

1.1 Wprowadzenie

1.2. Odbiorcy przewodnika

1.3 Nota wydawnicza

1.1. Wprowadzenie

Osoby uzależnione od opiatów stanowią liczącą się grupę osadzonych, przebywających w ośrodkach penitencjarnych Europy, Azji i Ameryki Północnej, bo nawet około jednej trzeciej całej populacji więziennej, a w niektórych krajach (np. w Azji Środkowej) ich liczba dochodzi do 80%. W Afryce Podzwrotnikowej narasta problem uzależnienia osadzonych od opiatów, podczas gdy w Ameryce Łacińskiej dominuje uzależnienie od kokainy.

Placówki penitencjarne nie są odpowiednim miejscem do leczenia tego rodzaju pacjentów, dlatego też rządy państw powinny opracować opcje alternatywne do wymierzania uzależnionym kary pozbawienia wolności. Dopóki nie powstaną i nie zostaną wdrożone tego typu niekonwencjonalne rozwiązania, dopóty władze ośrodków karnych będą musiały mierzyć się z wyzwaniem, dotyczącym zapewnienia członkom tej szczególnej populacji leczenia, opieki oraz wsparcia. Badania wykazały, że najskuteczniejszym sposobem zwalczania uzależnienia od opiatów jest terapia substytucyjna, gdyż wpływa ona na zmniejszenie

u pacjenta ryzyka zakażenia HIV i HCV, jak również śmierci w wyniku przedawkowania.

Badania dowiodły, że leczenie substytucyjne przynosi lepsze efekty, jeżeli jest połączone z psychoterapią.

Osadzeni – na równi z innymi obywatelami – mają prawo do korzystania z najwyższych, możliwych standardów opieki zdrowotnej, co jest zagwarantowane na mocy prawa międzynarodowego w art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ i art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych. Wspólnota międzynarodowa stanęła na stanowisku, że mimo odbywania kary pozbawienia wolności skazani zachowują wszelkie prawa, w tym prawo do korzystania z najwyższego, możliwego poziomu opieki zdrowotnej. Ustanowioną przez sąd karą jest jedynie utrata wolności, a nie odebranie osadzonym podstawowych praw człowieka. Rządy państw mają zatem obowiązek wdrażania prawodawstwa, strategii i programów zgodnych z międzynarodowymi normami w zakresie przestrzegania praw człowieka oraz

1

2

3

4

5

6

Wprowadzenie

zapewnienia osadzonym standardów opieki zdrowotnej na takim samym poziomie, jak dla ogółu społeczeństwa (Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności, UNAIDS oraz WHO: *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response* (2006).

http://www.unodc.org/documents/hiv/aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf

Ponad dziesięć lat temu na arenie międzynarodowej wskazano na potrzebę dostępu do leczenia osób uzależnionych od opiatów, przebywających w warunkach izolacji. W 1993 r. Światowa Organizacja Zdrowia wydała wytyczne dotyczące zwalczania przypadków HIV i AIDS w jednostkach penitencjarnych: „Osadzeni uzależnieni od środków odurzających powinni być zachęceni do korzystania z programów terapeutycznych (w zakresie swojego nałogu) podczas pobytu w jednostkach penitencjarnych. Przy podejmowaniu tego typu działań równie ważne jest zapewnienie pacjentom należytej opieki oraz dopełnienie wobec nich zasady poufności. Programy profilaktyczne powinny

zawierać informacje o możliwościach leczenia uzależnienia oraz o ryzyku związanym z poszczególnymi metodami zażywania środków odurzających. Osadzeni, którzy zostali objęci programem leczenia substytucyjnego przed rozpoczęciem odbywania kary, powinni mieć możliwość kontynuacji tej formy leczenia w warunkach izolacji. Dotyczy to krajów, w których w warunkach wolnościowych działają programy substytucyjne, tak więc zgodnie z zasadą równoważności leczenie tego typu powinno być także dostępne w ośrodkach penitencjarnych”.

Treść niniejszego przewodnika została opracowana we współpracy z wieloma ekspertami, wykorzystując szeroką wiedzę naukowców i lekarzy/psychiatrów/personelu służby zdrowia – specjalistów z dziedziny leczenia substytucyjnego, prowadzonego w jednostkach penitencjarnych. W celu zebrania najlepszych praktyk, opartych na sprawdzonych materiałach naukowych, dokonano przeglądu publikacji oraz zawartości międzynarodowych baz danych. Publikacja ta pozostaje w zgodzie z wytycznymi i zaleceniami przedstawionymi w międzynarodowych dokumentach, takich jak

wydawnictwo Biura Regionalnego WHO dla Europy: *Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health, the UNODC/UNAIDS/WHO framework for HIV prevention, care, treatment and support in prison settings*, jak również *WHO/UNAIDS/UNODC Evidence for actions technical paper: Interventions to address HIV in prisons – Drug dependence treatment*.

1.2 Odbiorcy przewodnika

Uwagi zawarte w niniejszym przewodniku po terapii substytucyjnej, prowadzonej w jednostkach penitencjarnych mają służyć jako wsparcie dla lekarzy pracujących w tych jednostkach, lekarzy kontraktowych, pracowników więziennej służby zdrowia, administracji, organizacji pozarządowych i innych instytucji zajmujących się sprawowaniem opieki nad osobami uzależnionymi od opiatów, objętymi leczeniem substytucyjnym.

Uzależnienie od środków odurzających należy traktować jak chorobę. Podczas jej leczenia liczni specjaliści mają do wypełnienia zadania

Wprowadzenie

zmierzające do zapewnienia skazanym opieki medycznej, a także minimalizacji szkód związanych ze stosowaniem przez nich środków psychoaktywnych. Zastosowanie zaleceń zawartych w niniejszym przewodniku przyczyni się do stworzenia lepszych warunków dla osadzonych uzależnionych od środków odurzających, właściwego podziału zadań wśród personelu, a w konsekwencji osiągnięcia znacznego poziomu redukcji szkód spowodowanych używaniem narkotyków.

Pierwsze kroki

Indywidualne działania podejmowane przez osoby zaangażowane w prowadzenie akcji zdrowotnych w jednostce penitencjarnej mogą przynieść konkretne efekty, jednak najlepsze wyniki osiąga się tylko przez zaangażowanie w dane przedsięwzięcie całego personelu, w tym pracowników najwyższych rangą, realizujących wizję podległej im instytucji jako całości.

Konkretne reformy powinny być wprowadzane z myślą o terapii substytucyjnej, prowadzonej w sposób ciągły i długofalowy. Mimo, że można

osiągnąć wiele korzyści przez wdrażanie pojedynczych inicjatyw i krótkich projektów pilotażowych (często finansowanych ze środków zewnętrznych), w szerszej perspektywie widać, że to długotrwałe i dalekosiężne programy są skuteczniejsze. Dlatego też system więziennej opieki zdrowotnej musi opierać się na jasnych zasadach i wytycznych oraz na dobrze wyszkolonym personelu.

Trwałość programu można osiągnąć, gdy wytworzą się silne powiązania i relacje między więzienną a pozawięzienną służbą zdrowia, prowadzące do ścisłej współpracy. Pomaga to zapobiec automatycznemu traktowaniu placówek penitencjarnych jako nieco zaniedbanych podmiotów leczniczych. Aby osiągnąć lepsze warunki panujące w jednostkach penitencjarnych (z punktu widzenia osadzonych uzależnionych od środków odurzających), konieczne jest m.in. wypracowanie szeroko rozumianego przywództwa politycznego na wysokim szczeblu, przywództwa na poziomie danej placówki penitencjarnej, jak również wzmocnienie roli poszczególnych jej pracowników jako liderów lokalnych. W tym aspekcie zarówno pracownicy

służby zdrowia, jak i sami osadzeni mają do wypełnienia szczególną rolę. Liczy się też wsparcie udzielane przez członków danej społeczności, przebywających na wolności.

Dane zebrane w kilku krajach Europy uwypukliły problemy, które często pojawiają się wtedy, gdy więzienna służba zdrowia prowadzona jest w oderwaniu od tej ogólnej. Przekłada się to na trudności z rekrutacją specjalistów oraz niewłaściwie prowadzone kształcenie ustawiczne personelu. Obecnie zaleca się, aby nawiązywać ścisłą współpracę między pracownikami obu rodzajów opieki zdrowotnej, jak również z urzędnikami ministerstwa zdrowia, aby jednostki penitencjarne mogły docelowo zapewnić taki sam poziom świadczeń, co placówki otwarte dla ogółu społeczeństwa. W treści Moskiewskiej Deklaracji WHO, dotyczącej opieki zdrowotnej prowadzonej w warunkach izolacji jako elementu zdrowia publicznego, napisano, że ministerstwo odpowiedzialne za temat zdrowia w ośrodkach penitencjarnych powinno być – tam, gdzie to możliwe – także odpowiedzialne za wdrażanie świadczeń zdrowia publicznego.

1

2

3

4

5

6

Wprowadzenie

Wzmocnienie roli poszczególnych pracowników

Nie da się stworzyć lepszych warunków zdrowotnych w jednostkach penitencjarnych dla przebywających tam osadzonych uzależnionych od środków odurzających bez aktywnego udziału całego zatrudnionego tam personelu. Pracownicy muszą wiedzieć i rozumieć, jakie problemy zdrowotne występują u osób uzależnionych – posiadać wiedzę nie tylko na temat rozprzestrzeniania się zakażeń, kontrolowania ich i zwalczania, lecz także na tematy dotyczące redukcji szkód czy promocji zdrowia. Lekarze, pielęgniarki i inne osoby pracujące w jednostkach penitencjarnych mają wyjątkową okazję do wywierania wpływu na tworzenie zdrowszego środowiska, w którym przebywają osadzeni uzależnieni od narkotyków. Dlatego też jednostki te powinny otrzymać solidne, merytoryczne podstawy do działania w postaci szkoleń zawodowych na temat przestrzegania zasady poufności, praw pacjenta i człowieka, epidemiologii, transmisji zakażeń, wpływu czynników społeczno-ekonomicznych na zdrowy styl życia, jak również na temat

prawidłowego żywienia oraz znaczenia ćwiczeń i ruchu na świeżym powietrzu. Należy także uwrażliwić pracowników na potencjalne zagrożenia zdrowotne, aby byli oni w stanie wykryć wczesne oznaki zaburzeń zdrowia psychicznego u podopiecznych, gdyż jest to problem często współistniejący z uzależnieniem od narkotyków.

Partnerstwa dla zdrowia

Jednym z filarów kwestii promocji zdrowia jest koncepcja upodmiotowienia: jednostka ma prawo do podejmowania wyborów, które są dla niej korzystniejsze pod względem zdrowotnym. Takie podejście jest trudne do wdrożenia, biorąc pod uwagę istotę promocji zdrowia w warunkach izolacji. Jednak ważne jest, aby tę koncepcję możliwie jak najpełniej włączyć do filozofii systemu penitencjarnego. Istotną sprawą jest udostępnianie osadzonym uzależnionym od środków odurzających informacji, obejmujących tematy zdrowotne. Może to być realizowane w formie arkuszy informacyjnych, w których przedstawia się pełną ofertę świadczeń oraz porady, jak walczyć z uzależnieniem w warunkach jednostki

penitencjarnej. Jeśli formuła arkuszy pisemnych nie okaże się skuteczna, np. ze względu na barierę językową lub ograniczone możliwości poznawcze osadzonego, należy zastosować alternatywne sposoby i posłużyć się filmami czy innymi przekazywanymi wizualnymi lub np. wsparciem grupy dyskusyjnej, działającej pod egidą wyszkolonego pracownika służby zdrowia. Najważniejsze jest to, aby zachęcać osadzonych do podejmowania wszelkich inicjatyw w obszarze zapobiegania HIV, prowadzenia działań edukacyjnych, doradztwa i opieki. Zwiększenie ich roli w opracowywaniu i udostępnianiu programów oraz świadczeń zdrowotnych (tzw. udział partycypacyjny) zwiększa możliwości więziennej służby zdrowia co do przeciwdziałania HIV. Udzielanie wsparcia dla rozwoju inicjatyw edukacyjnych, prowadzonych przez samych osadzonych (np. opracowanie materiałów edukacyjnych oraz ich dystrybucja) ma szczególnie znaczenie dla populacji charakteryzującej się niskim poziomem wykształcenia, dla której kluczowe znaczenie mają interwencje bezpośrednie. Należy zachęcać do zawiązywania grup samopomocowych, w których omawia się kwestie związane z HIV, zapaleniem wątroby typu

1

2

3

4

5

6

Wprowadzenie

C ale – co ważne – z punktu widzenia samych osadzonych lub użytkowników narkotyków.

W wielu krajach UE funkcjonują nie tylko programy substytucyjne w jednostkach penitencjarnych, lecz także studia tatuażu. W takich przypadkach, oprócz terapii substytucyjnej, należy również wdrażać programy redukcji szkód i umożliwić skazanym dostęp do czystych igieł i strzykawek oraz środków dezynfekujących – przede wszystkim w celu uniknięcia rozprzestrzeniania się zakażeń krwiopochodnych, związanych z wykonywaniem piercingów i tatuaży. Warto w tej sytuacji rozważyć możliwość wykonywania tatuaży przez profesjonalistę.

Stały kontakt z lokalnymi świadczeniodawcami usług kierowanych do członków społeczności oraz zaangażowanie wolontariuszy mogą w znacznym stopniu przyczynić się do promowania zdrowia i dobrostanu w warunkach izolacji, a także zapewnić skazanym ciągłość opieki, zarówno tuż po rozpoczęciu przez nich odbywania kary pozbawienia wolności, jak i po zwolnieniu ich z jednostki penitencjarnej. Tam, gdzie jest to możliwe, osadzeni powinni zostać objęci

świadczeniami o charakterze newralgicznym jeszcze przed definitywnym wyjściem z jednostki penitencjarnej, np. w czasie przebywania na zwolnieniu warunkowym. Należy im także zapewnić ciągłość leczenia w ramach terapii substytucyjnej. W przypadku osadzonych uzależnionych od środków odurzających można dzięki temu uniknąć ryzyka śmierci z powodu przedawkowania zaraz po opuszczeniu przez nich jednostki penitencjarnej.

1

2

3

4

5

6

1.3 Nota wydawnicza

Wersja angielska niniejszego przewodnika została opracowana przez autorów i członków Grupy Wydawniczej. W jej skład wchodził: Fabienne Hariga (Austria), Karlheinz Keppler (Niemcy), Rick Lines (Wielka Brytania), Morag MacDonald (Wielka Brytania), David Marteau (Wielka Brytania), Lars Moller (Dania), Jan Palmer (Wielka Brytania), Ambros Uchtenhagen (Szwajcaria), Caren Weilandt (Niemcy) i Nat Wright (Wielka Brytania). Prace nad nim trwały od czerwca 2007 do lutego 2008 r. Fragmenty tekstu autorstwa Andrej Kastelica zmodyfikowano w oparciu o tekst rozdziału publikacji, wydanej przez Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy *Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health* (Møller et al. 2007). Posiłowano się również fragmentami publikacji Annette Verster: *Training Manual: Key aspects of substitution treatment for opiate dependence* (Eurometwork, 2003). Pierwszą wersję przewodnika opracowali pracownicy Uniwersytetu w Bremie (BISDRO) na zlecenie Komisji Europejskiej, DG SANCO, Projekt Nr 2003308, Europejska Sieć Przeciwdziałania Narkomanii i Infekcji w Zakładach Karnych

(ENDIPP; koordynowana przez WIAD, Bonn w Niemczech).

Polska wersja przewodnika powstała w ramach szóstego pakietu roboczego pt. „Redukcja szkód i kontynuacja leczenia osób stosujących narkotyki w iniekcjach (w tym zakażonych HIV), przebywających w jednostkach penitencjarnych”. Pakiet ten był realizowany w ramach drugiego obszaru tematycznego *Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction* (projekt HA-REACT). W skład zespołu tłumaczącego wchodził: Iwona Wawer (Krajowe Centrum ds. AIDS), Bogusława Bukowska (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii) oraz pracownicy polskiej służby więziennej: kpt. Beata Szwarczewska, kpt. Jacek Afrykański, kpt. Emil Podolak, por. Magdalena Wawrzynek, ppor. Martyna Nowakowska i ppor. Monika Jakubowska.

1

2

3

4

5

6