельности программы и отсутствию постоянного «лица», ответственного за программу в отношениях с заключёнными и тюремным персоналом

Автоматические аппараты для раздачи шприцев

- Высокая степень доступа (часто несколько машин установлено в различных помещениях исправительного учреждения, что даёт возможность доступа к ним вне установленных часов работы медпункта)
- Высокая степень анонимности, так как в процедуру не вовлечён тюремный персонал.
- Очень хорошо принимается заключёнными
- Точный обмен «один-к-одному»
- Аппараты могут стать объектом вандализма или повреждения заключёнными и персоналом тюрьмы, которым не нравится эта программа
- Возникновение технических неполадок раздаточных аппаратов может привести к прекращению на какое-то время доступа к шприцам, что снизит у заключённых уверенность в программе
- Некоторые тюрьмы по своим архитектурным параметрам расположения помещений могут быть неудобны для того, чтобы заключённые пользовались раздаточными аппаратами (то есть тюрьмы не имеют отдельных помещений со свободным доступом для заключённых, где могут быть установлены аппараты)
- Так как аппараты должны быть изготовлены по особому заказу и конструируются индивидуально, обеспечение ими в достаточных количествах большого числа тюрем может оказаться слишком дорогим, и поэтому некоторые пенитенциарные системы не смогут позволить себе их приобрести

Общие факторы, присущие эффективным программам обмена игл в тюрьмах

Доказательства эффективности программ обмена игл в тюрьмах, рассмотренные в этом отчёте, указывают, что фактический метод раздачи игл менее важен, чем уверенность в том, что программа отвечает нуждам исправительного учреждения, заключённых и тюремного персонала. Как детально описано выше, программы обмена игл в тюрьмах используют различные методы обмена/раздачи шприцев. Каждый из этих методов доказал, что может быть успешно использован, и был применён, не ставя под угрозу безопасность исправительного учреждения. Несмотря на различия многих программ обмена игл, рассмотренных в этом отчёте, суммарные доказательства, полученные при осуществлении всех программ, указывают на ряд общих факторов, характеризующих их эффективность. Эти общие факторы разбираются в следующем разделе.

Лидерство тюремной администрации и поддержка со стороны персонала тюрьмы

Также как и в случаях с другими вызывающими споры мерами, или же в случаях применения мер, которые противоречат принятым ортодоксальным принципам данной системы, для разработки и проведения в жизнь успешных программ обмена игл в тюрьмах чрезвычайно важно заручиться поддержкой на самом высоком уровне. Практически это может означать поддержку ведущих руководителей, отвечающих за медицинские услуги в тюрьмах, или отвечающих в целом за сами тюрьмы, и поддержку начальника тюрьмы, в которой начинает действовать программа обмена игл. Показано, что поддержка со стороны персонала тюрьмы также является необходимой составной частью успеха подобных программ. Во всех юрисдикциях, которые посетили авторы этого отчёта, информационные семинары и консультирование тюремного персонала стало важным аспектом в процессе разработки программы обмена игл.

Не думайте, однако, что персонал исправительных учреждений полностью поддерживал программы обмена игл с самого начала. В нескольких случаях, как показано в данном исследовании, персонал в начале оказывал сопротивление, но постепенно со временем начинал поддерживать программу, увидев, что она приносит пользу. Первоначальное сопротивление персонала выдвигает необходимость и делает особенно важным поддержку программ обмена игл со сторон лидеров, убеждённых в пользе подобных программ и готовых сделать всё возможное для их осуществления. Хотя процесс вовлечения и кооперации персонала тюрем доказал, что он может увенчаться успехом, подход, при котором инициатива исходит сверху, и внедрение программ

Для разработки и проведения в жизнь успешных программ обмена игл в тюрьмах чрезвычайно важно заручиться поддержкой лидеров на самом высоком уровне.

Информационные семинары и консультирование персонала тюрем – ключевой аспект для создания обмена игл в тюрьмах.

обмена игл в тюрьмах напрямую диктуется правительством, продемонстрировал смешанные результаты. Так, в Швейцарии не обошлось без трудностей при попытках внедрения программ с использованием директивного подхода. С другой стороны, опыт Испании показал возможность того, что правительство, включая парламент, взяло на себя ведущую роль в разработке плана внедрения программ обмена игл, с условием, что сами тюрьмы должны отработать практические аспекты этих программ, проявляя при этом необходимую гибкость.

Необходимость конфиденциальности и доверия

Проблема конфиденциальности является ключевым фактором при осуществлении успешных программ обмена игл. С точки зрения многих заключённых, конфиденциальность является самым важным фактором для установления доверия в программах обмена игл. Но может оказаться, что внутри тюрьмы полная конфиденциальность личной информации о заключённых невозможна. Однако,

Чрезвычайно важно
делать всё возможное
для сохранения
конфиденциальности
информации о
заключённых, которые
потребляют наркотики и
нуждаются в доступе к
стерильным иглам.

при проведении программ обмена игл чрезвычайно важно делать всё возможное для сохранения информации о заключённых, которые потребляют наркотики и нуждаются в доступе к стерильным иглам. Успешные программы, описанные в данном отчёте, прилагают все усилия для установления, какой из методов распределения игл будет пользоваться наибольшим доверием со стороны заключённых, и таким образом привлечёт к программе максимальное число участников.

Опыт некоторых тюрем, в которых аппараты, распределяющие иглы, были установлены в помещениях, где находились заключённые, доказал, что это самый лучший способ сохранения конфиденциальности о раздаче стерильных игл в обмен на использованные.

Показано, что в тех исправительных учреждениях, где шприцы раздавались людьми, выделение определённого места в тюрьме, где происходит обмен шприцев, является фактором, способствующим успеху. Важность конфиденциальности была наглядно продемонстрирована на опыте Молдовы, где действовала пилотная программа обмена игл в тюремной колонии №18. После того, как тюремный врач решил использовать для контактов с заключёнными, которые вводят инъекционные наркотики, не медпункт, а работников аутрич из среды самих заключённых, было отмечено значительное увеличение числа участников программы. Опыт пилотной программы в Испании в городе Бильбао показал, что заключённые предпочитали, чтобы программа осуществлялась силами работников неправительственной организации, а не персоналом тюрьмы. Это также указывает на важность конфиденциальности для участников программы. Точно также изучение опыта двух пилотных проектов в Германии выявило, что участники программы, получавшие стерильные шприцы из рук тюремных медицинских работников, испытывали меньше доверия, по сравнению с участниками другой программы, в которой заключённые получали шприцы из раздаточных аппаратов.

Таким образом, проект в Бильбао показал, что, по всей вероятности, для потребителей инъекционных наркотиков абсолютная анонимность менее важна,

чем доверие к человеку/людям или агентству, осуществляющим программу и качество предлагаемых услуг. При оценке программы в Бильбао было обнаружено, что заключённые ценили общение с сотрудниками неправительственной организации, проводившими обмен игл, и фактически предпочитали подобный метод раздачи анонимным раздаточным аппаратам.

Адекватный доступ к стерильным иглам

В дополнение к максимальной конфиденциальности обеспечение адекватного доступа к программе обмена игл также является ключевым фактором, гарантирующим, что программы удовлетворяют нужды заключённых. В ряде случаев это достигалось путём установки нескольких раздаточных машин в одном исправительном учреждении, как, например, в ходе пилотного проекта в тюрьме Хиндельбанк. После выбора метода раздачи шприцев из рук-в-руки при осуществлении пилотного проекта в тюрьме Линген 1 Гросс-Хесеппе в Германии и пилотного проекта в Бильбао, в стране Басков, персоналу было необходимо выделить определённые места в помещениях тюрем, которые с одной стороны были бы скрыты от посторонних глаз, а с другой - были легко доступны для заключённых. В Молдове решение производить раздачу шприцев силами аутрич-работников из среды заключённых, живущих в одних и тех же помещениях с участниками программы, обеспечивал круглосуточный доступ заключённых к стерильным иглам.

Цель уменьшения распространения ВИЧ и ВГС достигается в наиболее полном объёме, когда программа обмена игл в тюрьмах является одним из компонентов более широкой всеобъемлющей стратегии снижения вреда.

Обмен игл как часть программы снижения вреда

Также было показано, что цель уменьшения распространения ВИЧ и ВГС достигается в наиболее полном объёме, когда программа обмена игл в тюрьмах является одним из компонентов более широкой и всеобъемлющей стратегии снижения вреда. В исправительных учреждениях всех шести стран, изученных для подготовки этого отчёта, программы обмена игл в тюрьмах были частью более крупных инициатив по снижению вреда. Другие услуги по снижению вреда, которые предоставлялись заключённым, включали информирование о ВИЧ и ВГС, лечение наркозависимости с помощью заместительной терапии, раздачу презервативов, хлорсодержащих растворов и других дезинфектантов, асептических салфеток, бритвенных принадлежностей и анонимное тестирование на ВИЧ и ВГС. Хотя эти вопросы досконально не изучены с научной точки зрения, предыдущий опыт и доказательства, представленные в этом отчёте, показывают, что программы обмена игл и другие меры по снижению вреда взаимно подкрепляют друг друга, и что успешному проведению в жизнь программ обмена игл способствовало начатое ранее осуществление мер по снижению вреда.

В некоторых тюрьмах этот всеобъемлющий подход к снижению вреда включает проверку на наличие в моче ТГК (тетрагидроканнабинола, основного действующего компонента марихуаны), как части общего анализа мочи, проводимого с целью тестирования на наркотики. Ряд тюрем, которые мы посетили для подготовки этого отчёта, приняли решение не проводить проверку на ТГК, или же не подвергать заключённых наказанию в случае выявления этого

компонента, так как, по их мнению, это подтолкнуло бы многих заключённых к отказу от потребления препаратов конопли и переходу к употреблению инъекционных наркотиков.

Важность принятия решений на основе доказательств: проведение оценки пилотных проектов

Заключительный общий аспект - использование досконально оцененного пилотного проекта в качестве первого шага для дальнейшего развития. В некоторых странах был осуществлён единственный пилотный проект, тогда как в такой стране, как Германия, параллельно шли два пилотных проекта. Результаты оценок пилотных программ должны быть использованы в качестве руководства для планирования на будущее. В некоторых случаях (в Швейцарии, Германии, Испании) для первоначального пилотного проекта были выбраны относительно небольшие тюрьмы и/или частично открытые исправительные учреждения с минимально строгим режимом. В таких случаях программы были проанализированы и оценены с учётом обстановки в тюрьмах подобного типа перед тем, как расширить их для проведения в более крупных закрытых тюрьмах с более строгим режимом. Однако в Молдове пилотный проект обмена игл был осуществлён в тюрьме со строгим и максимально строгим режимом, где находилось примерно 1000 заключённых.

Опыт шести стран, изученный для этого отчёта, показал, что пилотные проекты могут быть быстро проведены в жизнь, и что они не должны задерживать более широкое внедрение программ обмена игл. Например, в Кыргызстане пилотный проект обмена игл начал действовать в октябре 2002 года, в начале 2003 года было получено разрешение на расширение программы, и в сентябре 2003 года программы обмена игл проводились в шести из 11 тюрем, а к апрелю 2004 года они осуществлялись во всех 11 тюрьмах. К тому же оценки пилотных проектов не должны быть полностью завершены до того, как программы обмена игл начнут осуществляться в других тюрьмах. Например, в одной из тюрем Беларуси в начале 2003 года начал проводиться пилотный проект, который должен был длиться до января 2004 года. Хотя осуществление проекта было продлено до июня 2004 года, он был расширен на две другие тюрьмы, и Министерство Внутренних дел дало понять, что готово распространить его на все тюрьмы страны. Важно заметить, что в системах исправительных учреждений, описанных в данном отчёте, пилотные проекты никогда не задерживали более широкого внедрения программ обмена игл.

Оценки пилотных программ в пределах одной юрисдикции важны не только для расширения программ обмена игл в данной юрисдикции, но они также важны и для применения в других странах. Тщательная оценка пилотных проектов обмена игл (и расширенных программ) даёт важную информацию для публикаций о программах обмена игл в различных странах. Данные, полученные при оценке деятельности программ, предоставляют доказательства другим юрисдикциям. При наличии таких доказательств большее число юрисдикций достигнет консенсуса в вопросе о необходимости осуществления программ обмена игл в тюрьмах и возьмут на себя роль лидеров в этой области.



Программы обмена игл должны быть внедрены в тюрьмах стран БСС и ЦВЕ

Юридические обязательства уважать, защищать и обеспечивать право заключённых на здоровье

Практически все страны БСС и ЦВЕ подписали Международную Конвенцию по экономическим, социальным и культурным правам, и большинство из них также ратифицировало Международную Конвенцию по гражданским и политическим правам. На страны, которые недавно вошли в Европейский Союз, также распространяется действие документов по правам человека, принятых ЕС, которые, как сказано выше, включают постепенное выполнение обязательств, касающихся прав каждого человека на здоровье. Принимая во внимание гарантии и стандарты, содержащиеся во всех этих документах, правительства стран данного региона должны иметь юридические обязательства по обеспечению доступа заключённых к стерильным иглам. Более того, можно доказать, что заключённые, которые нанесли вред своему здоровью из-за отказа властей в предоставлении стерильных игл, могут осуществить успешную судебную акцию против властей.

Обеспечение только хлорсодержащим раствором не достаточно.

В тюрьмах многих стран заключённых обеспечивают хлорсодержащим раствором в качестве меры по снижению вреда. Согласно данным ЮНЭЙДС, обеспечение заключённых хлорсодержащим раствором высокой концентрации принято в тюрьмах Европы, Австралии, Африки и Центральной Америки.^{xxx1} Наличие хлорсодержащего раствора является важной мерой для потребителей инъекционных наркотиков, не имеющих доступа к стерильным иглам. Однако, этот дезинфектант не может заменить стерильные иглы для людей, которые

подвергают себя риску заражения ВИЧ и ВГС, потребляя инъекционные наркотики.

Эффективность хлорсодержащего раствора для уничтожения ВИЧ в шприцах была наглядно доказана,^{ccxli} однако эти препараты не достаточно эффективны для устранения передачи ВГС ^{ccxlii}. К тому же, результаты ранее проведённых исследований показывают, что многие потребители инъекционных наркотиков подчас забывают о необходимости тщательно дезинфицировать шприцы с помощью хлорсодержащего раствора.^{ccxliii} В ряде исследований, проведённых в Соединённых Штатах, например, более половины потребителей инъекционных наркотиков не знали о подобном методе дезинфекции игл или же не использовали его.^{ccxiv} Таким образом, хлорсодержащий раствор не может рассматриваться в качестве наилучшей меры по предотвращению передачи инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков. Более того, полученные в Австралии доказательства, касающиеся специфических мер по снижению вреда в тюрьмах, свидетельствуют о том, что значительная часть заключённых не пользовалась хлорсодержащим раствором даже при его наличии.^{ccxlv} Вероятность эффективного обеззараживания игл с помощью хлорсодержащего раствора в тюрьме сильно уменьшается ещё и потому, что процедура очистки занимает много времени, и некоторые заключённые могут просто не захотеть заниматься этим, так как подобные действия, замеченные тюремным персоналом, указали бы на то, что заключённый потребляет инъекционные наркотики.

Несмотря на то, что обеспечение заключённых хлорсодержащим раствором является положительным явлением, проблема участия в подобной программе, а также её ограниченная эффективность для предотвращения передачи ВГС, предполагает, что использование одного лишь хлорсодержащего раствора является неадекватным противодействием вреду, связанному с потреблением инъекционных наркотиков в тюрьмах. Были даже выдвинуты предположения о том, что повторное использование заражённого ВИЧ шприца, очищенного с помощью хлорсодержащего раствора, на самом деле *повышает* вероятность передачи ВИЧ.^{ccxvi} Ряд исследований, в которых поддерживается ценность хлорсодержащего раствора в качестве меры по снижению вреда, тем не менее содержат вывод, что для дезинфекции использованных игл предпочтительен доступ к стерильным шприцам.^{ccxvii}

Опыт программ обмена игл, изученный для подготовки этого отчёта, указывает на ряд других полезных для здоровья компонентов, связанных с обменом игл в тюрьмах, которые не могут быть получены при использовании хлорсодержащего раствора. Эти компоненты включают существенное уменьшение частоты абсцессов и других поражений вен, возникших в результате повторного использования тупых и повреждённых игл, а также значительное снижение числа случаев передозировок с летальным и нелетальным исходами в ряде исправительных учреждений.

Программы обмена игл также способствовали большей безопасности персонала тюрем, благодаря уменьшению частоты или полному устранению нечаянно нанесённых уколов иглами шприцев, спрятанных во время обысков камер и личных обысков. При использовании только хлорсодержащего раствора безопасность персонала тюрем не улучшится, так как исправительные учреждения всё ещё рассматривают иглы в качестве контрабанды, и поэтому заключённые прячут их, а не хранят на видном месте.

Политики, занимающие выборные должности, и администрация тюрем в юрисдикциях, где заключённых снабжают хлорсодержащим раствором, но не предлагают стерильных игл, могут существенно укрепить здоровье и безопасность заключённых, персонала тюрем и всего общества путём внедрения программ обмена игл.

Метадоновая поддерживающая терапия - другой критический элемент

Метадон является критическим элементом всеобъемлющей стратегии снижения вреда как в тюрьмах, так и во всём обществе, так как он предоставляет важную возможность для заключённых, потребляющих инъекционные наркотики, которые хотят прекратить вводить героин. Принимаемый через рот метадон успешно блокирует абстинентный синдром, возникающий при внезапном прекращении приёма опиатов.^{ccxlviii} В результате, метадоновая поддерживающая терапия (МПТ) становится эффективным методом для снижения риска, вреда и стоимости лечения опиатной зависимости среди пациентов, начавших МПТ и успешно продолжающих приём метадона.^{ccxlix} МПТ способствует уменьшению распространения ВИЧ-инфекции и гепатита С.^{cc} По всему миру растёт число исправительных учреждений, предлагающих заключённым МПТ.^{ccli} Изучение программ МПТ в тюрьмах свидетельствует о положительных результатах.^{cclii} Например, результаты из тюрьмы Нью Саут Уэльс в Австралии указывают на снижение частоты применения героина, потребления инъекционных наркотиков и использования общих шприцев среди заключённых, принимающих участие в МПТ, по сравнению с заключёнными из контрольной группы.^{ccliii} Решение о значительном расширении доступа к МПТ в Федеральных тюрьмах Канады, принятое в 2002 году Исправительными службами Канады, частично базировалось на результатах, демонстрирующих, что МПТ оказала позитивное влияние на поведение как в исправительном учреждении, так и после освобождения из тюрьмы.^{ccliv}

Метадон является критическим элементом всеобъемлющей стратегии снижения вреда как в тюрьмах, так и во всём обществе.

Однако, страны, которые осуществляют МПТ в тюрьмах, должны также начать проведение программ обмена игл. Основная причина кроется в том, что МПТ, как метод лечения зависимости от героина, не принесёт пользы тем заключённым, которые не имеют доступа к лечебной программе. Даже в странах, где МПТ в тюрьмах хорошо налажена, существуют, по меньшей мере четыре возможных обстоятельства, при которых заключённые не будут искать доступа к МПТ. Во-первых, заключённые, которые вводят героин, могут решить, что МПТ им не нужна. Во-вторых, несмотря на зависимость от героина, заключённые могут не соответствовать всем необходимым критериям для приёма в программу МПТ, или же, попав в эту программу, не смогут выполнять её требования. В-третьих, в некоторых юрисдикциях могут быть наложены ограничения на число заключённых, одновременно принятых в МПТ, что связано с наличием необходимых ресурсов и возможностей проводить программу в каждом исправительном учреждении. В-четвёртых, процесс рассмотрения заявления заключённого с просьбой о приёме в МПТ, а также

фактическое начало программы после того, как заключённый был в неё принят, могут затянуться на долгое время. Поэтому может возникнуть ряд ситуаций, когда заключённый, имеющий зависимость к героину, будет продолжать инъекции этого наркотика, и, возможно, что его поведение будет рискованным, несмотря на существование в данной тюрьме программы МПТ.

Кроме того, заключённые могут продолжать потреблять инъекционные наркотики, в том числе иные, чем героин, даже во время нахождения в программе МПТ. Правительство Испании осознало реальность подобной ситуации и выдвинуло её в качестве одной из причин предоставления доступа к обмену игл заключённым, находившимся в методоновых программах.^{cciv} Заключённые будут продолжать инъекции героина, если они не получают достаточные дозы метадона для устранения абстинентного синдрома, или, если они вводят наркотики для облегчения болей, связанных с хроническим заболеванием.

В заключение следует отметить, что метадон является только полезным методом лечения зависимости от опиатов. Для тех, кто вводит неопиатные наркотики, такие, как кокаин, он не может быть использован в качестве способа снижения вреда. Следовательно, МПТ не может помочь таким потребителям инъекционных наркотиков, применяющим небезопасные способы введения.

Суммируя представленное выше, необходимо заключить, что МПТ является значительным элементом всеобъемлющей стратегии предупреждения ВИЧ/СПИДа и ВГС, а также потребления инъекционных наркотиков в тюрьмах. Но при осуществлении программ обмена игл в тюрьмах достигаются и другие важные полезные элементы для здоровья заключённых и безопасности персонала, которых нельзя добиться одной МПТ, или МПТ в сочетании с раздачей хлорсодержащего раствора. Поэтому заключённым должны быть предложены как МПТ, так и программы обмена игл.

Мнения персонала тюрем

Частично сопротивление проведению в жизнь программ обмена игл в тюрьмах некоторых стран основано на реальных и ожидаемых возражениях тюремного персонала. Представители правительств стран, которые изучают возможности для начала осуществления программ обмена игл в тюрьмах, должны ознакомиться с доказательствами об отношении персонала к этим программам в других юрисдикциях. Недавний анализ исследований программ обмена игл в Швейцарии, Германии и Испании показал, что персонал, как правило, поддерживает эти программы, хотя результаты опросов свидетельствуют о некоторых различиях.^{ccivi} Как отмечено в этом отчёте, особенно при описании ситуации в Германии и Молдове, отношение персонала изменилось после того, как работники тюрем на собственном опыте осознали характер программ обмена игл и снижения вреда, а также по мере того, как они начали принимать участие в осуществлении и анализе программ обмена.

Очень важно особо подчеркнуть, что многие страны в последние годы успешно и безопасно осуществили в тюрьмах такие меры, как предоставление

презервативов и хлорсодержащих растворов. Несмотря на первоначальную тревогу, эти меры не знаменовали собой неверные предписания и не привели ни к росту потребления наркотиков и контрабанды, ни к расширению насилия по отношению к персоналу и между заключёнными, ни к вандализму. Необходимо помнить это, а также уроки, извлечённые из программ обмена игл в других юрисдикциях, когда требуется успокоить персонал, встревоженный по поводу того, что проведение в жизнь программ обмена игл в тюрьмах повлечёт за собой негативные последствия.

Рентабельность проведения программ обмена игл в тюрьмах

Непосредственных доказательств рентабельности проведения программ обмена игл в тюрьмах не существует. Существуют доказательства рентабельности при осуществлении программ обмена игл в обществе. В недавнем отчёте, подготовленном в Австралии, содержится вывод о том, что средства, затраченные на программу обмена игл в этой стране, позволили получить более чем пятнадцатикратную экономию за счёт предотвращения инфекций за период, превышающий десять лет.^{ccviii} Выведенная на примере Соединённых Штатов, математическая модель рентабельности продемонстрировала значительные экономические выгоды от проведения программ обмена игл и утилизации шприцев.^{ccviii} Анализ программ обмена игл в штате Нью-Йорк показал рентабельность и экономию за счет уменьшения будущих затрат общества.^{cclix}

Даже при отсутствии экономического анализа ситуации в тюрьмах существует серьёзный довод в пользу того, что программы обмена игл в тюрьмах рентабельны на общественном уровне, экономя будущие затраты общества. По всей вероятности, результаты исследований, в ходе которых измерялись экономические выгоды от проведения программ обмена игл в обществе, являются важным указанием на потенциальную экономию средств от аналогичных программ в тюрьмах. Даже без учёта этого фактора, так как большинство заключённых возвращаются в общество и получают медицинскую и социальную помощь от общественных служб, большая часть расходов по лечению инфицированных ВИЧ и ВГС, в конечном счёте, будет оплачиваться обществом. Следовательно, при рассмотрении вопроса о том, оправданы ли затраты на проведение программ обмена игл не стоит замыкаться на экономии бюджетных средств исправительных учреждений, а нужно принять во внимание общую экономию государственных средств на медицинские и социальные услуги.

В каждом отдельном случае экономия средств, полученная за счёт профилактики распространения ВИЧ и ВГС, весьма существенна. Возьмём в качестве примера ВИЧ-инфекцию в Канаде. Как показало недавнее исследование, проведённое в этой стране, в среднем непосредственная стоимость оказания медицинской помощи одному пациенту в течение месяца в 1997-1998 гг. в провинции Альберта (включая лекарства, госпитализацию и амбулаторное лечение, а также домашний уход) обходилась в 1036 долларов в ценах 2001 года.^{ccix} Следовательно, за год каждый предотвращённый случай ВИЧ-инфекции позволял сэкономить 12432 доллара в ценах 2001 года. Если рассматривать эту сумму в перспективе, то для сравнения можно указать, что

стоимость одного автоматического распределителя шприцев составляет примерно 3000 Евро,^{ecbi} что эквивалентно примерно 4700 канадских долларов.

Программы обмена игл в тюрьмах должны быть разработаны без промедления.

Даже если предположить, что программы обмена игл предотвращают относительно небольшое число случаев заражения ВИЧ и ВГС среди заключённых, потребляющих инъекционные наркотики, эти программы многократно окупают себя. Они также, по всей вероятности, сократят затраты на оказание медицинской помощи, выделенные в настоящее время на лечение поражений, возникших в результате инъекций наркотиков, такие как абсцессы в месте введения и другие инфекции.

Для политиков, занимающих выборные должности, и для администрации тюрем настало время действовать

Администрация тюрем должна немедленно начать осуществление программ обмена игл. Опыт всех шести стран, в которых существуют программы обмена игл в тюрьмах, и полученные там доказательства, продемонстрировали, что эти программы:

- не подвергают опасности персонал тюрем и не угрожают безопасности заключённых, а фактически превращают тюрьмы в более безопасные места для жизни и работы
- не увеличивают потребление или число инъекций наркотиков
- снижают частоту рискованного поведения и распространения заболеваний (включая ВИЧ и ВГС)
- оказывают положительное влияние на здоровье заключённых
- демонстрируют эффективность в тюрьмах различного типа в шести странах
- успешно используют различные методы раздачи игл с учётом нужд персонала и заключённых различных тюрем

Программы обмена игл доказали свою эффективность не только в качестве меры по укреплению здоровья населения, но и для снижения вреда, связанного с потреблением инъекционных наркотиков, включая распространение ВИЧ и ВГС; страны имеют юридические обязательства уважать, защищать и обеспечивать право заключённых на здоровье. Это право признаётся международными законами и включает право на меры профилактики заболеваний. В контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа программы обмена игл доказали свою эффективность в качестве превентивной меры для улучшения здоровья людей из групп риска заражения ВИЧ. С учётом того, что в тюрьмах постоянно присутствуют наркотики, а также в связи с наличием доказательств совместного использования игл несколькими заключёнными, потребляющими инъекционные наркотики, программы обмена игл в тюрьмах являются чрезвычайно важным элементом права на здоровье людей, отбывающих тюремное заключение, которые вводят инъекционные наркотики.

В дополнение к этому существуют веские причины, дающие основания предположить, что программы обмена игл рентабельны и даже приведут к экономии средства.

Все правительства обязаны принимать важные решения в области охраны здоровья населения на основании доказательств и юридических обязательств, а не руководствуясь общественным мнением, идеологическими соображениями или политическими выгодами. А занимающие выборные должности политики и администрация тюрем не должны принимать решения о программах обмена игл в тюрьмах, игнорируя доказательства и свои юридические обязательства, что слишком долго происходило во многих странах. Необходимо лидерство со стороны политиков, занимающих выборные должности, и администрации тюрем. Также необходимы решительные действия работников тюрем, включая как охранников, так и медицинский персонал, а также врачей, консультирующих в тюрьмах.

Несмотря на дебаты и сопротивление на начальных этапах разработки и внедрения мер по снижению вреда, таких как раздача презервативов, хлорсодержащих растворов и, в некоторых странах, заместительной терапии, эти программы сейчас широко признаны, частью ответственности пенитенциарной системы за здоровье заключённых; в тех исправительных учреждениях, где действуют подобные программы, они не нарушают безопасности и порядка. Существование этих программ, а также опыт их внедрения, наряду с опытом других стран и доказательствами, полученными в тюрьмах, в которых программы обмена игл уже внедрены, являются необходимыми кирпичиками для осуществления программ обмена игл в тех тюрьмах, где они пока не проводятся.

Рекомендация

Все страны, в которых ещё не существуют подобные программы, должны немедленно предпринять шаги с целью внедрения программ обмена игл во множестве тюрем, в случае необходимости на базе пилотных проектов.



Заключение: призыв к руководству программами обмена игл в тюрьмах

Хотя число стран, внедривших программы обмена игл в тюрьмах, относительно невелико, эти программы успешно осуществляются в различных типах тюрем. Программы обмена игл существуют в странах Западной Европы, Восточной Европы и Центральной Азии. Они действуют в пенитенциарных системах как с хорошим, так и с недостаточным финансированием. Они внедрены в гражданских и в военных пенитенциарных системах, а также в исправительных учреждениях, имеющих различные условия содержания заключённых. Эти программы действуют как в мужских, так и в женских исправительных учреждениях, в тюрьмах всех размеров и любой строгости режима. Они работают как индивидуальные пилотные проекты или представляют собой составные элементы общей тюремной стратегии. Они используют различные методы предоставления шприцев.

Хотя программы обмена шприцев в тюрьмах были осуществлены в исправительных учреждениях различного режима и при разных обстоятельствах, результаты таких программ в высшей степени согласовывались друг с другом. Было достигнуто улучшение здоровья заключённых и снижение частоты совместного использования игл. Не оправдались опасения насильственных действий, увеличения потребления наркотиков и других отрицательных последствий программы. Основываясь на доказательствах и опыте работы, представленных в этом отчёте, можно ясно заключить, что программы обмена шприцев в тюрьмах эффективно и успешно рассматривают взаимосвязанные проблемы потребления инъекционных наркотиков, ВИЧ и ВГС среди заключённых.

Однако когда речь заходит о проблеме обмена игл в тюрьмах, объективные доказательства часто отходят на задний план, уступая место политическим и идеологическим соображениям, а также апатии общества к проблемам

заключённых, персонала тюрем и пенитенциарных систем. Многие страны, в исправительных учреждениях которых отмечаются высокие уровни инфицирования ВИЧ, ВГС и потребления инъекционных наркотиков, отказываются рассматривать возможность внедрения программ обмена игл в тюрьмах, несмотря на доказательства их эффективности и безопасности. Подобное происходит даже в нескольких странах, которые уже осуществили в своих тюрьмах другие меры, направленные на профилактику ВИЧ и ВГС у потребителей инъекционных наркотиков. Тем не менее, как было представлено в этом отчёте, стратегия снижения вреда, которая не включает предоставления стерильных игл, является не только недостаточной мерой охраны здоровья населения, но и противоречит международным нормам, касающимся здоровья заключённых, а также не соответствует необходимым стандартам.

Учитывая задачи этого отчёта, среди уроков, извлечённых из исследований, проведённых для этой работы, стоят особняком два. Они заключаются в стимулировании исправительных учреждений с высокими уровнями распространения ВИЧ и ВГС среди заключённых, которые потребляют инъекционные наркотики, внедрять программы обмена игл.

Первый урок заключается в том, что программа обмена игл в тюрьмах представляет собой прагматичный и необходимый ответ на проблемы ВИЧ, ВГС и потребления инъекционных наркотиков, который продемонстрировал свою эффективность и безопасность. В некоторых тюрьмах обмен игл осуществляется уже в течение 10 лет, причём подобный подход был тщательно изучен везде, где он применялся. Пенитенциарные системы и правительства не могут больше избегать ответственности за здоровье заключённых, отвергая программу обмена игл, как что-то новое или непроверенное. Ни то, ни другое абсолютно неверно.

Второй урок заключается в том, что независимо от эффективности применения на практике инициативы по охране здоровья заключённых, связанные с ВИЧ/СПИДом, ВГС и потреблением инъекционных наркотиков в тюрьмах, всё равно остаются спорным вопросом. Решения об условиях в исправительных учреждениях или отсутствие решений по этому вопросу чаще всего не связаны с доказательствами, касающимися ухудшения здоровья заключённых, персонала тюрем и общества в целом. Для некоторых людей тюрьмы становятся основной темой их политической идеологии при полном отсутствии внимания к доказательствам эффективности методов охраны здоровья и безопасности заключённых, персонала тюрем и общества в целом. Это было продемонстрировано на примере Германии, где успешные в течение длительного времени программы обмена игл были отменены вновь избранными местными правительствами.

Эти два урока указывают на необходимость лидерства со стороны политиков, занимающих выборные должности, и администрации тюрем. Также необходимы решительные действия со стороны работников тюрем, включая охранников и медицинский персонал, а также врачей, консультирующих в тюрьмах.

В контексте программ обмена игл в тюрьмах лидерство подразумевает ряд компонентов. Во-первых, лидерство подразумевает понимание обусловленных законом обязательств пенитенциарных систем уважать, защищать и соблюдать право заключённых на здоровье. Во-вторых, лидерство подразумевает знания об опыте программ обмена игл в тюрьмах и их эффективности. Данный отчёт является всеобъемлющим ресурсом для таких знаний. В-третьих, лидерство

подразумевает желание и обязанность проводить программы обмена игл в тюрьмах в соответствии с интересами заключённых и сотрудников тюрем (включая медиков и охранников). Это означает вовлечение заключённых и сотрудников тюрем в разработку и внедрение таких программ.



Литература

Международные источники

African Charter on Human and Peoples' Rights. OAU Doc CAB/LEG/67/3 rev 5, 21 ILM 58 (1982), принята 27 июня 1981 года, вступила в силу 21 октября 1986 года.

Африканская хартия по правам человека.

Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights. OAS Treaty Series No 69 (1988), подписан 17 ноября 1988 года.

Дополнительный протокол к Американской конвенции по правам человека в области экономических, социальных прав и прав человека.

American Convention on Human Rights. OAS Treaty Series No 36, 1144 UNTS 123, вступила в силу 18 июля 1978 года.

Американская конвенция по правам человека

Basic Principles for the Treatment of Prisoners. UN GA res 45/111, annex, 45 UN GAOR Supp (No 49A) at 200, UN Doc A/45/49 (1990).

Основные принципы обращения с заключёнными, резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 45/111.

Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. UN GA res 43/173, annex, 43 UN GAOR Supp (No 49) at 298, UN Doc A/43/49 (1988).

Основные принципы защиты всех людей при любой форме задержания или тюремного заключения, резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 43/173.

Declaration of Commitment – United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. UN GA Res/S-26/2, 27 June 2001.

Декларация Обязательств – Специальная сессия Организации Объединённых Наций по проблемам ВИЧ/СПИДа

European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. ETS 5, 213 UNTS 222.

Европейская Конвенция по защите прав человека и фундаментальных свобод, вступила в силу 3 сентября 1953 года, в соответствии с поправкой по протоколам № 3, 5 и 8, которые вступили в силу 21 сентября 1970 года, 20 декабря 1971 года и 1 января 1990 года соответственно.

European Social Charter. ETS 35, 529 UNTS 89,
Европейская социальная хартия, вступила в силу 26 февраля 1965 года.

International Covenant on Civil and Political Rights. UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16) at 52, UN Doc A/6316 (1966), 999 UNTS 171,
Международное соглашение по гражданским и политическим правам, вступило в силу 23 марта 1976 года.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16) at 49, UN Doc A/6316 (1966), 993 UNTS 3,
Международное соглашение по вопросам экономических, социальных и культурных прав, вступило в силу 3 января 1976 года.

International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. UNCHR res 1997/33, UN Doc E/CN.4/1997/150 (1997).
Международные рекомендации по ВИЧ/СПИДу и правам человека.

Recommendation No R (98)7 of the Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Adopted by the Committee of Ministers on 8 April 1998 at the 627th Meeting of the Ministers' Deputies.

Рекомендация № R (98)7 Комитета министров стран-членов по поводу этических и организационных аспектов оказания медицинской помощи в тюрьмах. Принята Комитетом министров 8 апреля 1998 года на 627-й встрече заместителей министров.

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted 30 August 1955 by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. UN Doc A/CONF/611, annex I, ESC res 663C, 24 UN ESCOR Supp (No 1) at 11, UN Doc E/3048 (1957), amended ESC res 2076, 62 UN ESCOR Supp (No 1) at 35, UN Doc E/5988 (1977).

Минимальные стандартные правила обращения с заключёнными. Приняты 30 августа 1955 года Первым Конгрессом ООН по предотвращению преступлений и обращению с преступниками.

Universal Declaration of Human Rights. UN GA res 217A (III), UN Doc A/810 at 71 (1948).

Всеобщая Декларация прав человека.

Vienna Declaration and Programme of Action, adopted 25 June 1993. World Conference on Human Rights. UN GA Doc A/CONF/137/23. Венская Декларация и программа действия. Принята 25 июня 1993 года. Международная Конференция по правам человека. Вступила в силу 25 июня 1993 года.

WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons. Geneva: WHO, 1993. Руководящие принципы ВОЗ по ВИЧ инфекции и СПИДу в тюрьмах.

Книги, статьи, отчёты, резюме и т.д.

Abdala N, AA Gleghorn, JM Carney, R Heimer. Can HIV-1-contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001; 28(5): 487-494.

Ball A et al. *Multi-centre Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection: a report prepared on behalf of the international collaborative group for the World Health Organization Programme on Substance Abuse*. Geneva: World Health Organization, 1995.

Berger C, A Uchtenhagen. *Prevention of Infectious Diseases and Health Promotion in Penal Institutions: Summary of a final report for the Swiss Federal Office of Public Health*. Zurich: The Office, April 2001.

Bertschy G. Methadone maintenance treatment: an update. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1995; 245(2): 114-124.

Black S. Springhill Project Report. Ottawa: Correctional Service of Canada, 1999.

Bobrik A. *Health and health-related factors at the penal system of Russia*. January 2004 (unpublished). А. Бобрик. Здоровье и факторы, относящиеся к здоровью, в пенитенциарной системе России. Январь 2004 года (не опубликовано).

Bodrug N. A pilot project breaks down resistance. In *Harm Reduction News: Newsletter of the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute* 2002; 3(2).

Buavirat A et al. Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study. *British Medical Journal* 2003; 326(7384): 308.

Burattini M et al. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34(5): 431-436.

- Bureau of Justice Statistics Bulletin. *HIV in Prisons, 2001*. Washington: US Department of Justice, Office of Justice Programs, January 2004 (NCJ 202293).
- Byrne A, K Dolan. Methadone treatment is widely accepted in prisons in New South Wales. *British Medical Journal* 1998; 316(7146): 1744-1745.
- Calzavara LM, AN Burchell, J Schlossberg, T Myers, M Escobar, E Wallace, C Major, C Strike, M Millson. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction* 2003; 98(9): 1257-1265.
- Canada, House of Commons, Special Committee on Non-Medical Use of Drugs. *Policy for the New Millennium: Working Together to Redefine Canada's Drug Strategy*. Ottawa: House of Commons, 2002.
- Canada, House of Commons, Standing Committee on Health. *Strengthening the Canadian Strategy on HIV/AIDS*. Ottawa: House of Commons, 2003.
- Canadian Human Rights Commission. *Protecting Their Rights: A Systemic Review of Human Rights in Correctional Services for Federally Sentenced Women*. Ottawa: Canadian Human Rights Commission, December 2003.
- Carlson RG, J Wang, HA Siegal, RS Falck. A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users. *AIDS Education and Prevention* 1998; 10(6): 523-532.
- Central and Eastern Europe Harm Reduction Network. *Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Vilnius: The Network, July 2002.
- Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, and Correctional Service of Canada. *Infectious Disease Prevention and Control in Canadian Federal Penitentiaries 2000-01*. Ottawa: CSC, 2003.
- Contoreggi C, S Jones, P Simpson, WR Lange, WA Meyer. Effects of varying concentrations of bleach on in vitro HIV-1 replication and the relevance to injection drug use. *Intervirology* 2000; 43(1): 1-5.
- Correctional Service of Canada. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report of the Expert Committee on AIDS and Prisons*. Ottawa: CSC, 1994.
- Correctional Service of Canada. *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*. Ottawa: CSC, 1994.
- Correctional Service of Canada. *1995 National Inmate Survey: Final Report*. Ottawa: The Service (Correctional Research and Development), 1996, No SR-02.

- Correctional Service of Canada, Study Group on Needle Exchange Programs. *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*. Ottawa: Correctional Service of Canada, October 1999.
- Correctional Service of Canada, Commissioner's Directive 800-1. Methadone Treatment Guidelines (2 May 2002); *Policy Bulletin 127*, 2 May 2002.
- Corrections and Conditional Release Act, SC 1992, c 20; SOR/92-620.
- Dapkus L. Prison's rate of HIV frightens a nation. Associated Press 29 September 2002.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio Del Interior. *Plan Nacional Sobre Drogas: Memoria 2000*. Madrid: Ministerio Del Interior, 2001, at 54.
- DiCenso A et al. *Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2003.
- Dolan K. *The Epidemiology of Hepatitis C Infection in Prison Populations*. University of New South Wales: National Drug and Alcohol Research Centre, 1999.
- Dolan K, W Hall, A Wodak, M Gaughwin. Evidence of HIV transmission in an Australian prison. *Medical Journal of Australia* 1994; 160(11): 734.
- Dolan K et al. A network of HIV infections among Australian inmates. XI International Conference on AIDS, Vancouver, 7-11 July 1996, Abstract We.D.3655.
- Dolan K, Hall W, Wodak A. Methadone maintenance reduces injecting in prison. *British Medical Journal* 1996; 312(7039): 1162.
- Dolan KA, AD Wodak, WD Hall. A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998; 22(7): 838-840.
- Dolan K et al. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003; 98: 153-158.
- Dolan KA, J Shearer, M MacDonald, RP Mattick, W Hall, AD Wodak. A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence* 2003; 72(1): 59-65.
- Dufour A et al. HIV prevalence among inmates of a provincial prison in Quebec City. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 1995; 6(Suppl B): 31B.

- Elliott R. Prisoners' Constitutional Right to Sterile Needles and Bleach. Appendix 2 in Jürgens, R. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, 1996.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
- Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости.
- Flynn N, S Jain, EM Keddie, JR Carlson, MB Jennings, HW Haverkos, N Nassar, R Anderson, S Cohen, D Goldberg. In vitro activity of readily available household materials against HIV-1: is bleach enough? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 747-753.
- Ford P, C White, H Kaufmann et al. Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 153: 1605-1609.
- Ford PM et al. HIV and hep C seroprevalence and associated risk behaviours in a Canadian prison. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1999; 4(2/3): 52-54.
- Ford PM, M Pearson, P Sankar-Mistry, T Stevenson, D Bell, J Austin. HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *QJM* 2000; 93(2): 113-119.
- Gibson DR, NM Flynn, JJ McCarthy. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999; 13(14): 1807-1818.
- Gleghorn AA, MC Doherty, D Vlahov, DD Celentano, TS Jones. Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 767-772.
- Gore SM, AG Bird, AJ Ross. Prison rights: mandatory drugs tests and performance indicators for prisons. *British Medical Journal* 1996; 312(7043): 1411-1413.
- Goldberg D, A Taylor, J McGregor, B Davis, J Wrench, L Gruer. A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? *International Journal of STD & AIDS* 1998; 9(1): 25-30.
- Grupo De Trabajo Sobre Programas De Intercambio De Jeringuillas En Prisiones (April 2000). *Elementos Clave para la Implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas en Prisión*. Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA/Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Hagan H, H Thiede. Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiology* 2003; 14(5): 628-629; author reply on 629.

- Hammett TM. *AIDS in Correctional Facilities: Issues and Options*. 3rd ed. Washington, DC: US Department of Justice, 1988.
- Hammett TM, MP Harmon, W Rhodes. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *American Journal of Public Health* 2002; 92: 1789-1794.
- Hankins C et al. HIV-1 infection in a medium security prison for women – Quebec. Canada *Diseases Weekly Report* 1989; 15(33): 168-170.
- Hankins CA, S Gendron, MA Handley, C Richard, MT Tung, M O'Shaughnessy. HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a nonnominal methodology. *American Journal of Public Health* 1994; 84(10): 1637-1640.
- Hankins C et al. Prior risk factors for HIV infection and current risk behaviours among incarcerated men and women in medium-security correctional institutions – Montreal. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 1995; 6(Suppl B): 31B.
- Harding T. AIDS in prison. *Lancet* 1987; 2: 1260-1263.
- Harding T, Schaller G. *HIV/AIDS and Prisons: Updating and Policy Review. A survey covering 55 prison systems in 31 countries*. Geneva: WHO Global Programme on AIDS, 1992.
- Harding G, G Schaller G. HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners? In: J Mann, D Tarantola, T Netter (eds). *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992, at 761-769.
- Hartel DM, EE Schoenbaum. Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Reports* 1998; 113(Suppl 1): 107-115.
- Heilpern H, Egger S. *AIDS in Australian Prisons - Issues and Policy Options*. Canberra: Department of Community Services and Health, 1989.
- Holtgrave DR, SD Pinkerton, TS Jones, P Lurie, D Vlahov. Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 1998; 18(Suppl 1): S133-138.
- Hurley SF, DJ Jolley, JM Kaldor. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet* 1997; 349(9068): 1797-1800.
- International Council of Prison Medical Services. Oath of Athens for Prison Health Professionals. Adopted 10 September 1979, Athens. Международный Совет по медицинским услугам в тюрьмах. Афинская Клятва тюремных медиков, принята 10 сентября 1979 года в Афинах.

- International Harm Reduction Development. *Drugs, AIDS, and Harm Reduction: How to Slow the HIV Epidemic in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. New York: Open Society Institute, 2001.
- Jacobs P, P Calder, M Taylor, S Houston, LD Saunders, T Albert. Cost effectiveness of Streetworks' needle exchange program of Edmonton. *Canadian Journal of Public Health* 1999; 90(3): 168-171.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Prisons and AIDS: UNAIDS Point of View*. Geneva: UNAIDS Information Centre, April 1997. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Prisons and AIDS: UNAIDS Technical Update*. Geneva: UNAIDS, April 1997. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fifty-second session, April 1996. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). *AIDS Epidemic Update: December 2002*. Geneva: UNAIDS/WHO, 2002. Объединённая программа ООН и по ВИЧ/СПИДу ВОЗ.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Germany: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002. Объединённая программа ООН и по ВИЧ/СПИДу ВОЗ.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). *Republic of Moldova: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*. Объединённая программа ООН и по ВИЧ/СПИДу ВОЗ.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). *Spain: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002. Объединённая программа ООН и по ВИЧ/СПИДу ВОЗ.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). *Switzerland: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002. Объединённая программа ООН и по ВИЧ/СПИДу ВОЗ.
- Jose B, SR Friedman, A Neaigus, R Curtis, JP Grund, MF Goldstein, TP Ward, DC Des Jarlais. Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for

- HIV among injecting drug users. *AIDS* 1993; 7(12): 1653-1660, erratum in *AIDS* 1994; 8(1): following 4.
- Jürgens R. HIV prevention taken seriously: provision of syringes in a Swiss prison. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1994; 1(1): 1-3.
- Jürgens R. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, 1996.
- Jürgens R. HIV/AIDS in prisons: more new developments. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2002; 7(1); 15-17.
- Jürgens R. HIV/AIDS in prisons: recent developments. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2002; 7(2/3): 13-20.
- Jürgens R, MB Bijl. Risk behaviours in penal institutions. In P Bollini (ed). *HIV in Prison. A Manual for the Newly Independent States*. MSF, WHO, and Prison Reform International, 2002.
- Kapadia F, D Vlahov, DC Des Jarlais, SA Strathdee, L Ouellet, P Kerndt, EV Morse, I Williams, RS Garfein, S Richard, for the Second Collaborative Injection Drug User Study (CIDUS-II) Group. Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology* 2002; 13(6): 738-741.
- Keppler R, F Nolte, H Stöver. Transmission of infectious diseases in prisons – results of a study for women in Vechta, Lower Saxony, Germany. *Sucht* 1996; 42: 98-107.
- Krentz HB, MC Auld, MJ Gill. The changing direct costs of medical care for patients with HIV/AIDS, 1995-2001. *Canadian Medical Association Journal* 2003; 169(2): 106-110.
- Landry S et al. Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 2004; 15(Suppl A): 50A (abstract 306).
- Laufer FN. Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001; 28(3): 273-278.
- Leary V. The right to health in international human rights law. *Health and Human Rights* 1994; 1(1): 24-56.
- Lines R. *Action on HIV/AIDS in Prisons: Too Little, Too Late – A Report Card*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2002.
- Lines R. *Pros & Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV/AIDS Programs for Prisoners*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2002.

- Macalino GE, JC Hou, MS Kumar, LE Taylor, IG Sumantera, JD Rich. Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy* 2004; 15: 103-114.
- Magis-Rodriguez C et al. *Injecting drug use and HIV/AIDS in two jails of the North border of Mexico*. Abstract for the XIII International AIDS Conference, 2000.
- Malkin I. The Role of the Law of Negligence in Preventing Prisoners' Exposure to HIV While in Custody. Appendix 1 in Jürgens, R. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, 1996.
- Marcus U. HIV/AIDS und Drogenkonsum in Deutschland – Epidemiologische Entwicklungen und Erklärungen. In: J Klee; H Stöver (eds). *AIDS und Drogen – Ein Beratungsführer*. 3rd ed, 2003 (in press).
- McCoy CB, JE Rivers, HV McCoy et al. Compliance to bleach disinfection protocols among injecting drug users in Miami. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 773-776.
- Menoyo C, D Zulaica, F Parras. Needle exchange programs in prisons in Spain. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2000; 5(4): 20-21.
- Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo. *Needle Exchange in Prison: Framework Program*. Madrid: Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, October 2002.
- Muller R, K Stark, I Guggenmoos-Holzmann, D Wirth, U Bienzle. Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. *AIDS* 1995; 9(2): 183-190.
- Needle RH, S Coyle, H Cesari, R Trotter, M Clatts, S Koester, L Price, E McLellan, A Finlinson, RN Bluthenthal, T Pierce, J Johnson, TS Jones, M Williams. HIV risk behaviors associated with the injection process: multiperson use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks. *Substance Use & Misuse* 1998; 33(12): 2403-2423.
- Nelles J. The contradictory position of HIV prevention in prison: Swiss experiences. *International Journal of Drug Policy* 1997; 1: 2-4.
- Nelles J, T Harding. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* 1995; 346: 1507.
- Nelles J, A Dobler-Mikola, B Kaufmann. Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün. In: J Nelles, A Fuhrer (eds). *Harm Reduction in Prison*. Berne: Peter Lang, 1997, at 239–262.
- Nelles J, A Fuhrer, HP Hirsbrunner, TW Harding. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *British Medical Journal* 1998; 317; 270-273.

- Nelles J, A Fuhrer, HP Hirsbrunner, TW Harding. How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners? *Drug and Alcohol Review* 1999;18: 133-138.
- Nelles J, A Fuhrer, I Vincenz. *Prevention of drug use and infectious diseases in the Realta Cantonal Men's Prison: Summary of the evaluation*. Berne: University Psychiatric Services, 1999.
- Osti NM et al. Human immunodeficiency virus seroprevalence among inmates of the penitentiary complex of the region of Campinas, state of São Paulo, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 1999; 94(4): 479-483.
- Pal B, A Acharya, K Satyanarayana. Seroprevalence of HIV infection among jail inmates in Orissa. *Indian Journal of Medical Research* 1999; 109: 199-201.
- Pearson M, PS Mistry, PM Ford. Voluntary screening for hepatitis C in a Canadian federal penitentiary for men. *Canada Communicable Disease Report* 1995; 21: 134-136.
- [Сеть поддержки акций для заключённых по ВИЧ/СПИДу] Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN). *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*. Toronto: PASAN, June 1992.
- Raufu A. Nigerian prison authorities free HIV positive inmates. *AIDS Analysis Africa* 2001; 12(1): 15.
- Riley D. Drug Use in Prisons. In: Correctional Service of Canada. *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*. Ottawa: CSC, 1994.
- Rosenbaum M, A Washburn, K Knight, M Kelley, J Irwin. Treatment as harm reduction, defunding as harm maximization: the case of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs* 1996; 28(3): 241-249.
- Rothon DA, RG Mathias, MT Schechter. Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal* 1994; 151(6): 781-787.
- Sánchez Iglesias AL. Instruction 101/2002 on Criteria of Action in Connection with the Implementation in a Number of Prisons of the Needle Exchange Program (NEP) for Injecting Drug Users (IDUs). Madrid: Directorate General of Prisons, 23 August 2002.
- Sanz Sanz J, P Hernando Briongos, JA López Blanco. Syringe-exchange programmes in Spanish prisons. In *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison* 2003; 13: 9-12.

- Savischeva L. Needle exchange in Belarusian prisons: A joint UNDP-UNAIDS pilot project. In *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison*, 2003; 13: 8.
- Schonteich M. *Latvia: exploring alternatives to pre-trial detention*. Open Society Justice initiative, 2003. Находится на сайте: www.justiceinitiative.org/publications/justiceinitiatives/2003/schoenteich0603.
- Scott A, R Lines. *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual/Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 1998.
- Senay E, A Uchtenhagen. Methadone in the treatment of opioid dependence: A review of world literature. In: J Westermeyer (ed). *Methadone Maintenance in the Management of Opioid Dependence*. New York: Prager, 1990.
- Shapshak P, RK Fujimura, JB Page, D Segal, JE Rivers, J Yang, SM Shah, G G raham, L Metsch, N Weatherby, DD Chitwood, CB McCoy. HIV-1 RNA load in needles/syringes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Drug and Alcohol Dependency* 2000; 58(1-2): 153-157.
- Shah SM, P Shapshak, JE Rivers, RV Stewart, NL Weatherby, KQ Xin, JB Page, DD Chitwood, DC Mash, D Vlahov, CB McCoy. Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 1996; 11(3): 301-306.
- Shaw S. Prisoners' Rights. In: P Seighart (ed). *Human Rights in the United Kingdom*. London: Pinter Publishers, 1988, at 42.
- Simon R, E Hoch, R Hüllinghorst, G Nöcker, M David-Spickermann. *Report on the Drug Situation in Germany 2001*. German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001, at 145, with reference.
- Sibbald B. Methadone maintenance expands inside federal prisons. *Canadian Medical Association Journal* 2002; 167(10): 1154.
- Spanish Focal Point. *National Report 2001 for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Madrid: Government Delegation for the National Plan on Drugs, October 2001.
- Stöver H. Evaluation of needle exchange pilot projects show positive results. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 2000; 5(2/3): 60-64.
- Stöver H. *Drugs and HIV/AIDS Services in European Prisons*. Oldenburg, Germany: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2002, на стр. 127-128.

- Stöver H, J Nelles. Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 2003; 14(5/6) (в печати).
- Strazza L, RS Azevedo, HB Carvalho, E Massad. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2004; 37(5): 771-776.
- Subata E. Accepting maintenance treatment. *Harm Reduction News: Newsletter of the International Harm Reduction Development Programme of the Open Society Institute* 2003; 4(2): 6.
- Swiss Federal Office of Public Health. *Swiss Drugs Policy*. Berne: The Office, September 2000.
Федеральное агентство здравоохранения Швейцарии
- Swiss Federal Office of Public Health. *Swiss Drugs Policy: Harm Reduction Fact Sheet*. Berne: The Office, September 2000. Федеральное агентство здравоохранения Швейцарии
- Task Force on HIV/AIDS and Injection Drug Use. *HIV, AIDS, and Injection Drug Use: A National Action Plan*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse and Canadian Public Health Association, 1997.
Специальная комиссия по вопросам ВИЧ/СПИДа и применению инъекционных наркотиков.
- Taylor A et al. Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison. *British Medical Journal* 1995; 310: 289-292.
- US National Commission on AIDS. *Report: HIV Disease in Correctional Facilities*. Washington, DC: The Commission, 1991. Американская национальная комиссия по СПИДу.
- Whitling N. New policy on methadone maintenance treatment in prisons established in Alberta. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2003; 8(3): 45-47.



Об авторах

Рик Лайнс-Генеральный директор Ирландского фонда по реформе тюрем в Дублине. Он работал над проблемами ВИЧ/СПИДа и снижения вреда в тюрьмах с 1993 года в нескольких организациях, включая Канадскую правовую по ВИЧ/СПИДу. С ним можно связаться по ricklines@yahoo.com.

Ральф Юргенс-работал Генеральным директором Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу в Монреале до ноября 2004 года. С 1992 по 1994 г. работал координатором Экспертной комиссии по СПИДу и тюрьмам Канадской тюремной службы. В настоящее время является консультантом по вопросам ВИЧ/СПИДу, здоровья и прав человека. С ним можно связаться по info@aidslaw.ca.

Глен Беттеридж - старший аналитик Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу, в прошлом юрист в клинике ВИЧ/СПИДа в Онтарио. С ним можно связаться по gbetteridge@aidslaw.ca.

Хайно Штёвер - учёный- социолог, сотрудник Бременского института исследований в области наркотиков в Германии. С ним можно связаться по heino.stoever@uni-bremen.de.

Думитру Латицевши - сотрудничал с НГО в Молдове «Реформа здоровья в тюрьмах» с 1999 года и занимался внедрением двух программ по обмену игл в стране. С ним можно связаться по dlaticevschi@ucimp.mdl.net.

Йоахим Неллес был инициатором первой научно обоснованной программы по обмену игл в тюрьме Хильденбанк в Берне, Швейцария, и с тех пор он руководит научными проверками программ обмена игл многих тюрем Швейцарии. С ним можно связаться по joachim.nelles@solnet.ch.



Ссылки

ⁱ J. Nelles, T. Harding. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* 1995; 346: 1507.

Профилактика передачи ВИЧ в тюрьмах: история медицинского неподчинения и швейцарского прагматизма.

ⁱⁱ T.M. Hammett. *AIDS in Correctional Facilities: Issues and Options*. 3rd ed. Washington, DC: US Department of Justice, 1988, at 26. *СПИД в исправительных учреждениях: проблемы и возможности*. Изд 3. Вашингтон. Министерство юстиции США, 1988, стр. 26

ⁱⁱⁱ US National Commission on AIDS. *Report: HIV Disease in Correctional Facilities*. Washington, DC: The Commission, 1991, at 10. Национальная комиссия США по ВИЧ/СПИДу. *Отчёт: ВИЧ-инфекция в исправительных учреждениях*, Вашингтон: Комиссия 1991 года, см стр. 10

^{iv} Spanish Focal Point. *National Report 2001 for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Madrid: Government Delegation for the National Plan on Drugs, October 2001, at 84, with reference. Главная испанская тема. *Национальный отчёт 2001 года для Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости*. Мадрид: Правительственная делегация по разработке национального плана по наркотикам, октябрь 2001 года, стр. 84 со ссылкой.

^v T. Harding, G. Schaller. HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners? In: J Mann, D Tarantola, T Netter (eds). *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992, 761-769, at 762; with reference to T Harding. AIDS in prison. *Lancet* 1987; 2:1260-1263.

^{vi} H. Heilpern, S. Egger. AIDS in Australian Prisons – Issues and Policy Options. Canberra: Department of Community Services and Health, 1989 at 21. СПИД в тюрьмах Австралии – Проблемы и варианты стратегий, стр. 21.

^{vii} T. Harding, G. Schaller. HIV/AIDS and Prisons: Updating and Policy Review. A survey covering 55 prison systems in 31 countries. Geneva: WHO Global Programme on AIDS, 1992, at 20. Этот обзор анализирует 55 исправительных учреждений в 31 стране. Глобальная программа по СПИДу 1992 год, стр. 20.

^{viii} Heilpern & Egger, см выше сноску 6.

^{ix} P De, N Connor, F Bouchard, D Sutherland. HIV and hepatitis C virus testing and seropositivity rates in Canadian federal penitentiaries: A critical opportunity for care and prevention. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 2004; 15(4): 221-25.

^x R Jürgens. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 1996; S Landry et al. Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 2004; 15 (Suppl A): 50A (abstract 306).

^{xi} Hepatitis C virus transmission in the prison/inmate population. *Canadian Communicable Disease Report*. 2004; 30(16):141-8.

^{xii} Health Canada. *HIV/AIDS Epi Updates*. Ottawa: Health Canada: May 2004. Available at http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi_update_may_04/1_e.html (accessed 5 January 2005).

- ^{xiii} S. Zou, L. Forrester, A. Giulivi. Hepatitis C update. *Canadian Journal of Public Health* 2003; 94(2):127-9.
- ^{xiv} T.M. Hammett, M.P. Harmon, W. Rhodes. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *American Journal of Public Health* 2002; 92: 1789-1794.
- ^{xv} Bureau of Justice Statistics Bulletin. *HIV in Prisons, 2001*. Washington: US Department of Justice, Office of Justice Programs, January 2004 (NCJ 202293).
- ^{xvi} K. Dolan et al. *Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries, August 2004*. В этой статье приведены результаты опроса, проведённого Справочной группой ООН по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа среди ПИН в развивающихся странах и странах переходного периода. Полный текст этой статьи можно найти на сайте www.idurefgroup.org/background_papers.php.
- ^{xvii} A. Bobrik. Health and health-related factors at the penal system of Russia. January 2004 (unpublished). А.Бобрик. Здоровье и факторы, относящиеся к здоровью в Системе исправительных учреждений России. Январь 2004 года. (неопубликованные данные)
- ^{xviii} G. Roshchupkin. HIV/AIDS Prevention in Prisons in Russia. In T Lokshina, ed *Situation of Prisoners in Contemporary Russia*. Moscow: Moscow Helsinki Group, 2003 at 213; *Reversing the Epidemic*. Bratislava: UNDP, 2004 at 33. Г. Рошчупкин. Профилактика ВИЧ/СПИДа в тюрьмах России. В книге «Положение заключённых в современной России». Под редакцией Т. Локшиной. Москва: Московская Хельсинкская группа, 2003 г. стр. 213.
- ^{xix} M. Schoofs. Jailed Drug Users Are at Epicenter Of Russia's Growing AIDS Scourge. *Wall Street Journal*, 25 June 2002 at A1.
- ^{xx} Disease control in North West Russia. *Prison Healthcare News* 2003; 4: 6.
- ^{xxi} L. Levinson (Director, New Drug Policy Alliance), presentation to International Conference on Building Effective National HIV/AIDS and Drug Policy, Dushanbe, Tajikistan, November 2004. Л. Левинсон (Директор Альянса «Новая наркополитика»), доклад на Международной конференции по вопросам развития эффективной национальной политики по ВИЧ/СПИДу и наркотикам, Душанбе, Таджикистан, ноябрь 2004 года
- ^{xxii} Dolan, см выше сноску 16 на стр. 20.
- ^{xxiii} Там же.
- ^{xxiv} M. Schonteich. *Latvia: exploring alternatives to pre-trial detention*. Open Society Justice initiative, 2003. Латвия: поиски альтернатив лишения свободы до суда, Правовая Инициатива Института «Открытое общество» 2003 год
- ^{xxv} Dolan, см выше сноску 16 на стр. 19.
- ^{xxvi} Lithuania-AIDS-prison. HIV outbreak hits Lithuania prison. *Agence-France Press*, 23 May 2002; Lithuania SAacks Jail Boss After Big HIV Outbreak. *Reuters NewsMedia*, 5 June 2002; M Macdonald. *Country Report for Lithuania*. Birmingham, UK: Centre for Research into Quality, University of Central England in Birmingham, 2004 at 18-19.
- ^{xxvii} Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). *AIDS Epidemic Update: December 2002*. Geneva: UNAIDS/WHO, 2002 at 15. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу и ВОЗ. Последняя информация по эпидемии: декабрь 2002 года. Женева: ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2002 год на стр. 15
- ^{xxviii} Dolan, см выше сноску 16 на стр. 19.
- ^{xxix} Там же.
- ^{xxx} Там же.
- ^{xxxi} См E. Subata. *Difficulties encountered in post-Soviet countries in accepting the principles of substitution treatment*. Vilnius, 2000 - можно найти на сайте www.ceehrn.lt/EasyCEE/sys/files/methadone%20Difficulties%20encountered%20in%20formerSubata.doc более свежую информацию можно найти на сайте Сети снижения вреда Центральной и Восточной Европы, *ST in CEE/NIS* на www.ceehrn.org/index.php?ItemId=7920 (последние обновления были сделаны 11 января 2005 года).
- ^{xxxii} Reuters Health, 18 February 2003. Смотри этот материал от 18 января 2003 года на сайте www.kaisernet.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=16138.
- ^{xxxiii} *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1996; 2(2): 20.
- ^{xxxiv} A. Raufu. Nigerian prison authorities free HIV positive inmates. *AIDS Analysis Africa* 2001; 12(1): 15.
- ^{xxxv} UNAIDS/WHO, смотри ссылку 16 на стр. 23.
- ^{xxxvi} N.M. Osti et al. Human immunodeficiency virus seroprevalence among inmates of the penitentiary complex of the region of Campinas, state of São Paulo, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 1999; 94(4): 479-483. Also M. Burattini et al. Correlation between HIV and BCG in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison.

Revista de Saúde Pública 2000; 34(5): 431-436; L Strazza, RS Azevedo, HB Carvalho, E Massad. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2004; 37(5): 771-776.

^{xxxvii} K. Dolan et al. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003; 98: 153-158, with reference.

^{xxxviii} B. Pal, A Acharya, K Satyanarayana. Seroprevalence of HIV infection among jail inmates in Orissa. *Indian Journal of Medical Research* 1999; 109: 199-201.

^{xxxix} See generally, G.E. Macalino, J.C. Hou, M.S. Kumar, L.E. Taylor, IG Sumantera, J.D. Rich. Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy* 2004; 15: 103-114; K. Dolan. *The Epidemiology of Hepatitis C Infection in Prison Populations*. University of New South Wales: National Drug and Alcohol Research Centre, 1999, at 12, with many references.

^{xl} Macalino et al, смотри ссылку 36 на стр. 111.

^{xli} L. Garrett. Crumbled empire, shattered health: Virus spreading like wildfire. *Newsday* 2 November 1997 at A1.

^{xlii} Там же.

^{xliii} Например, см. A. Taylor et al. Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison. *British Medical Journal* 1995; 310: 289-292.

^{xliv} European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway Luxembourg*: Office for Official Publications of the European Communities, 2002, at 46. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости. *Годовой отчёт состояния проблемы наркотиков в Европейском Союзе и Норвегии*. Люксембург: Служба официальных публикаций Европейских сообществ, 2002 год, страница 46

^{xlv} Там же.

^{xlvi} Там же на 47.

^{xlvii} Correctional Service of Canada. *1995 National Inmate Survey: Final Report*. Ottawa: The Service (Correctional Research and Development), 1996, No SR-02. Канадская исправительная служба. *Национальный опрос заключённых 1995 года: Финальный отчёт*: Оттава: Служба (Исследования в области исправительных методов), 1996, № SR-02

^{xlviii} R. Jürgens. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, 1996, at 23, with notes. ВИЧ/СПИД в тюрьмах: *Заключительный отчёт*. Монреаль: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу и Канадское общество СПИДа, 1996 год, стр. 23 с замечаниями

^{xlix} Относительно влияния тестирования мочи на наркотики в тюрьмах на здоровье населения, смотрите: S.M. Gore, A.G. Bird, A.J. Ross. Prison rights: mandatory drugs tests and performance indicators for prisons. *British Medical Journal* 1996; 312(7043): 1411-1413.

ⁱ Например, смотрите следующие публикации по этому вопросу: SM Shah, P Shapshak, JE Rivers, RV Stewart, NL Weatherby, K.Q. Xin, J.B. Page, D.D. Chitwood, D.C. Mash, D. Vlahov, C.B. McCoy. Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 1996; 11(3): 301-306; P. Shapshak, R.K. Fujimura, J.B. Page, D. Segal, J.E. Rivers, J. Yang, S.M. Shah, G. Graham, L. Metsch, N. Weatherby, D.D. Chitwood, C.B. McCoy. HIV-1 RNA load in needles/syringes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Drug and Alcohol Dependency* 2000; 58(1-2): 153-157; R.H. Needle, S. Coyle, H. Cesari, R. Trotter, M. Clatts, S. Koester, L. Price, E. McLellan, A. Finlinson, R.N. Bluthenthal, T. Pierce, J. Johnson, T.S. Jones, M. Williams. HIV risk behaviors associated with the injection process: multiperson use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks. *Substance Use & Misuse* 1998; 33(12): 2403-2423; B. Jose, S.R. Friedman, A. Neaigus, R. Curtis, J.P. Grund, M.F. Goldstein, T.P. Ward, D.C. Des Jarlais. Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS* 1993; 7(12): 1653-1660, erratum in *AIDS* 1994; 8(1): following 4.

ⁱⁱ R Lines. *Pros & Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV/AIDS Programs for Prisoners*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2002, at 67. *За и против: Руководство для создания успешных программ по ВИЧ/СПИДу для заключённых по принципу аналогичных программ в открытом обществе*. Торонто: Действующая сеть поддержки заключённых в вопросах ВИЧ/СПИДа, 2002 год, стр. 67.

ⁱⁱⁱ См. ссылку 39.

ⁱⁱⁱⁱ A. Ball et al. Multi-centre Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection: a report prepared on behalf of the international collaborative group for the World Health Organization Programme on Substance Abuse. Geneva: World Health Organization, 1995. Исследование потребления наркотиков и риска ВИЧ-инфекции проведённое в нескольких центрах: отчёт подготовлен для международной группы сотрудничества по программе Всемирной организации здравоохранения по наркозависимости. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995 год.

^{liv} Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Prisons and AIDS: UNAIDS Point of View*. Geneva: UNAIDS Information Centre, April 1997, at 6. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Тюремь и СПИД: Мнение ЮНЭЙДС, апрель 1997 года, стр. 6.

^{lv} Смотри ссылку 44 на стр. 46-47.

^{lvi} Dolan, смотри ссылку 39 на стр. 6.

^{lvii} Там же, со сноской.

^{lviii} Jürgens, смотри ссылку 48, со сноской.

^{lix} A. Buavirat et al. Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study. *British Medical Journal* 2003; 326(7384): 308.

^{lx} Medecins Sans Frontières. Health Promotion Program in the Russian Prison System: Prisoner Survey 2000. Cited in: International Harm Reduction Development, supra, note 13. See also R Jürgens, MB Bijl. Risk behaviours in penal institutions. In P Bollini (ed). *HIV in Prison. A Manual for the Newly Independent States*. MSF, WHO, and Prison Reform International, 2002.

^{lxi} Там же.

^{lxii} C. Magis-Rodriguez et al. Injecting drug use and HIV/AIDS in two jails of the North border of Mexico. Abstract for the XIII International AIDS Conference, 2000. Потребление инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИД в двух тюрьмах на северной границе Мексики. Резюме для XIII Международной конференции по СПИДу, 2000 год

^{lxiii} Dolan, смотри ссылку 37 на стр. 153, со сносками.

^{lxiv} Jürgens, смотри ссылку 48 на стр. 40, со сносками.

^{lxv} K. Dolan, W. Hall, A. Wodak, M. Gaughwin. Evidence of HIV transmission in an Australian prison. *Medical Journal of Australia* 1994; 160(11): 734; K Dolan et al. A network of HIV infections among Australian inmates. XI International Conference on AIDS, Vancouver, 7-11 July 1996, Abstract We.D.3655.

^{lxvi} R. Jürgens. HIV/AIDS in prisons: recent developments. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2002; 7(2/3): 13-20, at 19, with reference to L Dapkus. Prison's rate of HIV frightens a nation. *Associated Press* 29 September 2002.

^{lxvii} 1995 National Inmate Survey, supra, note 47.

^{lxviii} C Hankins et al. Prior risk factors for HIV infection and current risk behaviours among incarcerated men and women in medium-security correctional institutions – Montreal. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 1995; 6(Suppl B): 31B. Cited in Jürgens, supra, note 48.

^{lxix} Dolan, supra, note 39.

^{lxx} R Keppler, F Nolte, H Stöver. Transmission of infectious diseases in prisons – results of a study for women in Vechta, Lower Saxony, Germany. *Sucht* 1996; 42: 98-107 at 104.

^{lxxi} R Lines. *Action on HIV/AIDS in Prisons: Too Little, Too Late – A Report Card*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2002. ВИЧ/СПИД акция в тюрьмах: Слишком мало, слишком поздно – Отчёт. Монреаль: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу.

^{lxxii} Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Prisons and AIDS: UNAIDS Technical Update* Geneva: UNAIDS, April 1997, на стр. 3. Можно найти на сайте www.unaids.org.

^{lxxiii} Vienna Declaration and Programme of Action, adopted 25 June 1993. World Conference on Human Rights. UN GA Doc A/CONF/137/23. Венская декларация и программа к действию, принята 25 июня 1993 года. Всемирная конференция по правам человека. Документ Генеральной Ассамблеи ООН A/CONF/137/23.

^{lxxiv} International Covenant on Civil and Political Rights. UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16) at 52, UN Doc A/6316 (1966), 999 UNTS 171, entered into force 23 March 1976. Международное соглашение о политических и гражданских правах, вступило в силу 23 марта 1976 года.

^{lxxv} International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16) at 49, UN Doc A/6316 (1966), 993 UNTS 3, entered into force 3 January 1976. Международное соглашение об экономических, социальных и культурных правах, вступило в силу 3 января 1976 года.

^{lxxvi} African Charter on Human and Peoples' Rights. OAU Doc CAB/LEG/67/3 rev 5, 21 ILM 58 (1982), adopted 27 June 1981, entered into force 21 October 1986. Африканская Хартия по правам человека и правам народов, принята 27 июня 1981 года, вступила в силу 21 октября 1986 года.

^{lxxvii} American Convention on Human Rights. OAS Treaty Series No 36, 1144 UNTS 123, entered into force 18 July 1978. Американская конвенция по правам человека. Соглашение Организации американских государств № 36, 1144 UNTS 123, вступила в силу 18 июля 1978 года.

^{lxxviii} Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights. OAS Treaty Series No 69 (1988), signed 17 November 1988. Дополнительный протокол к Американской конвенции по правам человека в области экономических, социальных и культурных прав. Соглашение Организации американских государств № 69 (1988), подписано 17 ноября 1988 года.

^{lxxix} [European] Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. ETS 5, 213 UNTS 222, entered into force 3 September 1953, as amended by Protocols Nos 3, 5, and 8, which entered into force on 21 September 1970, 20 December 1971, and 1 January 1990 respectively. [Европейская] конвенция по защите прав человека и фундаментальных свобод ETS 5, 213 UNTS 222, вступила в силу 3 сентября 1953 года, в соответствии с поправками по протоколам № 3, 5, и 8, которые вступили в силу 21 сентября 1970 года, 20 декабря 1971 года и 1 января 1990 соответственно.

^{lxxx} European Social Charter. ETS 35, 529 UNTS 89, entered into force 26 February 1965. Европейская социальная хартия, вступила в силу 26 февраля 1965 года.

^{lxxxi} Universal Declaration of Human Rights. UN GA res 217A (III), UN Doc A/810 at 71 (1948). Всеобщая декларация прав человека, Резолюция Ген. Асс. ООН 217 (III), документ ООН A/810, см. стр. 71 (1948 год).

^{lxxxii} В соответствии с общепринятыми принципами международных законов, стандарты и нормы содержащиеся в декларациях, признаны среди содружества наций как обязательные к выполнению законы. Вопрос в том, что то, что включено в общепризнанные международные законы является вопросом факта понимания и применения этих принципов. Обычно международные законы становятся обязательными к выполнению для всех стран, когда достаточное число стран начинают вести себя в соответствии с ними, и в этом случае не требуется, чтобы эти законы были приняты.

^{lxxxiii} В общем и целом, смотрите Jürgens, выше, ссылка 48 на стр. 85-86. В особенности, принцип 5 Основных принципов ООН по лечению заключённых утверждает, что «исключая те права, соблюдение которых невозможно в связи с фактом заключения в тюрьму, за всеми заключёнными должны быть сохранены права человека и фундаментальные свободы, которые отражены во *Всеобщей Декларации прав человека* в *Международном соглашении по экономическим, социальным и культурным правам*, и в *Международном соглашении по гражданским и политическим правам* ... как и другие права, о которых говорится в других соглашениях Организации Объединённых Наций." Принято Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 45/111, приложение 45 UN GAOR Supp (No 49A) на стр. 200, UN Doc A/45/49 (1990 год).

^{lxxxiv} S. Shaw. Prisoners' Rights. In: P Seighart (ed). *Human Rights in the United Kingdom* London: Pinter Publishers, 1988, на стр. 42.

^{lxxxv} Основные принципы, см. выше, ссылка 83.

^{lxxxvi} Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. UN GA res 43/173, annex, 43 UN GAOR Supp (No 49) at 298, UN Doc A/43/49 (1988). Свод принципов по защите всех людей, подвергнутых любой форме задержания или заключения. Рез. Ген. Ассамблеи ООН 43/173 (1988 год).

^{lxxxvii} Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted 30 August 1955 by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. UN Doc A/CONF/611, annex I, ESC res 663C, 24 UN ESCOR Supp (No 1) at 11, UN Doc E/3048 (1957), amended ESC res 2076, 62 UN ESCOR Supp (No 1) at 35, UN Doc E/5988 (1977). Минимальные стандартные правила по обращению с заключёнными. Приняты 30 августа 1955 года Первым национальным конгрессом по предотвращению преступности и обращению с нарушителями закона. См. выше документы ООН.

^{lxxxviii} Recommendation No R (98)7 of the Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Adopted by the Committee of Ministers on 8 April 1998 at the 627th Meeting of the Ministers' Deputies [hereinafter Council of Europe Recommendation No R 98(7)].

^{lxxxix} WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons. Geneva: WHO, 1993 [hereinafter WHO Guidelines]. Рекомендации ВОЗ по вопросам ВИЧ СПИДа в тюрьмах. Женева: ВОЗ, 1993 год [здесь и далее – Рекомендации ВОЗ].

^{xc} Declaration of Commitment – United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. UN GA Res/S-26/2, 27 June 2001 [hereinafter UNGASS Declaration]. Декларация Обязательств – Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа. Резолюция ГА ООН/S-26/2, 27 ноября 2001 года [здесь и далее – Декларация ЮНГАСС].

^{xci} International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. UNCHR res 1997/33, UN Doc E/CN.4/1997/150 (1997). Международные рекомендации по ВИЧ/СПИДу и правам человека, Комиссия ООН по правам человека Резолюция 1977/33, Документ ООН E/CN.4/1997/150 (1997).

^{xcii} Рекомендации ВОЗ, см. выше, ссылка 89 в параграфе 4.

^{xciii} Декларация ЮНГАСС, см. выше, ссылка 90 в параграфе 58.

^{xciv} Там же в парагр. 62, 64.

- ^{xcv} См. например, Universal Declaration of Human Rights, supra, note 81 at Art 25; International Covenant on Social, Economic and Cultural Rights, supra, note 75 at Art 12; European Social Charter, supra, note 80 at Art 11; African Charter on Human and Peoples' Rights, см выше, ссылка 76 в парагр. 16.
- ^{xcvi} Constitution of the World Health Organization. In: *Basic Documents*, 39th ed. Geneva: WHO, 1992. See generally: V Leary. The right to health in international human rights law. *Health and Human Rights* 1994; 1(1): 24-56.
- ^{xcvii} Basic Principles, см. выше, ссылка 83.
- ^{xcviii} Charter of Fundamental Rights of the European Union, Art 35.
- ^{xcix} Council of Europe Recommendation No R 98(7), см. выше, ссылка 88.
- ^c WHO Guidelines, см. выше, ссылка 89 руководства к действию 1, 2, 4.
- ^{ci} H. Stöver. *Drugs and HIV/AIDS Services in European Prisons*. Oldenburg, Germany: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2002, at 127-128.
- ^{cii} WHO Guidelines, см. выше, ссылка 89 на стр. 4.
- ^{ciii} Там же.
- ^{civ} Там же на стр. 6.
- ^{cv} Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fifty-second session, April 1996.
- ^{cvi} International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, см выше, ссылка 91 в параграфах 2, 15(d).
- ^{cvi} International Council of Prison Medical Services. Oath of Athens for Prison Health Professionals. Adopted 10 September 1979, Athens. Международный Совет по медицинскому обслуживанию в тюрьмах. Афинская Клятва для медицинских работников тюрем, принята 10 сентября 1979 года в Афинах.
- ^{cviii} See Jürgens, см выше, ссылка 48 на стр. 81-88.
- ^{cix} Там же.
- ^{cx} S.F. Hurley, D.J. Jolley, J.M. Kaldor. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet* 1997; 349(9068): 1797-1800.
- ^{cx} D.R. Holtgrave, S.D. Pinkerton, T.S. Jones, P. Lurie, D. Vlahov. Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 1998; 18(Suppl 1): S133-138.
- ^{cxi} Australian National Council on Drugs, Australian National Council of AIDS and Hepatitis Related Diseases. National Council backs investment on needle programs. Media release dated 22 October 2002, Australian National Council on Drugs. Национальный Совет Австралии по наркотикам, Национальный Совет Австралии по СПИДу и гепатиту. Национальный совет поддерживает финансирование программ обмена игл. Сообщение для СМИ от 22 октября 2002 года, Национальный Совет по наркотикам Австралии.
- ^{cxiii} Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Switzerland: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу и Всемирная Организация Здравоохранения (ЮНЭЙДС/ВОЗ). Швейцария: Эпидемиологические данные по ВИЧ/СПИДу и болезням передаваемым половым путём – обновлённые данные 2002 года. Женева: ЮНЭЙДС/ВОЗ Рабочая Группа по глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, 2002 год.
- ^{cxiv} Swiss Federal Office of Public Health. *Swiss Drugs Policy* Berne: The Office, September 2000, на стр. 8-11.
- ^{cxv} C. Berger, A. Uchtenhagen. Prevention of Infectious Diseases and Health Promotion in Penal Institutions: Summary of a final report for the Swiss Federal Office of Public Health. Zurich: The Office, April 2001, на стр 1.
- ^{cxvi} J. Nelles, A. Fuhrer, H.P. Hirsbrunner, T.W. Harding. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *British Medical Journal* 1998; 317; 270-273.
- ^{cxvii} J. Nelles, A. Fuhrer, I. Vincenz. Prevention of drug use and infectious diseases in the Realta Cantonal Men's Prison: Summary of the evaluation. Berne: University Psychiatric Services, 1999.
- ^{cxviii} J. Nelles. The contradictory position of HIV prevention in prison: Swiss experiences. *International Journal of Drug Policy* 1997; 1: 2-4.
- ^{cxix} Swiss Federal Office of Public Health. *Swiss Drugs Policy: Harm Reduction Fact Sheet*. Berne: The Office, September 2000.
- ^{cxix} Описано в. Nelles & Harding, см. выше, ссылка 1

- ^{cxix} J. Nelles, A. Dobler-Mikola, B. Kaufmann. Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün. In: J. Nelles, A. Fuhrer (eds). *Harm Reduction in Prison*. Berne: Peter Lang, 1997, at 239–262. Cited in Dolan et al, см выше, ссылка 37.
- ^{cxixii} Personal communication with P. Fäh, Warden of Oberschöngrün, on 1 March 1996. Cited in R. Jürgens. Needle exchange in prisons: an overview. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1996; 2(4): 1, 40–42.
- ^{cxixiii} Description of the Hindelbank program is amalgamated from two sources. R. Jürgens. HIV prevention taken seriously: provision of syringes in a Swiss prison. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1994; 1(1): 1–3; Nelles et al, см выше, ссылка 116.
- ^{cxixiv} Stöver, см выше, ссылка 101 на стр. 135–136.
- ^{cxixv} Information on the Hindelbank evaluation is taken from Nelles et al, см выше, ссылка 116; Dolan et al, см выше, ссылка 37.
- ^{cxixvi} D. DeSantis, Hindelbank Institution, 2 June 2003. Interview with Rick Lines.
- ^{cxixvii} J. Nelles, A. Fuhrer, HP Hirsbrunner, TW Harding. How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners? *Drug and Alcohol Review* 1999;18: 133–138.
- ^{cxixviii} Nelles et al, см выше, ссылка 117.
- ^{cxixix} Nelles et al, см выше, ссылка 121.
- ^{cxixxx} Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Germany: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу и Всемирная Организация Здравоохранения (ЮНЭЙДС/ВОЗ). Германия: Эпидемиологические данные по ВИЧ/СПИДу и болезням, передаваемым половым путём – обновлённые данные 2002 года. Женева: ЮНЭЙДС/ВОЗ Рабочая Группа по глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, 2002 год.
- ^{cxixxxi} U. Marcus. HIV/AIDS und Drogenkonsum in Deutschland – Epidemiologische Entwicklungen und Erklärungen. In: J. Klee; H. Stöver (eds). *AIDS und Drogen – Ein Beratungsführer*. 3rd edition, 2003 (в печати).
- ^{cxixxxii} R. Simon, E. Hoch, R. Hüllinghorst, G. Nöcker, M. David-Spickermann. *Report on the Drug Situation in Germany 2001*. German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001, на стр. 145, со ссылкой.
- ^{cxixxxiii} R. Muller, K. Stark, I. Guggenmoos-Holzmann, D. Wirth, U. Bienzle. Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. *AIDS* 1995; 9(2): 183–190.
- ^{cxixxxiv} A. Thiel. Hepatitis C in prison – the underestimated problem. Conference presentation at 7th International Conference on Hepatitis C, Edinburgh, June 12–13, 2003.
- ^{cxixxxv} Simon et al, см выше, ссылка 132.
- ^{cxixxxvi} European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, supra, note 44 at 50. See also Keppler et al, см выше, ссылка 70.
- ^{cxixxxvii} Other drugs used in substitution therapy include levomethadone, buprenorphine, dihydrocodeine, and codeine. Частная переписка с Heino Stöver.
- ^{cxixxxviii} Частная переписка с Heino Stöver, от 8 сентября 2004 года.
- ^{cxixxxix} Вся информация о проектах обмена игл в тюрьмах Германии взята у Stöver, см выше, ссылка 101 на стр. 128–131.
- ^{cxl} Вся информация о проектах обмена игл в тюрьмах Германии взята у Stöver, см выше, ссылка 101 на стр. 128–131, в противном случае будет указан другой источник.
- ^{cxli} H. Stöver, J. Nelles. Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 2003; 14(5/6) (в печати).
- ^{cxlii} J. Sanz Sanz, P. Hernando Briongos, J.A. López Blanco. Syringes Exchange Programs in Spanish Prisons. Presentation at the conference of the European Network of Drug Services in Prison, Rome, 22–24 May 2003; and J. Sanz Sanz. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio Del Interior. Private correspondence dated 20 April 2004.
- ^{cxliiii} Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Spain: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002 at 2. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу и Всемирная Организация Здравоохранения (ЮНЭЙДС/ВОЗ). Испания: Эпидемиологические данные по ВИЧ/СПИДу и болезням

передаваемым половым путём – обновлённые данные 2002 года. Женева: ЮНЭЙДС/ВОЗ Рабочая Группа по глобально й эпидемии ВИЧ/СПИДа, 2002 год.

^{cxliv} Spanish Focal Point, см. выше, ссылка 4 на стр. 75.

^{cxlv} Там же на стр. 25.

^{cxlvi} Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio Del Interior. *Plan Nacional Sobre Drogas: Memoria 2000*. Madrid: Ministerio Del Interior, 2001, на стр. 54.

^{cxlvii} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo. *Needle Exchange in Prison: Framework Program*. Madrid: Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, October 2002, на стр. 4.

^{cxlviii} Там же

^{cxlix} Sanz Sanz et al, см выше, ссылка 142.

^{cl} Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, см. выше, ссылка 146 на стр. 53.

^{cli} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см. выше, ссылка 147 на стр. 4.

^{clii} Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, см. выше, ссылка 146 на стр. 55.

^{cliii} Spanish Focal Point, см. выше, ссылка 4 на стр. 75.

^{cliv} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см выше, ссылка 147 на стр. 4.

^{clv} Sanz Sanz et al, см. выше, ссылка 142.

^{clvi} Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, см выше, ссылка 146 на стр. 53.

^{clvii} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см. выше, ссылка 147 на стр. 4.

^{clviii} Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, см. выше, ссылка 146 на стр. 53.

^{clix} Sanz Sanz et al, см. выше, ссылка 142.

^{clx} Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, см. выше, ссылка 146 на стр. 55.

^{clxi} Там же на стр. 58. Перевод с документа, в оригинале на испанском языке.

^{clxii} Spanish Focal Point, см выше, ссылка 4 на стр. 75-76.

^{clxiii} AL Sánchez Iglesias. Instruction 101/2002 on Criteria of Action in Connection with the Implementation in a Number of Prisons of the Needle Exchange Program (NEP) for Injecting Drug Users (IDUs). Madrid: Directorate General for Prisons, 23 August 2002, at 7. Reprinted in Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см выше, ссылка 156.

^{clxiv} Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, см выше, ссылка 146 на стр.58.

^{clxv} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см выше, ссылка 147 на стр. 6.

^{clxvi} Там же

^{clxvii} Информация по пилотному проекту взята из C Menoyo, D Zulaica, F Parras. 2000. Needle exchange programs in prisons in Spain. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2000; 5(4): 20-21.

^{clxviii} Dolan et al, см выше, ссылка 37 на стр. 157.

^{clxix} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см выше, ссылка 147 на стр. 6.

^{clxx} Grupo De Trabajo Sobre Programas De Intercambio De Jeringuillas En Prisiones (April 2000). *Elementos Clave para la Implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas en Prisión*. Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA/Dirección General de Instituciones Penitenciarias, на стр. 2. Оригинальный перевод с испанского.

^{clxxi} Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, см выше, ссылка 146 на стр. 58.

^{clxxii} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см выше, ссылка 147 на стр. 5.

^{clxxiii} Там же на стр. 6.

^{clxxiv} Там же на стр. 6-7.

^{clxxv} Sanz Sanz et al, см выше, ссылка 142.

- ^{cbxxvi} J. Sanz Sanz, P. Hernando Briongos, J.A. López Blanco. Syringe-exchange programmes in Spanish prisons. In *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison* 2003; 13: 9-12.
- ^{cbxxvii} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см выше, ссылка 147 на стр. 11.
- ^{cbxxviii} Там же на стр. 16-17.
- ^{cbxxix} Там же на стр. 11.
- ^{cbxxx} Там же на стр. 14.
- ^{cbxxxi} *Recomendaciones sobre los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)*. Obtained from the Prisión Soto de Real, Madrid. Copy on file.
- ^{cbxxxii} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см выше, ссылка 147 на стр. 10.
- ^{cbxxxiii} Там же
- ^{cbxxxiv} Там же на стр. 12.
- ^{cbxxxv} Information on the Bilbao evaluation is summarized from Menoyo et al, см выше, ссылка 167.
- ^{cbxxxvi} Spanish Focal Point, см выше, ссылка 4 на стр. 60.
- ^{cbxxxvii} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см выше, ссылка 147 на стр. 5.
- ^{cbxxxviii} Sanz Sanz et al, см выше, ссылка 176. Представители тюремной службы Испании и Национальной программы по наркотикам, опрошенные при подготовке этого отчёта, также подтвердили, что не было ни одного случая использования шприцев в качестве оружия.
- ^{cbxxxix} Sanz Sanz, см выше, ссылка 142.
- ^{cxc} L Pintelli, Presentation at WHO European Network on Health in Prisons Meeting , 2004.
- ^{cxcI} Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Republic of Moldova: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update at 2, 6. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу и Всемирная организация здравоохранения (ЮНЭЙДС/ВОЗ). Республика Молдова: Эпидемиологические данные по ВИЧ/СПИДу и болезням передаваемым половым путём – Обновлённые данные 2002 года на стр. 2, 6.
- ^{cxcii} Данные предоставлены организацией “Реформа здоровья в тюрьмах,” ноябрь 2002 года.
- ^{cxciii} В Молдове всего 20 тюрем, в которых содержатся приблизительно 10 500 заключённых.
- ^{cxciv} Данные предоставлены организацией “Реформа здоровья в тюрьмах,” ноябрь 2002 года.
- ^{cxcv} Цифры в этой колонке представляют известные случаи ВИЧ/СПИДа, обнаруженные в любое время в течение календарного года. Число случаев ВИЧ/СПИДа в течение года не обязательно постоянно, учитывая изменения тюремной демографии, включая смертные случаи.
- ^{cxcvi} Для получения дополнительной информации об Институте Открытое общество и его Международной программ развития снижения вреда смотрите www.soros.org/initiatives/ihrd.
- ^{cxcvii} Данные предоставлены организацией “Реформа здоровья в тюрьмах,” ноябрь 2002 года.
- ^{cxcviii} Большая часть информации по поводу двух проектов в Молдове получена из докладов Ларисы Пинтелли и Николае Бодруга из организации “Реформа здоровья в тюрьмах.” Международная конференция по развитию снижения вреда в тюрьмах для грантополучателей из тюрем, Кишинёв, Молдова, май 2002 года. [International Harm Reduction Development Prison Grantees Conference, Chisinau, Moldova, May 2002.]
- ^{cxcix} N. Bodrug. A pilot project breaks down resistance. In *Harm Reduction News: Newsletter of the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute* 2002; 3(2).
- ^{cc} Dr. Larisa Pintelli of Health Reform in Prisons, Moldova, частная переписка от 13 мая 2003 года.
- ^{cci} Dr. Larisa Pintelli of Health Reform in Prisons, Moldova. Доклад на конференции в ноябре 2002 года, а также частная переписка, от 13 мая 2003 года.
- ^{ccii} Dr. Larisa Pintelli of Health Reform in Prisons, частная переписка от 19 мая 2002 года.
- ^{cciii} Pintelli, частная переписка, см выше, ссылка 200.
- ^{cciv} Pintelli, частная переписка, см выше, ссылка 202.

- ^{ccv} Bodrug, см выше, ссылка 199 на стр. 11.
- ^{ccvi} Там же на стр. 11.
- ^{ccvii} Там же
- ^{ccviii} Там же
- ^{ccix} Pintelli, частная переписка, см выше, ссылка 200.
- ^{ccx} Larisa Pintelli, см выше, ссылка 190.
- ^{ccxi} Вся информация по ВИЧ/СПИДу, инъекционному потреблению наркотиков и снижению вреда в тюрьмах Кыргызстана, а также по пилотной программе обмена игл, была предоставлена Раушан Абдилдаевой и Эльвирой Мураталиевой из Института Открытого общества, за исключением тех случаев, когда указаны другие источники.
- ^{ccxii} E. Subata. Accepting maintenance treatment. *Harm Reduction News: Newsletter of the International Harm Reduction Development Programme of the Open Society Institute* 2003; 4(2): 6.
- ^{ccxiii} *AIDS Epidemic Update*, см выше, ссылка 27 на стр. 14.
- ^{ccxiv} Цифры приведены делегацией Кыргызстана на Рабочем заседании грантополучателей по работе в тюрьмах, Международная конференция по снижению вреда, Кишинёв, Молдова, ноябрь 2003 года.
- ^{ccxv} Раушан Абдилдаева, частная переписка, май 2003 года.
- ^{ccxvi} Эльвира Меуаталиева, Институт Открытого общества, Кыргызстан, частная переписка датированная 9 апреля 2004 года.
- ^{ccxvii} Там же.
- ^{ccxviii} Dr. Larisa Savishcheva. Project "Prevention of HIV in Penitentiary Institutions in the Republic of Belarus." Presentation at the International Harm Reduction Development Conference, Warsaw, Poland, 8 September 2003. Лариса Савишева. Проект "Профилактика ВИЧ в местах заключения в Республике Беларусь." Доклад на Международной Конференции по разработке снижения вреда, Варшава, Польша, 8 сентября 2003 года.
- ^{ccxix} Данные взяты из доклада Наталии Каржаевой на конференции по эффективной защите здоровья в СНГ - "Употребление наркотиков и программы снижения вреда в Беларуси," Тбилиси, Грузия, 18 сентября 2003 года.
- ^{ccxx} Лариса Савишева, Руководитель проекта в Беларуси, частная переписка, сентябрь 2003 года.
- ^{ccxxi} L. Savischeva. Needle exchange in Belarussian prisons: A joint UNDP-UNAIDS pilot project. In *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison* 2003; 13: 8.
- ^{ccxxii} Там же.
- ^{ccxxiii} Лариса Савишева, Руководитель проекта в Беларуси, частная переписка от 30 сентября 2003 года.
- ^{ccxxiv} Там же
- ^{ccxxv} Лариса Савишева, Руководитель проекта в Беларуси, частная переписка от 8 апреля 2004 года.
- ^{ccxxvi} Savischeva, см. выше, ссылка 223.
- ^{ccxxvii} Stöver & Nelles, см. выше, ссылка 142.
- ^{ccxxviii} W. Headrick. Report on the Needle Exchange Program in Switzerland Prisons, 9 April 1999. Copy on file.
- ^{ccxxix} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см. выше, ссылка 147 на стр. 16.
- ^{ccxxx} Stöver & Nelles, см. выше, ссылка 141 на стр. 15.
- ^{ccxxxi} Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см. выше, ссылка 147 на стр. 5.
- ^{ccxxxii} Указано у D. Riley. Drug Use in Prisons. In: Correctional Service of Canada. *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*. Ottawa: CSC, 1994, на стр. 156.
- ^{ccxxxiii} M. Lachat. Account of a pilot project for HIV prevention in the Hindelbank Penitentiaries for Women – Press conference, 16 May 1994. Berne: Information and Public Relations Bureau of the Canton.
- ^{ccxxxiv} Stöver & Nelles, см. выше, ссылка 141 на стр. 15.
- ^{ccxxxv} DeSantis, см. выше, ссылка 126.

- ccxxxvi H. Stutz, U. Weibel. Obershöngrün Institution, 4 June 2003. Интервью с Риком Лайнесом.
- ccxxxvii Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, см. выше, ссылка 147 на стр. 11.
- ccxxxviii Там же стр. 14.
- ccxxxix Этот анализ адаптирован и расширен по материалам, найденным у Stöver & Nelles, см. выше, ссылка 141 на стр. 14.
- ccxi UNAIDS, *Prisons and AIDS: UNAIDS Technical Update*, см. выше, ссылка 72, на стр. 6.
- ccxii N. Abdala, A.A. Gleghorn, J.M. Carney, R. Heimer. Can HIV-1-contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001; 28(5): 487-494.
- ccxiii H. Hagan, H. Thiede. Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiology* 2003; 14(5): 628-629; ответ автора на стр. 629.
- ccxiii C.B. McCoy, J.E. Rivers, H.V. McCoy et al. Compliance to bleach disinfection protocols among injecting drug users in Miami. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 773-776.
- ccxiv See R.G. Carlson, J. Wang, H.A. Siegal, R.S. Falck. A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users. *AIDS Education and Prevention* 1998; 10(6): 523-532; McCoy et al, supra, note 267; AA Gleghorn, MC Doherty, D Vlahov, DD Celentano, TS Jones. Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 767-772.
- ccxiv K.A. Dolan, A.D. Wodak, W.D. Hall. A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998; 22(7): 838-840.
- ccxvi В шприце, стерилизованном хлорсодержащим раствором, следы хлора весьма вероятно останутся даже после промывки водой. Хлорсодержащий раствор содержит свободный хлор, хорошо известный окислитель, и в лабораторных испытаниях in vitro показано, что низкие концентрации окислителей могут приводить как к воспалению тканей, так и к репликации ВИЧ-1. Таким образом, хотя статистически и не доказано, "гипотетически, эффекты окислителя следов хлорсодержащего раствора в стерилизованных им шприцах могут усилить возможность заражения ВИЧ-1, оставшемся в загрязнённом шприце." C. Contoreggi, S. Jones, P. Simpson, W.R. Lange, W.A. Meyer. Effects of varying concentrations of bleach on in vitro HIV-1 replication and the relevance to injection drug use. *Intervirology* 2000; 43(1): 1-5.
- ccxvii F. Kapadia, D. Vlahov, D.C. Des Jarlais, S.A. Strathdee, L. Ouellet, P. Kerndt, E.V. Morse, I. Williams, R.S. Garfein, S. Richard, for the Second Collaborative Injection Drug User Study (CIDUS-II) Group. Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology* 2002; 13(6): 738-741. See also N. Flynn, S. Jain, E.M. Keddie, J.R. Carlson, M.B. Jennings, H.W. Haverkos, N. Nassar, R. Anderson, S. Cohen, D. Goldberg. In vitro activity of readily available household materials against HIV-1: is bleach enough? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 747-753.
- ccxviii E. Senay, A. Uchtenhagen. Methadone in the treatment of opioid dependence: A review of world literature. In: J. Westermeyer (ed). *Methadone Maintenance in the Management of Opioid Dependence*. New York: Prager, 1990.
- ccxlix G. Bertschy. Methadone maintenance treatment: an update. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1995; 245(2): 114-124; M Rosenbaum, A Washburn, K Knight, M Kelley, J Irwin. Treatment as harm reduction, defunding as harm maximization: the case of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs* 1996; 28(3): 241-249.
- cccl D.R. Gibson, N.M. Flynn, J.J. McCarthy. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999; 13(14): 1807-1818; DM Hartel, EE Schoenbaum. Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Reports* 1998; 113(Suppl 1): 107-115; K.A. Dolan, J. Shearer, M. MacDonald, R.P. Mattick, W. Hall, A.D. Wodak. A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence* 2003; 72(1): 59-65.
- cccli A. Byrne, K. Dolan. Methadone treatment is widely accepted in prisons in New South Wales. *British Medical Journal* 1998; 316(7146): 1744-1745; D. Goldberg, A. Taylor, J. McGregor, B. Davis, J. Wrench, L. Gruer. A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? *International Journal of STD & AIDS* 1998; 9(1): 25-30.
- ccclii K. Dolan, Hall W, Wodak A: Methadone maintenance reduces injecting in prison. *British Medical Journal* 1996; 312(7039): 1162.
- cccliii Там же.
- cccliv B. Sibbald. Methadone maintenance expands inside federal prisons. *Canadian Medical Association Journal* 2002; 167(10): 1154.
- ccclv См. анализ обмена игл в испанских тюрьмах, выше.
- ccclvi Dolan et al, см. выше, ссылка 37.

^{cclvii} Australian National Council on Drugs, см. выше, ссылка 112.

^{cclviii} Holtgrave et al, см. выше, ссылка 111.

^{cclix} FN Laufer. Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001; 28(3): 273-278.

^{cclx} HB Krentz, MC Auld, MJ Gill. The changing direct costs of medical care for patients with HIV/AIDS, 1995-2001. *Canadian Medical Association Journal* 2003; 169(2): 106-110.

^{cclxi} Личная переписка с Хайно Штёвером.