

## CZWARTE EUROPEJSKIE SEMINARIUM NA TEMAT HIV I WIRUSOWEGO ZAPALENIA WATROBY WSRÓD WIĘZNIÓW ZAKŁADÓW KARNYCH Lizbona, marzec 2001 r.

**Bogusława Bukowska<sup>1</sup>, Janusz Sierosławski<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w Warszawie

<sup>2</sup>Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

W dniach 16–17 marca br. w Lizbonie odbyło się Czwarte Europejskie Seminarium na temat problematyki zakażeń HIV, HBV i HCV w placówkach penitencjarnych. Organizatorami Seminarium były Ministerstwo Sprawiedliwości Portugalii, Portugalska Narodowa Komisja Przeciwdziałania AIDS oraz Niemiecki Lekarski Instytut Naukowy z Bonn. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele większości krajów Zachodniej Europy, wschodnią i centralną część kontynentu reprezentowały tylko Polska i Słowenia. Na Seminarium obecni byli także przedstawiciele Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) z siedzibą w Lizbonie oraz Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia z Kopenhagi.

Problematyka sesji plenarnych obejmowała następujące kwestie:

- rozpowszechnienie używania narkotyków w więzieniach,
- epidemiologia chorób zakaźnych (HIV, WZW typu B, C, gruźlica) w populacji więźniów,
- programy profilaktyczne i minimalizacji szkód zdrowotnych realizowane w europejskich więzieniach,
- metodologia badań populacji więziennych na temat problemów zdrowotnych.

Część warsztatowa była równie urozmaicona i obejmowała następujące grupy tematyczne:

- promocja zdrowia i programy profilaktyczne w populacji więźniów,
- leczenie osób uzależnionych od narkotyków w warunkach izolacji więziennej,
- programy przygotowujące więźniów do opuszczenia zakładu karnego,
- zapobieganie i leczenie chorób zakaźnych (HIV, WZW typu B, C, gruźlica) w populacji więźniów.

Spośród wykładów prezentowanych na sesji plenarnej szczególnie interesujące było wystąpienie M. Rotily z Francji (Europejska Sieć Zapobiegania AIDS i WZW), pod

znamiennym tytułem „Epidemiologia chorób zakaźnych w europejskich więzieniach. Zapomniane wyzwanie?”. M. Rotily zwrócił uwagę na szereg niepokojących paradoksów dotyczących badań epidemiologicznych nad chorobami zakaźnymi w skali ogólnokrajowej. Badania takie prowadzone są najczęściej z pominięciem grup szczególnie narażonych na wystąpienie chorób zakaźnych np.: więźniów czy imigrantów. M. Rotily podkreślił w swoim wystąpieniu, że populacja więźniów jest podatna na choroby zakaźne z kilku powodów: ze względu na niski poziom edukacji i słaby dostęp do opieki zdrowotnej, a także wysoki poziom rozpowszechnienia ryzykownych zachowań, podejmowanych zarówno w więzieniu jak i poza nim.

Autor sformułował kilka rekomendacji w zakresie prowadzenia badań nad epidemiologią chorób zakaźnych. Wśród nich najważniejsze, to objęcie badaniami: więźniów, osób używających narkotyków, emigrantów oraz tzw. grup zmarginalizowanych. Ponadto badania powinny odpowiadać na pytania o mechanizmy zachowań ryzykownych oraz właściwych strategii profilaktycznych.

Autor zwrócił też uwagę, że prowadzenie badań w zakładach karnych wiąże się z metodologicznymi trudnościami wynikającymi ze specyfiki miejsca. W zakładzie karnym trudniej jest przełamać nieufność respondentów i uzyskać wiarygodne dane. Dotyczy to szczególnie badania zachowań ryzykownych, które zwykle wiążą się z łamaniem prawa lub przynajmniej regulaminów więziennych. W warunkach systemu penitencjarnego trudniej też zapewnić anonimowość badanym. Należy więc dołożyć wszelkich starań, aby wspierać badaczy w pokonaniu tych barier. Pomocna w tym może być współpraca między administracją więzienną a systemem ochrony zdrowia.

Równie interesujące było wystąpienie przedstawiciela Europejskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii – P. P. Merino na temat „Rozpowszechnienie używania narkotyków w europejskich więzieniach”. Jak wynikało z przedstawionych materiałów, w większości państw Unii Europejskiej rzadko prowadzone są badania w ogólnej populacji więźniów na temat używania narkotyków. Najczęściej dane pochodzą z badań lokalnych, które pokazują, że pomimo iż wśród osadzonych występują wysokie wskaźniki używania narkotyków, w niektórych przypadkach aż 90 %, to liczba osób problemowo używających narkotyków jest niższa i waha się od 20 % do 50 % ogólnej populacji więźniów. Analiza danych wskazuje, że o ile od połowy lat 80. w umiarkowanym stopniu rosła liczba osób skazanych za przestępstwa związane z narkotykami, to od 1994 r. tendencja ta uległa wyraźnemu nasileniu.

Informacje gromadzone przez Europejskie Centrum pozwalają stwierdzić, że rozwiązania prawne przyjęte we wszystkich krajach członkowskich Unii umożliwiają osobom używającym narkotyków podjęcie leczenia jako alternatywy dla kary pozbawienia wolności. Ponadto zwrócono uwagę, że przeludnienie występujące w więzieniach wielu krajów Unii może stanowić istotną przeszkodę we wprowadzaniu programów wsparcia dla więźniów używających narkotyków. Podkreślono także, że nie we wszystkich krajach Unii istnieją korzystne ramy prawne do wprowadzania w zakładach karnych programów leczenia substytucyjnego oraz innych działań z obszaru minimalizacji szkód zdrowotnych.

Wystąpienie przedstawiciela Bawarii – H. H. Mosera na temat „Zapobieganie zakażeniom HIV i WZW w zakładach karnych w Bawarii” wywołało ożywioną dyskusję. Obowiązujące w Bawarii rozwiązania prawne zakładają „zero tolerancji” dla używania narkotyków. Zasada ta dotyczy także bawarskich więzień. Wyraża się ona między innymi w restrykcyjnym systemie kontroli osadzonych poprzez badania testowe na obecność narkotyków oraz przeszukania. Ponadto nie są dozwolone programy minimalizacji szkód zdrowotnych, w tym wymiany igieł i strzykawek. Zdaniem H. H. Mosera, prowadzenie wymiany igieł i strzykawek w więzieniach stanowi negatywny sygnał zarówno dla osadzonych, jak i personelu. Dla więźniów, ponieważ nie znajdują dostatecznego uzasadnienia dla podejmowania i utrzymywania abstynencji od narkotyków, skoro służba więzienna organizuje działania „ułatwiające” przyjmowanie narkotyków. Natomiast dla kadry więziennej zezwolenie na wymianę igieł i strzykawek służących do iniekcji narkotyków stanowi dwuznaczny komunikat biorąc pod uwagę, że jej podstawowym obowiązkiem jest eliminowanie napływu narkotyków na teren więzienia.

Ponadto przedstawiciel Bawarii zwrócił uwagę, że igły i strzykawki posiadane przez więźniów – w efekcie programu wymiany, mogą stanowić dodatkowe zagrożenie dla służby więziennej, w szczególności w trakcie przeszukań. W uzasadnieniu strategii „zero tolerancji” powołano się na wyniki badań prowadzonych w bawarskich więzieniach. Wynika z nich, że wskaźnik osób zarażonych wirusem HIV od lat pozostaje na niezmiennym poziomie i wynosi ok. 0,5 %. Bardziej niepokojący jest wskaźnik dotyczący wirusowego zapalenia wątroby, zwłaszcza typu C, który wynosi 15%. Do nowych zakażeń na terenie więzienia dochodzi jednak bardzo rzadko. Najczęściej nowo przyjęci więźniowie są już zakażeni WZW, czyli podstawowe źródło zakażenia lokuje się poza więzieniem. Programy profilaktyczne prowadzone w placówkach penitencjarnych, to przede wszystkim kampanie edukacyjne ukierunkowane zarówno na więźniów, jak i na pracowników.

W konkluzji H. H. Moster stwierdził, że dystrybucja igieł i strzykawek w więzieniach nie przyczynia się do zmniejszenia ryzyka wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz zakażenia wirusem HIV. Jedynym czynnikiem ryzyka wpływającym na poziom zachorowań na choroby zakaźne jest dostęp do dożylnych narkotyków. Zdaniem H. H. Mostera zezwolenie na wymianę igieł i strzykawek stoi w oczywistej i nierozwiązalnej sprzeczności z bezwzględnym zakazem posiadania narkotyków.

W trakcie ożywionej dyskusji oponenci przedstawili szereg argumentów w obronie programów wymiany igieł i strzykawek, czy też szerzej – programów z zakresu minimalizacji szkód zdrowotnych. Przede wszystkim zwracano uwagę, że filozofia „harm reduction” nie stoi w sprzeczności z działaniami ukierunkowanymi na podejmowanie abstynencji, lecz stanowi jej istotne dopełnienie. Podkreślano, że pomimo wielu wysiłków nie ma więzień wolnych od narkotyków. Zawsze też będą osoby, które z różnych powodów pozostaną przy używaniu narkotyków w drodze iniekcji bez względu na możliwe konsekwencje i trudności, jakie muszą pokonać w celu zdobycia narkotyku. W przypadku gdy narkotyki są przyjmowane drogą dożylną zawsze istnieje ryzyko transmisji chorób zakaźnych, w szczególności HIV oraz WZW typu B i C. Obowiąz-

kiem odpowiednich służb jest ograniczanie ryzyka przenoszenia tych chorób. Wydaje się, że programy wymiany igieł i strzykawek są najbardziej efektywne w tym zakresie.

Znaczącą część konferencji poświęcona była sesjom warsztatowym, które wskazywały na twórcze poszukiwania i nowatorskie podejście do problematyki promocji zdrowia w więzieniu.

Interesującą propozycję w powyższym obszarze przedstawił J. M. Arroyo (Hiszpania). W przedstawionym projekcie, jako punkt wyjścia przyjęto założenie, że dążąc do trwałej zmiany zachowań określonej grupy osób należy poznać kulturowy aspekt jej funkcjonowania oraz przekonania i nawyki sprzyjające ryzykownym działaniom. W zrealizowanym programie promocji zdrowia wykorzystano 2-minutowe nagrania na kasetach video dotyczące transmisji HIV i WZW odwołując się do zachowań podejmowanych przez więźniów. Zdaniem autorów projektu wykorzystanie obrazu w programach promocji zdrowia jako metody komunikacji z osadzonymi okazało się bardziej skutecznym narzędziem niż „pisane media”, sprzyjającym zapamiętywaniu przekazywanych treści. Ponadto zwrócono uwagę, że odwołanie się w prezentowanych obrazach bezpośrednio do aktywności podejmowanej przez więźniów (np. tatuowanie) zmniejsza ich opór przed zmianą zachowań ryzykownych, ponieważ źródło informacji lokują wewnątrz swojej grupy.

Warsztaty na temat promocji zdrowia sprzyjały także formułowaniu innych ważnych rekomendacji. Uczestnicy podkreślali, że personel więzienny powinien zapewnić każdemu więźniowi przyjmowanemu do zakładu karnego lub opuszczającego go, informacje na temat dróg transmisji infekcji HIV, WZW, dostępnych metod chroniących przed zakażeniem, możliwości poddania się szczepieniom ochronnym oraz badaniom testowym. Podkreślano znaczenie zapewnienia więźniom dostępności do kompetentnego pracownika pionu medycznego, pełniącego rolę doradcy w sprawach zdrowia.

Kolejny warsztat poświęcony był problematyce leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków w warunkach izolacji więziennej. Uczestnicy warsztatu przedstawili zarówno programy ukierunkowane na motywowanie do leczenia (Portugalia), programy leczenia substytucyjnego oraz projekty przygotowujące uzależnionych więźniów do opuszczenia zakładu karnego (pre-release program).

Programy motywujące do podjęcia leczenia koncentrowały się głównie na wzmacnianiu poczucia własnej wartości oraz usprawnieniu społecznych umiejętności więźniów, które wpływałyby na ich styl życia. Więźniowie, którzy z sukcesem ukończyli program, byli kierowani do specjalistycznych oddziałów więziennych (drug free units), gdzie kontynuowali terapię nastawioną na utrzymanie trwałej abstynencji. Rezultaty ewaluacji programu były zachęcające. Stwierdzono, że więźniowie, którzy przebyli wstępny etap motywacyjny, wykazywali znacznie lepszy i szybszy postęp w dalszej terapii.

Odmienne założenia teoretyczne leżały u podstaw programu leczenia substytucyjnego metadonem przedstawionego przez dr A. Ashworth (Szkocja), którego głównym celem było ograniczenie transmisji wirusa HIV w populacji więźniów. Program był rekomendowany jako alternatywa dla projektów wymiany igieł i strzykawek, które

zdaniem autora, są mało przydatne w warunkach więzienia z uwagi na niski poziom ich akceptacji przez służbę więzienną.

Podczas sesji warsztatowej poświęconej problematyce leczenia i rehabilitacji zwracano uwagę na konieczność wyjścia naprzeciw potrzebom zarówno tych więźniów, którzy są zainteresowani utrzymaniem abstynencji od środków odurzających, jak i tych, którzy chcą zadbać wyłącznie o minimalizację szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków. Konkludując, w ofercie zakładów karnych powinny znaleźć się zarówno programy ukierunkowane na życie wolne od narkotyków, jak i oparte na filozofii minimalizacji szkód zdrowotnych, w tym wymiany igieł i strzykawek oraz leczenia substytucyjnego. Podkreślano także potrzebę stosowania pozytywnych wzmocnień wobec więźniów wykazujących zainteresowanie życiem wolnym od narkotyków w postaci zwiększenia ilości przepustek, czy odwiedzin. Jednak szersze stosowanie tego typu strategii, zdaniem wielu uczestników, wymaga głębszej refleksji i ewaluacji zanim znajdą one szersze zastosowanie.

Szczególnie dużo miejsca podczas sesji warsztatowej poświęcono problematyce zapobiegania i leczenia zakażeń HIV, gruźlicy oraz WZW typu B i C. Podkreślano, że kwestie związane z zapobieganiem i leczeniem gruźlicy w populacji więziennej powinny być przedmiotem szczególnej troski z co najmniej kilku powodów:

- wysokich wskaźników występowania gruźlicy w populacji więźniów (szacuje się, że wskaźnik ten w populacji więźniów jest 10 do 40 razy wyższy niż w ogólnej populacji),
- wysokich wskaźników występowania wirusa HIV wśród więźniów, co ułatwia transmisję gruźlicy,
- po opuszczeniu zakładu karnego byli więźniowie mogą stanowić znaczącą proporcję przypadków zachorowań w populacji generalnej,
- obowiązku zapewnienia więźniom dostępu do opieki zdrowotnej zgodnej ze standardami przyjętymi w danym społeczeństwie.

Postulowano wprowadzenie do więzień programów wczesnego wykrywania gruźlicy. Kwestia ta była także podnoszona w aspekcie infekcji żółtaczką typu B,C. W tym kontekście rekomendowano wprowadzenie do więzień możliwości dobrowolnego poddania się badaniom w zakresie zakażenia żółtaczką typu B,C oraz HIV. Oferta taka powinna być dostępna dla wszystkich więźniów bez względu na długość wyroku, a w szczególności dla tych, którzy obecnie lub w przeszłości stosowali narkotyki w drodze iniekcji.

N. Fiskier z Wielkiej Brytanii podkreślał inny jeszcze aspekt problemu zakażeń żółtaczką typu B. Odwołując się do wyników badań, z których wynika, że wśród narkomanów stosujących narkotyki drogą dożylną wskaźnik występowania żółtaczki typu B jest ok. 100 razy wyższy niż w ogólnej populacji, wysunął on postulat objęcia dożylnych narkomanów dobrowolnymi, profilaktycznymi szczepieniami ochronnymi. Równocześnie badacz wskazywał na przeszkody utrudniające realizację powyższego postulatu wynikające z faktu, że narkomani, którzy rozpoczęli używanie narkotyków w drodze iniekcji i nie są jeszcze zakażeni żółtaczką typu B, rzadko trafiają do placówek służby zdrowia, gdzie możliwa byłaby diagnoza i zaproponowanie odpowiednich działań. Innym możliwym miejscem realizacji postulatu N. Fiskera –

działań. Innym możliwym miejscem realizacji postulatu N. Fiskera – prowadzenia profilaktycznych szczepień – są zakłady karne. Szacuje się, że od 21% do 65% iniekcyjnych narkomanów przebywało w więzieniu. Jednakże wielu z nich przebywało zbyt krótko, aby objąć ich standardowym programem szczepień – 3 szczepienia w okresie 6 miesięcy. W Wielkiej Brytanii podjęto próbę zastosowania skróconego kalendarza szczepień dla tej grupy osób. Program ten wymaga jednak dalszych badań w celu określenia stopnia skuteczności. W przypadku uzyskania pozytywnych rezultatów może on stanowić istotny element w skuteczniejszym radzeniu sobie z transmisją żółtaczki typu B.

Rozważając kwestie zakażeń HIV, WZW typu B, C zwracano uwagę na występowanie wysokiego wskaźnika imigrantów w populacji więźniów w większości krajów europejskich w porównaniu z ogólną populacją. Implikuje to konieczność wprowadzenia różnego rodzaju rozwiązań umożliwiających imigrantom rozumienie treści programów promocji zdrowia, np.: zaleca się opracowywanie ulotek, broszur informacyjnych w innych językach, zatrudnianie tłumacza w pionie medycznym.

Problematykę zakażeń HIV, WZW typu B,C rozważano także w aspekcie działań prewencyjnych ukierunkowanych na personel więzienny. Podkreślano konieczność prowadzenia systematycznego szkolenia kadry więzienia na temat wszystkich aspektów zakażeń HIV, żółtaczki i używania narkotyków, tj. aspektu medycznego, psychologicznego i społecznego. Celem prowadzonych działań jest zapewnienie kadrze zatrudnionej w więzieniu poczucia bezpieczeństwa oraz kreowanie warunków do zapewnienia więźniom właściwego wsparcia i informacji.

Zwracano uwagę, że personel więzienny zawsze powinien być świadomy ryzyka związanego z chorobami zakaźnymi i stosować ogólne środki zapobiegawcze przeciwdziałające transmisji wirusa. Podkreślano, że wszyscy osadzeni muszą być podobnie traktowani, tak jak gdyby byli nosicielami. Przyjęcie takiej strategii postępowania jest ważne zarówno ze względu na występowanie okresu utajenia wirusa, jak i w celu uniknięcia dyskryminacji. Rekomendowano także szczepienia personelu więziennego, przynajmniej przeciw żółtaczce typu B, która stanowi potencjalne ryzyko szczególnie w trakcie przeszukań paczek i bagaży więźniów.

Podnoszono także kwestie znajomości przez personel więzienny dokładnego planu działania w wypadku zaistnienia okoliczności wskazujących na zagrożenie zakażenia wirusem HIV, WZW typu B,C, w tym konieczności sporządzenia stosownego protokołu oraz podjęcia procedury poekspozycyjnej.

Uczestnicy konferencji w Lizbonie wielokrotnie odwoływali się do ustaleń sformułowanych podczas spotkania, które odbyło się w Mediolanie w 1999 r. Podstawowe rekomendacje, które wówczas przyjęto dotyczące zapobiegania chorobom zakaźnym w więziennej populacji, obejmują:

1. Zapobieganie zakażeniom HIV oraz WZW w więzieniach powinno być rozważane w kategoriach zdrowia publicznego,
2. Jako priorytet, w większości krajów europejskich, powinno się traktować zmniejszenie liczby więźniów oraz szukanie alternatywnych rozwiązań dla pobytu w zakładzie karnym, szczególnie wobec osób używających narkotyków oraz osób poważnymi zakaźnymi lub chronicznymi chorobami,

3. Należy dążyć do zapewnienia więźniom pełnego dostępu do opieki zdrowotnej oraz strategii profilaktycznych zgodnych ze standardami przyjętymi dla ogółu społeczeństwa danego kraju. Doświadczenie wskazuje, że łatwiej jest ten cel osiągnąć, jeśli odpowiedzialność za zdrowie więźniów leży w gestii ministra zdrowia.
4. Jako priorytet należy traktować zapewnienie możliwości poddania się dobrowolnym badaniom testowym na obecność wirusa HIV wszystkim więźniom, bez względu na długość wyroku, oraz zapewnienie profesjonalnego doradztwa przed i po teście. Doradztwo jest ważne i konieczne także w przypadku negatywnego wyniku testu.
5. Pracownicy służby zdrowia są zobowiązani do zachowania tajemnicy wyniku badania testowego. Personel służby zdrowia może ujawnić wynik badania wyłącznie za pisemną zgodą osadzonego. Nie do zaakceptowania jest żadna segregacja ani inna forma dyskryminacji osób żyjących z HIV lub żółtaczką.
6. Należy zapewnić we wszystkich więzieniach dostępność do prezerwatyw (anonimowo i bezpłatnie) ponieważ badania podejmowane w wielu krajach potwierdzają występowanie w więzieniach homo i heteroseksualnych stosunków.
7. Ustanowienie systemu badań epidemiologicznych w europejskich więzieniach na temat używania narkotyków oraz rozpowszechnienia chorób zakaźnych powinno pozostawać ważnym priorytetem na najbliższe lata.