



ЕВРОПА

Проблема наркомании в тюрьмах и меры по снижению вреда: доклад о положении дел

МАЙ 2005 г.



РЕЗЮМЕ

Документ “Проблема наркомании в тюрьмах и меры по снижению вреда: доклад о положении дел” был одобрен на международном совещании проекта ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах”, состоявшемся в Де-Левенхорсте, Нидерланды, 22 октября 2004 г. Это совещание было организовано в сотрудничестве с национальной службой исполнения наказаний при Министерстве юстиции Нидерландов и Группой Помпиду Совета Европы. Совещание было поддержано сотрудничающим центром ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах при департаменте здравоохранения Англии и Уэльса, Министерством здравоохранения Нидерландов, Фондом борьбы с туберкулезом KNCV, фондом борьбы со СПИДом в Нидерландах, наркологическими службами Cranstoun Drug Services и Европейским центром мониторинга за наркотиками и наркоманией.

Ключевые слова

PRISONS
PRISONERS
SUBSTANCE ABUSE – prevention and control
HARM REDUCTION
EUROPE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

- *электронной почтой* publicationrequests@euro.who.int (для получения экземпляров публикаций)
permissions@euro.who.int (для разрешения на их перепечатку)
pubrights@euro.who.int (для разрешения на их перевод)
- *обычной почтой* Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

© Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие	1
Введение.....	1
История вопроса.....	3
От сбора фактических данных к действиям.....	5
Определение понятия “снижение вреда”.....	6
Снижение вреда в условиях тюрем: обоснование и приемлемость этого подхода	8
Представляет ли стратегия снижения вреда угрозу для пенитенциарных систем?	9
Как уменьшить вред, наносимый наркотиками	10
Множество взаимодополняющих подходов	10
Информационная, санитарно-просветительная и разъяснительная работа	11
Детоксикационная и заместительная терапия	12
Обмен игл и шприцев в тюрьмах.....	16
Вопросы лечения и ухода, связанные с ВИЧ/СПИДом.....	17
Снижение вреда в тюрьмах с учетом конкретных социальных, политических и культурных реалий	18
Мероприятия по снижению вреда в тюрьмах: каков минимальный стандарт?.....	19
Заключение	20
Выражение признательности	21
Основные источники и библиография	22

Предисловие

Настоящий доклад представляет собой общий обзор тех мер, которые предпринимаются в исправительных учреждениях для снижения связанного с наркотиками вреда. Приводимые в нем фактические данные смогут послужить основой для действий, направленных на уменьшение того вреда, который наркотики наносят здоровью людей. Работа в этом направлении будет проводиться в соответствии с такими общими задачами проекта ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах”, как охрана и укрепление здоровья заключенных в целях оздоровления всего общества.

Излагаемые в докладе положения и рекомендации основаны на результатах научных исследований, мнениях большого числа экспертов, а также выводах, сделанных в ходе:

- дискуссии экспертов и специального круглого стола на седьмой европейской конференции по службам борьбы с наркотиками и ВИЧ/СПИДом в исправительных учреждениях “Тюрьмы, наркотики и общество в условиях расширяющегося Европейского союза: поиск верного направления”, состоявшейся в Праге, Чешская Республика, 25–27 марта 2004 г.;
- дискуссии на совещании специальной рабочей группы проекта ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах”, организованном Группой Помпиду Совета Европы и состоявшемся в Страсбурге 13–14 мая 2004 г.;
- специальной сессии в рамках ежегодной конференции проекта ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах”, состоявшейся в Де-Левенхорсте, Нидерланды, 21 октября 2004 г.

С точки зрения общественного здравоохранения, аргументы в пользу незамедлительных действий в этой области очень убедительны. Лица, определяющие политику в рамках уголовно-исполнительной системы (УИС), располагают сейчас не только отчетами об успешном опыте ряда европейских стран, но и многочисленными фактическими данными об эффективности предпринимаемых мер. Все это свидетельствует о том, что меры по снижению вреда, связанного с наркотиками, могут эффективно и безопасно проводиться в пенитенциарных учреждениях, что они позволяют существенно уменьшить риск распространения ВИЧ/СПИДа в обществе и что в интересах охраны общественного здоровья работу в этом направлении нельзя откладывать ни на минуту.

Введение

Следует отметить, что в результате широкого оборота запрещенных наркотиков и того ущерба, который они наносят здоровью людей, существенно изменилась общая ситуация, наблюдающаяся в пенитенциарных учреждениях не только Европы, но и всего мира. Примерно в последние 20 лет такие проблемы, как связанное с наркоманией ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу и инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), появление новой и опасной для жизни эпидемии ВИЧ/СПИДа, а также широкая распространенность гепатита С, вызывающая растущую тревогу со стороны общественности, побудили все страны приступить к поиску наиболее

эффективных путей уменьшения того ущерба для здоровья, экономики и общества, который наносят наркотики.

В настоящем докладе обобщаются фактические данные о мерах по снижению связанного с наркотиками вреда в пенитенциарных учреждениях, что делается с самым тщательным учетом значительных различий между европейскими странами в области законодательства, в уровнях развития и в эпидемиологической и экономической ситуации. При подготовке настоящего доклада акцент был поставлен на том, чтобы: приводимые в нем фактические данные смогли послужить твердой основой для действий, направленных на уменьшение того вреда, который наркотики наносят здоровью людей. Работа в этом направлении будет проводиться в соответствии с такими общими задачами проекта ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах”, как охрана и укрепление здоровья заключенных в целях оздоровления всего общества. Настоящий доклад развивает положения согласованного заявления на тему “Тюрьмы, наркотики и общество”, которое было опубликовано в 2002 г. проектом ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах” и группой Помпиду Совета Европы.

Несмотря на то, что при подготовке данного доклада ставилась задача удовлетворения потребностей систем исполнения наказаний в европейских странах, по своему духу он соответствует положениям соответствующих резолюций Организации Объединенных Наций (ООН), ВОЗ, Совета Европы и Европейского союза. Ввиду того, что проблемы, стоящие перед пенитенциарными учреждениями, одинаковы во всем мире, излагаемые в докладе выводы применимы на глобальном уровне.

Хотя настоящий доклад и посвящен вопросам уменьшения вреда, следует отметить, что успеха в этой области можно добиться только при условии удовлетворения других основных потребностей заключенных. В частности, для улучшения положения дел необходимы следующие условия: более просторные (и менее переполненные) камеры, хорошие гигиенические условия, удовлетворительное питание, стабильная и безопасная обстановка, а также такие режим дня и программы, которые способствуют укреплению здоровья заключенных и повышению их чувства достоинства и помогают им вновь стать хозяевами своей жизни.

Настоящий доклад и излагаемые в нем положения и рекомендации основаны на результатах научных исследований, мнениях большого числа экспертов, а также выводах, сделанных в ходе дискуссии экспертов и специального круглого стола на седьмой европейской конференции по службам борьбы с наркотиками и ВИЧ/СПИДом в исправительных учреждениях “Тюрьмы, наркотики и общество в условиях расширяющегося Европейского союза: поиск верного направления”, состоявшейся в Праге, Чешская Республика, 25–27 марта 2004 г. Эта конференция была организована европейской сетью по наркологическим службам в тюрьмах (переименованной сейчас в Европейскую сеть по профилактике инфекционных заболеваний и наркомании в тюрьмах). Предыдущий проект доклада был обсужден на совещании специальной рабочей группы проекта “Охрана здоровья в тюрьмах” 13–14 мая 2004 г. Окончательный проект доклада был рассмотрен и одобрен на специальном заседании, проведенном в рамках ежегодного совещания по проекту ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах”, которое состоялось 21–22 октября 2004 г. в Де-Левенхорсте в Нидерландах.

История вопроса

Во всех частях мира наблюдается наложение друг на друга таких серьезнейших проблем здравоохранения, как эпидемия ВИЧ/СПИДа и пандемия употребления психоактивных веществ, например алкоголя и незаконных наркотиков. Несмотря на значительный рост объема знаний об эффективных методах борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа и свидетельств о действенных способах уменьшения ее распространения, в глобальном масштабе каждую минуту еще десять человек заражаются ВИЧ. Согласно оценкам, в 2004 г. число взрослых и детей, живущих с ВИЧ/СПИДом, достигло 39 млн. В настоящее время наиболее высокие показатели инфицирования ВИЧ наблюдаются в Восточной Европе и Центральной, Южной и Юго-Восточной Азии. Согласно оценкам, число потребителей инъекционных наркотиков в мире составляет 13,2 млн. человек, при этом 3,3–5,4 млн. из них живут в Европе и Центральной Азии. В этой связи следует отметить, что вклад употребления инъекционных наркотиков в рост эпидемии ВИЧ хорошо документирован.

Показатели лишения свободы в ряде стран Восточной Европы относятся к числу самых высоких во всем мире. Так, например, в Российской Федерации число вновь лишенных свободы составило в 2003 г. 600 человек на 100 000 населения, в связи с чем Россия вышла на второе место в мире – после Соединенных Штатов Америки (США). С другой стороны, в странах Западной Европы соответствующий показатель обычно составляет 50–100 человек на 100 000 населения.

В большинстве стран Европы и Центральной Азии показатели ВИЧ-инфицирования среди заключенных гораздо выше, чем среди общей популяции. В исследованиях, проведенных в европейских странах, было выявлено выраженное варьирование уровней ВИЧ-инфицированности среди заключенных. Как правило, более высокий показатель ВИЧ-инфицированности отмечался в странах Восточной Европы: 12% – в Эстонии (2002 г.), 4% – в Российской Федерации (2002 г.) и 7% – в Украине (2000 г.). В некоторых западноевропейских странах также наблюдаются высокие показатели ВИЧ-инфицированности среди заключенных, например в Португалии, где они составили 11% в 2000 г. С другой стороны, следует отметить, что в других странах, например в Англии, где среди заключенных, употребляющих инъекционные наркотики, уже на ранней стадии развития эпидемии ВИЧ/СПИДа были проведены успешные профилактические мероприятия, показатели распространенности ВИЧ в исправительных учреждениях, как правило, составляют менее 1%. Крупные вспышки ВИЧ-инфекции среди заключенных были зарегистрированы в 1993 г. в тюрьме Гленочил в Шотландии и в 2002 г. в тюрьме Алитус (Alytus) в Литве.

Пенитенциарные учреждения – это места чрезвычайно высокого риска в плане передачи ВИЧ, что объясняется следующими факторами: перенаселенность; плохое питание; ограниченный доступ к медицинской помощи; употребление незаконных наркотиков, усугубляемое небезопасными способами введения инъекционных наркотиков; незащищенный секс; нанесение татуировок. Многие лица в исправительных учреждениях еще до заключения принадлежали к маргинальным группам населения, например, к потребителям инъекционных наркотиков, риск заражения ВИЧ среди которых уже и так был повышенным. В большинстве случаев высокие показатели ВИЧ-инфекции в учреждениях УИС связаны с такими причинами, как совместное использование игл и шприцев и незащищенный секс. Показатели совместного

использования шприцев в тюрьмах во всех странах превышают аналогичные показатели среди потребителей инъекционных наркотиков, находящихся на свободе.

Неблагоприятная ситуация в тюрьмах еще больше усугубляется высокой заболеваемостью туберкулезом (часто с множественной лекарственной устойчивостью), ИППП и гепатитом В и С. В частности, в 2002 г. показатель заболеваемости туберкулезом в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации составил 9,8%, а сифилисом – около 1,2%. Согласно результатам ряда опубликованных исследований, доля заключенных с гепатитом С равна 20–40%, причем у заключенных, употребляющих инъекционные наркотики, частота этого заболевания обычно в два-три раза выше, чем у заключенных, никогда их не употреблявших.

Согласно оценкам, в масштабах всего мира 10% всех случаев заражения ВИЧ связаны с опасными методами введения инъекционных наркотиков. Согласно публикуемым данным, до 90% ВИЧ-инфицированных в странах Восточной Европы и Центральной Азии – это потребители инъекционных наркотиков. Показатели ВИЧ-инфицированности среди обитателей тюрем и прочих исправительных учреждений значительно выше, чем среди общего населения. Некоторые группы населения, особенно уязвимые к заражению ВИЧ, принадлежат также к категории лиц с высоким риском утраты свободы, поскольку их образ жизни связан с применением наркотиков и проституцией. Согласно докладу Европейского центра мониторинга наркотиков и наркотической зависимости (EMCDDA) за 2003 г. (EMCDDA, 2003г.), уровни гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков в 15 странах, входивших в состав Европейского Союза до 1 мая 2004 г., и Норвегии, колеблются в пределах 30–97%, хотя большинство приведенных данных представляют собой местные оценки; уровни по странам (национальные показатели) варьируют от 32% (Соединенное Королевство) до 79% (Италия). Во многих государствах в настоящее время отмечается рост распространенности заболеваний печени в связи с заражением гепатитом С. Помимо опасности развития СПИДа и гепатита С, ВИЧ-инфицированные потребители инъекционных наркотиков принадлежат к группе повышенного риска по таким тяжелым оппортунистическим заболеваниям, как туберкулез. От этой болезни страдает 30% потребителей инъекционных наркотиков в Западной Европе, 25% – в Центральной и более 50% – в Восточной Европе.

По сравнению с общим населением Европы среди заключенных значительно выше доля лиц, употреблявших ранее наркотики, а многие из лиц, поступающих в исправительные учреждения, являются тяжелыми наркоманами. В Европейском союзе (имеются данные по 11 из 25 стран и Норвегии), согласно данным EMCDDA (2004 г.), доля заключенных, признающих хотя бы однократный опыт употребления запрещенных наркотиков, широко варьирует от страны к стране: от 22% до 86%. Как и среди общего населения, наиболее часто сообщается о применении марихуаны (cannabis). Так, показатель хотя бы однократного употребления (на протяжении жизни) марихуаны среди заключенных колеблется в пределах 11–86%. Показатели хотя бы однократного употребления кокаина (и крэка) составляют 5–57%, а героина – 5–66%.

Регулярное употребление наркотиков или наркозависимость до поступления в пенитенциарное учреждение регистрируется среди 8–73% заключенных, причем частота хотя бы однократного употребления инъекционных наркотиков составляет от 15% до 50%, хотя некоторые исследования дают в качестве нижнего порога 1%, а верхнего – 69%. Имеющиеся сравнительные данные свидетельствуют о том, что юные правонарушители

употребляют инъекционные наркотики реже взрослых, и что женщины делают это чаще, чем мужчины.

От сбора фактических данных к действиям

На сегодняшний день мы располагаем убедительными научными данными о том, что благодаря комплексной программе мероприятий можно не только предотвратить дальнейшее развитие эпидемии ВИЧ/СПИДа и других инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков, но и обратить ее вспять.

Необходимость перехода от сбора фактических данных к активным действиям была подчеркнута в 90-х годах такими международными организациями, как ЮНЭЙДС и ВОЗ. В 1998 г. на специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН, посвященной глобальной проблеме наркотиков, именно заключенные были определены в качестве важной группы населения, на которую должны быть направлены мероприятия по сокращению спроса на наркотики (Организация Объединенных Наций, 1998 г.) В 1999 г. Европейский союз одобрил план действий по борьбе с наркотиками на 2000–2004 гг. (Европейская Комиссия, 1999, 2001, 2002 гг.). Одна из задач, поставленных в этой области, сводилась к тому, чтобы в последующий пятилетний период добиться значительного снижения как нарушений здоровья, связанных с употреблением наркотиков, таких как ВИЧ-инфекция, гепатит С и туберкулез, так и числа связанных с наркотиками случаев смерти.

В рекомендации Совета Европейского союза (18 июня 2003 г.) по профилактике и сокращению связанного с наркотической зависимостью ущерба для здоровья подчеркнуто, что:

Поскольку (согласно материалам исследований) заболеваемость и смертность по вине наркотической зависимости представляет реальную угрозу для значительной части европейского населения, ущерб для здоровья, связанный с наркотической зависимостью, следует считать одной из наиболее существенных проблем общественного здравоохранения.

В этой рекомендации Совета Европейского союза для стран - членов Европейского союза (ЕС) были определены следующие цели:

- Для обеспечения более высокого уровня защиты здоровья населения странам - членам ЕС следует включить профилактику наркозависимости и уменьшения связанных с ней рисков в число важнейших задач общественного здравоохранения, а также разработать и реализовать соответствующие комплексные стратегии.
- Для обеспечения значительного снижения частоты связанных с наркотиками заболеваний (таких как ВИЧ/СПИД, гепатит В и С, туберкулез) и числа связанных с наркотиками случаев смерти в рамках их политики в сфере профилактики и лечения наркозависимости следует организовать работу целого ряда различных служб и учреждений, специально направленную на уменьшение риска.
- Для повышения эффективности и результативности профилактики наркомании и снижения того риска для здоровья, который связан с употреблением наркотиков, странам-членам следует рассмотреть возможность разработки оптимальных механизмов мониторинга и оценки работы в этом направлении.

В 1995 г. Европейское региональное бюро ВОЗ создало проект “Охрана здоровья в тюрьмах”, главная задача которого заключалась в создании сети стран Европейского региона ВОЗ, желающих объединить усилия для достижения следующих целей: обмен опытом по решению основных проблем охраны здоровья в местах лишения свободы; разработка согласованных методических рекомендаций и указаний; распространение передового опыта. В 1999 г. Европейское региональное бюро ВОЗ совместно с ЮНЭЙДС опубликовало методическое руководство по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в тюрьмах.

В 2002 г. Европейский региональный комитет ВОЗ принял резолюцию EUR/RC52/R9 об усилении мер борьбы с ВИЧ/СПИДом в Европейском регионе ВОЗ, которая призвала государства-члены

“пропагандировать, содействовать и усиливать повсеместное внедрение и расширение основанных на фактических данных вмешательств, предназначенных для уязвимых и подвергающихся высокому риску групп населения, таких как программы по профилактике, лечению и уменьшению вреда (например, программы обмена использованных игл и шприцев на новые, бесплатное распространение дезинфицирующих растворов и презервативов, добровольное консультирование и тестирование, заместительная терапия, диагностика и лечение ИППП и т.д.) во всех затронутых этой эпидемией группах и общинах, в том числе в тюрьмах, в соответствии с политикой стран”

Также в 2002 г. проект ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах” совместно со своей партнерской организацией Группой Помпиду Совета Европы опубликовал согласованное заявление относительно той важной роли, которую система исполнения наказаний может сыграть в содействии укреплению здоровья населения посредством предупреждения или уменьшения того вреда, который наркотики наносят здоровью потребителей наркотиков, персоналу исправительных учреждений, а также населению в целом. Поскольку принципы, стратегии и практические подходы, обозначенные в этом заявлении, не утратили своей важности, их следует рассматривать параллельно с положениями, изложенными в настоящем докладе. Следует отметить, что хотя в заявлении и была подчеркнута настоятельная необходимость проведения мер по снижению вреда, оно не содержало сколь-либо детального рассмотрения фактических данных.

Теперь, когда все больше государств начинают осознавать экономические, социальные и здравоохранительные преимущества всех аспектов снижения вреда как для общества в целом, так и для его отдельных представителей, настало время предпринять совместные усилия для того, чтобы заручиться необходимой долгосрочной политической поддержкой и чтобы на основе результатов оценки различных подходов, используемых в разных странах мира, приступить к внедрению передового опыта в более широких масштабах.

Определение понятия “снижение вреда”

В профилактической и клинической медицине термин “снижение вреда” используется для обозначения тех мер, которые могут быть предприняты для уменьшения негативных последствий, связанных с определенными формами поведения отдельных лиц, теми или иными конкретными социальными или медицинскими вмешательствами или

определенными неблагоприятными условиями окружающей среды. Это определение имеет очень широкий диапазон применения и часто употребляется, когда речь идет о поведении с высоким риском для здоровья или о “небезопасных” действиях. Что касается проблемы употребления инъекционных наркотиков, то применительно к ней в последние годы термин “снижение вреда” стал применяться особенно часто.

К сожалению, вместо какого-либо согласованного определения этого понятия в настоящее время мы имеем дело с огромным множеством различных его интерпретаций. В связи с общеевропейским призывом добиться более быстрого прогресса в борьбе с продолжающейся эпидемией возможно потребуется разработать согласованные международные определения и термины.

Простое определение, используемое ВОЗ и в основном касающееся употребления инъекционных наркотиков, звучит так:

В общественном здравоохранении под “снижением вреда” принято понимать концепцию, направленную на предупреждение или уменьшение негативных последствий для здоровья, связанных с определенными формами поведения или действиями. Что касается инъекционных наркотиков, то действия по снижению вреда как составная часть комплексных мероприятий направлены на предупреждение тех случаев передачи ВИЧ и других инфекций, которые обусловлены совместным использованием нестерильных инъекционных принадлежностей и наркотических веществ.

Стратегия снижения вреда имеет огромное значение для охраны общественного здоровья, так как повторное и совместное использование игл и других принадлежностей для подготовки и введения инъекционных наркотиков относится к числу наиболее “эффективных” путей передачи ВИЧ и гепатита С. При отсутствии мероприятий по снижению вреда показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков может превысить 40% всего за один-два года после заноса этого вируса в местные сообщества, где они проживают. На сегодняшний день свыше 114 стран мира сообщают о наличии у них эпидемии ВИЧ, связанной с употреблением инъекционных наркотиков.

Более того, проект ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах” нацелен на предотвращение или уменьшение всех негативных последствий лишения свободы для здоровья человека. В частности в рамках этого проекта рассматриваются следующие аспекты: влияние лишения свободы на психическое здоровье; угроза самоубийства и членовредительства; необходимость уменьшения риска передозировки после выхода за свободу; ущерб для здоровья по причине переполненности тюрем или поступления в них людей, нуждающихся в определенных средствах обслуживания и условиях, которыми тюрьмы не располагают.

С учетом своих целей и задач проект ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах” предлагает следующее определение снижения вреда:

С позиции общественного здравоохранения применительно к пенитенциарным учреждениям, снижение вреда означает концептуальный подход, направленный на предупреждение или уменьшение как негативных последствий для здоровья, связанных с определенными формами поведения (например, употребление

инъекционных наркотиков) и с заключением и переполненностью тюрем, так и того негативного влияния, которое лишение свободы оказывает на психическое здоровье заключенных.

Снижение вреда в условиях тюрем: обоснование и приемлемость этого подхода

Среди аргументов в пользу снижения вреда в тюрьмах следует прежде всего назвать ключевые принципы общественного здравоохранения и уважительного отношения к правам человека. Согласно принятому определению, под общественным здравоохранением подразумеваются коллективные усилия общества, направленные на обеспечение условий, содействующих сохранению и укреплению здоровья людей. Один из важнейших принципов общественного здравоохранения заключается в том, что для поддержания и укрепления своего здоровья люди должны обладать необходимыми знаниями и иметь доступ к соответствующим службам. Одним из важнейших принципов соблюдения прав человека в местах лишения свободы является обеспечение неограниченной доступности медицинской помощи, по крайней мере эквивалентной медицинской помощи, получаемой людьми, находящимися на свободе, включая охват соответствующими профилактическими и оздоровительными мерами. При проведении программ снижения вреда в тюрьмах следует обеспечить соблюдение этих принципов.

Достижение успеха в этой области возможно только при активном участии и сотрудничестве соответствующих государственных учреждений, организаций, тюремного персонала, а также лиц с личным опытом наркотической зависимости.

Успешная работа по снижению вреда возможна только в тех случаях, когда она основывается на таких политических, законодательных и социальных мерах, которые сводят к минимуму риск злоупотребления наркотиками. Более того, программы снижения вреда должны быть комплексными, и в них должны принимать участие не только службы здравоохранения, но и многие другие ведомства и сектора, включая правовую систему и правоохранительные органы, а также представители той культурной, социальной и экономической среды, в которой возникла проблема злоупотребления наркотиками.

Разработка адекватной политики и осуществление ее на практике возможны только при условии сотрудничества всех уровней и звеньев государственной власти, неправительственных организаций и организаций на уровне местных сообществ.

Привлечение к работе людей с личным опытом тяжелой наркозависимости и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или другими инфекционными заболеваниями, такими как гепатит, – это необходимая предпосылка для формулирования реалистичной политики и законодательства, что, в свою очередь, будет способствовать их успешному осуществлению на практике.

Необходимый для успеха уровень сотрудничества может быть обеспечен, если все заинтересованные стороны осознают, что мероприятия по снижению вреда помогают потребителям инъекционных наркотиков и другим злоупотребляющим наркотиками лицам избежать негативных последствий инъекционного введения наркотиков и совместного использования игл и других приспособлений, например трубок; уменьшить риск развития тяжелых инфекций, а также улучшить здоровье и социальный статус не

только их самих, но и местного сообщества в целом. Потенциальная польза этого подхода для общественного здоровья огромна.

В стратегии снижения вреда учитывается, что для многих наркоманов полный отказ от психоактивных веществ в ближайшем будущем не представляется возможным, и поэтому ставящиеся в ней задачи включают следующие: помочь потребителям наркотиков не возобновлять, прекратить или уменьшить частоту употребления инъекционных наркотиков, а также повысить безопасность практики введения инъекций и нанесения татуировок.

Возрастает объем данных о том, что в тюрьмах можно добиться уменьшения передачи ВИЧ (ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН*, 2004 г). С начала 90-х годов многие страны начали осуществлять профилактические программы в тюрьмах. Эти программы обычно включают следующие компоненты:

- информационно-просветительная и разъяснительная работа по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом;
- добровольное тестирование и консультирование;
- распространение презервативов;
- распространение дезинфицирующих растворов;
- обмен игл и шприцев;
- проведение заместительной терапии.

Дополнительные компоненты программы снижения вреда, обладающие существенным потенциалом для снижения индивидуального риска, связанного с употреблением инъекционных наркотиков и прочими формами поведения, сопряженными с риском для здоровья, включают лечение и уход за больными ВИЧ/СПИДом, гепатитом и туберкулезом, в частности, обеспечение доступа к высокоэффективной антиретровирусной терапии.

Представляет ли стратегия снижения вреда угрозу для пенитенциарных систем?

Осуществление в пенитенциарных учреждениях мероприятий по снижению вреда – это относительно новое явление, и в рамках уголовно-исполнительной системы (УИС) оно зачастую воспринимается как практика, подрывающая традиционную для учреждений УИС политику в отношении наркотиков, предусматривающую полный от них отказ. Многие работники УИС считают, что такие мероприятия подрывают систему безопасности в пенитенциарных учреждениях. При этом, однако, они забывают о том, что стратегия снижения вреда позволяет существенно улучшить систему лечения и ухода за заключенными с особыми потребностями. Важнейшие принципы концепции снижения вреда в условиях тюрем – это включение нового ценного элемента в систему охраны здоровья наркозависимых заключенных и снижение угрозы для здоровья работников УИС.

* УНП ООН – управление ООН по наркотикам и преступности.

Некоторые аспекты снижения вреда уже широко одобрены и применяются в Европе. Анализ осуществляемых в тюрьмах программ, данные о которых содержит информационная система EMCDDA “Обмен информацией о действиях по сокращению спроса на наркотики (EDDRA)” (Merino, 2003 г.) показал, что снижение вреда, связанного с применением наркотиков, является основной целью примерно одной пятой проводимых в тюрьмах мероприятий.

Европейские пенитенциарные учреждения часто отказываются поддерживать систему обмена игл и шприцев, поскольку считают, что это может привести к росту применения инъекционных наркотиков, увеличению числа случайных уколов, росту конфликтов между заключенными и работниками УИС и риску использования игл и шприцев в качестве оружия. Вместе с тем, уже имеются факты о проведении таких программ в тюрьмах (например, в Испании и в пяти других европейских государствах) без каких-либо негативных последствий (Lines et al., 2004 г.; Stover & Nelles, 2003 г.).

Следует, однако, признать, что практика снижения вреда в пенитенциарных учреждениях далеко не ограничивается внедрением программ обмена игл. Даже в местах лишения свободы, пока что не планирующих учреждение таких программ, уже сейчас могут проводиться другие полезные программы уменьшения вреда.

Как уменьшить вред, наносимый наркотиками

Множество взаимодополняющих подходов

Стратегия снижения вреда предусматривает использование целого ряда взаимодополняющих подходов, например, медико-санитарное просвещение и укрепление здоровья, детоксикационная и заместительная терапия, обмен игл и предоставление средств для дезинфекции инъекционных принадлежностей, которые в своем комплексе должны помочь заключенным отказаться от употребления наркотиков. При выборе тех или иных методов снижения вреда в условиях конкретных исправительных учреждений необходимо тщательно учитывать особенности как самого учреждения, так и содержащегося в нем контингента заключенных.

В большинстве из 15 стран, входивших в состав Европейского союза до 1 мая 2004 г., существуют принятые рекомендации по снижению вреда, но внедрение их на практике происходит неравномерно, а проводимые мероприятия разнятся не только от тюрьмы к тюрьме, но даже в условиях одной и той же тюрьмы. Службы, обеспечивающие скрининг крови, вакцинацию и распространение дезинфекционных средств, теоретически доступны почти во всех пенитенциарных учреждениях в 8 из 15 этих стран, но полностью недоступны в трех из них. Кроме того, часто даже тогда, когда тюрьма располагает соответствующими службами, заключенные либо не знают о них (как в случае с вакцинацией против гепатита в ряде стран), либо не получают инструкций по их использованию (например, в случае распространения дезинфицирующих растворов). Только в Испании службы по снижению вреда работают во всех тюрьмах.

В частности, неоднородность положения дел в этой области в разных странах свидетельствует о том, что национальная политика играет ключевую роль во внедрении программ снижения вреда в рамках уголовно-исполнительной системы.

Несмотря на то, что в настоящем докладе основной акцент ставится на снижении вреда, связанного с наркотической зависимостью и в особенности с употреблением инъекционных наркотиков, сама эта концепция может применяться и для решения других проблем охраны здоровья в тюрьмах, таких, например, как алкоголизм и незащищенный секс.

Информационная, санитарно-просветительная и разъяснительная работа

Обеспечение заключенных и персонала тюрем информацией о ВИЧ/СПИДе, о том, что собой представляет эта болезнь и как она передается, является одним из наиболее распространенных методов снижения вреда во всех европейских странах. Повсеместно хорошо налажено использование современных учебных методов и наглядных пособий. Понимание сути проблемы будет способствовать развитию более эффективного сотрудничества между заключенными и работниками УИС в снижении темпов распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Привлечение потребителей наркотиков к разработке, подготовке и распространению информационных материалов играет ключевую роль в повышении их адекватности и силы воздействия. В этих материалах должен рассматриваться не только риск, связанный с употреблением инъекционных наркотиков и совместным использованием инъекционных принадлежностей, но и приводиться рекомендации о том, как уменьшить этот риск.

Информационная работа должна иметь различные формы: проведение кампаний общего просвещения, целевое информирование в рамках медицинских служб и служб социального обеспечения, куда часто обращаются лица, злоупотребляющие наркотиками, а также распространение информации в среде наркоманов и через аутрич-работников. Консультирование по вопросам снижения вреда основывается на межличностном общении, и благодаря процессу разъяснения информации оно позволяет потребителям наркотиков изменить свое поведение, сопряженное с риском для здоровья.

Ключевым условием успешной работы служб по снижению вреда в местных сообществах является включение этого вида работы в комплексные программы профилактики, лечения и оказания поддержки лицам, злоупотребляющим наркотиками. Важной дополнительной предпосылкой для успеха таких программ является также оказание потребителям наркотиков соответствующей психологической и социальной поддержки. Поскольку среда, где происходит обращение наркотиков, обычно скрыта от посторонних глаз и быстро меняется, особо сложную задачу для служб снижения вреда представляет как можно больший охват лиц, употребляющих наркотики регулярно или эпизодически, и для успешного решения этой задачи необходимо глубокое понимание местных моделей обращения и употребления наркотиков.

Особое внимание следует уделять удовлетворению потребностей заключенных, относящихся к национальным меньшинствам. Незнание языка является наиболее очевидной проблемой. Следует, однако, помнить, что еще до заключения большинство этих лиц, по-видимому, испытали трудности с получением помощи от служб здравоохранения и социального обеспечения, что могло усугубить их проблемы, связанные со здоровьем и наркозависимостью. Поскольку в пенитенциарных учреждениях Европы уже имеется высокая доля заключенных, относящихся к национальным меньшинствам, возможно необходимо принять целый ряд мер для проведения с ними

соответствующей информационной, санитарно-просветительной и разъяснительной работы.

Медицинский персонал, работающий в пенитенциарных учреждениях, часто имеет очень ограниченные контакты с профессиональными медицинскими сетями, имеющимися во внешнем мире. Кроме того, они часто не имеют возможностей для непрерывного обучения и подготовки, что еще более усугубляет изолированность медицинских служб здравоохранения УИС. С другой стороны, как это отмечалось выше, необходимым условием успешного лечения наркозависимых заключенных являются согласованные и комплексные действия пенитенциарных и гражданских служб здравоохранения.

Огромное значение как для снижения вреда, так и для решения других проблем здравоохранения в рамках УИС, будет иметь реализация Московской декларации ВОЗ об охране здоровья в тюрьмах в рамках системы общественного здравоохранения (проект ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах”, 2003 г.).

Детоксикационная и заместительная терапия

Высокая частота серьезных проблем, возникающих при поступлении в тюрьму в связи с абстинентным синдромом, включая членовредительство и насилие, убедительно свидетельствует о необходимости планового проведения детоксикационной терапии, которая должна быть одним из неотъемлемых элементов программы лечения наркозависимых заключенных и ухода за ними.

Заместительная терапия наркозависимых означает проводимое под контролем медперсонала лечение лиц с опиоидной зависимостью, основанное на назначении агонистов опиоидов, например, метадона и бепренорфина – препаратов, которые можно использовать как для детоксикационной, так и для поддерживающей терапии.

Как и при ряде других нарушений здоровья, включающих гипертензию, диабет и болезни сердца, состояние людей с опиоидной зависимостью может быть стабилизировано посредством соответствующего изменения поведения и правильно подобранной медикаментозной терапии. Поскольку рецидивы после детоксикации – это очень распространенное явление, сама по себе детоксикационная терапия не является адекватной формой лечения наркозависимости. Имеющиеся подходы к решению проблемы абстинентного синдрома среди вновь поступивших заключенных включают следующие: постепенная детоксикация с последующим переходом к лечению, ориентированному на отказ от наркотиков, или к переходу к проведению долгосрочной заместительной терапии. Необходимым условием для успеха лечебно-профилактических мероприятий является как можно более правильный их подбор в каждом отдельном случае.

Существует немало научных данных, свидетельствующих об эффективности заместительной терапии в сокращении применения запрещенных опиоидных препаратов, в снижении уровня преступности, в предупреждении смертей от передозировки и в профилактике ВИЧ-инфекции. Также имеются данные о том, что поддерживающая терапия метадонотом улучшает общее состояние здоровья ВИЧ-инфицированных наркоманов. Заместительная поддерживающая терапия способствует уменьшению употребления героина, а по сравнению с детоксикацией она более эффективна по такому показателю, как длительность продолжения лечения. Иными словами, наркозависимые

реже отказываются от этого вида терапии. Заместительная поддерживающая терапия также имеет ряд других преимуществ, включая стабилизацию состояния здоровья наркопотребителей, отказ от беспорядочного образа жизни, что, естественно, способствует повышению степени социального функционирования и улучшению возможностей трудоустройства среди наркозависимых.

Научные факты однозначно указывают на то, что заместительная терапия представляет собой наиболее эффективный метод ведения опиоидной зависимости в плане профилактики передачи ВИЧ и гепатитов, а также организации ухода за потребителями наркотиков, живущих с ВИЧ/СПИДом или другими инфекциями. Кроме того, заместительная поддерживающая терапия дает хорошую возможность для проведения антиретровирусной терапии потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ/СПИДом, в частности, за счет улучшения доступности для них этого лечения, а также за счет повышения показателей соблюдения назначенного режима лечения.

Таким образом, поддерживающая терапия может рассматриваться как элемент программы по клиническому уходу за людьми, страдающими наркотической зависимостью. В недавно опубликованном (2004b) докладе ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС по заместительной поддерживающей терапии говорится, что проведение заместительной поддерживающей терапии опиоидной зависимости является эффективной стратегией профилактики ВИЧ/СПИДа и что она рекомендуется к безотлагательному осуществлению во всех группах риска по ВИЧ-инфекции. Следует помнить, что как только ВИЧ появляется в среде местных потребителей инъекционных наркотиков, возникает вероятность его исключительно быстрого распространения.

Учитывая фактические данные об эффективности заместительной поддерживающей терапии как для лечения опиоидной зависимости, так и для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа и гепатита, Европейское региональное бюро ВОЗ, в соответствии с резолюцией Регионального комитета EUR/RC52/R9 (см. выше), всецело поддерживает вышеуказанный доклад (ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, 2004b) и соответствующую информационную записку по вопросам политики в области сокращения передачи ВИЧ путем лечения наркотической зависимости (ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, 2004a).

В частности, рассматривая эту проблему можно указать на следующие проблемы и задачи, решению которых будет способствовать заместительная терапия, а именно:

- проблемы с поддержанием тюремного режима и иные трудности для работников УИС, связанные с лицами, страдающими от абстинентного синдрома, включая контрабанду наркотиков и насильственные действия по отношению к тюремному персоналу и другим заключенным;
- рост числа самоубийств и случаев членовредительства среди наркозависимых или злоупотребляющих наркотиками заключенных, страдающих от абстинентного синдрома;
- важная задача обеспечения того, чтобы медицинская помощь, оказываемая заключенным, по своему уровню соответствовала таковой в гражданских службах здравоохранения;
- важная задача повышения качества клинических служб до уровня согласованных международных стандартов наилучшей практики;

- риск смертельной передозировки в первые дни после выхода на свободу, особенно среди лиц, отбывших короткий срок заключения.

Согласно имеющимся сообщениям, программы заместительной терапии позволяют добиться целого ряда ценных результатов, включая существенное улучшение здоровья потребителей наркотиков и снижение показателей употребления других наркотиков, преступности, смертности и передачи ВИЧ и гепатита С. Этот подход уже продемонстрировал свою действенность и экономическую эффективность.

В Австралии было проведено рандомизированное контрольное исследование поддерживающей терапии метадонем в тюремных условиях (Dolan et al., 2003 г.). В 1997 г. были опрошены 382 заключенных, употреблявших инъекционные наркотики, а в 1998 г. был проведен повторный их опрос. Результаты рандомизированного опроса членов группы, прошедшей лечение метадонем, и контрольной группы показали, что члены первой группы реже заболевали гепатитом С и реже употребляли героин.

В настоящее время поддерживающая терапия метадонем или бупренорфином проводится в тюрьмах Испании. Среди стран, входивших в состав Европейского союза до 1 мая 2004 г., заместительная терапия применяется практически во всех пенитенциарных учреждениях шести стран, еще в пяти странах она применяется лишь в нескольких тюрьмах, а в тюрьмах остальных стран не проводится вообще.

Еще одним предметом для разногласий является установление целей лечения и выбор того или иного подхода. Согласно результатам большинства оценочных исследований, выявивших положительные результаты, наиболее эффективными являются программы с высокой дозировкой и высоким порогом. Дозировку подбирают таким образом, чтобы сначала уменьшить сильную потребность в эйфорическом эффекте героина, а затем устранить желание дальнейшего его употребления. Необходимыми условиями для проведения такой терапии являются согласие наркопотребителя на определенный контроль и наблюдение за ним, а также его готовность участвовать в психосоциальных консультациях. Цели этого подхода включают повышение качества и условий жизни потребителей наркотиков, а также степени их социального функционирования. Программы с низким порогом, в которых потребители наркотиков могут обеспечиваться метадонем на амбулаторной основе, далее в этой работе не рассматриваются.

Работу по снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков в местах лишения свободы, чрезмерно осложняет тот факт, что в большинстве стран определенные психоактивные средства являются незаконными. Это также относится и к осуществлению программы снижения вреда в гражданском обществе, поскольку в ряде стран хранение наркотических средств, даже в целях личного употребления, относится к категории противозаконных действий. Определенные действия, направленные на снижение вреда, такие как заместительная терапия, некоторые люди неверно истолковывают, утверждая, что они противоречат как духу, так и конкретным положениям конвенций ООН по борьбе с наркотиками (УНП ООН, 1961, 1971, 1988 гг.). Следует, однако, учитывать, что цель этих конвенций заключалась в защите здоровья и безопасности общества, и что в них не запрещается использование наркотических средств и психотропных веществ в «медицинских и научных целях». Их применение в осуществляющихся под надлежащим контролем программах здравоохранения, когда используемые препараты проходят предварительную тщательную оценку и назначаются аттестованными медицинскими

работниками в рамках общепризнанных методов лечения и с соответствующим клиническим мониторингом, соответствует Конвенции о наркотических средствах (УНП ООН, 1961 г.), а также Конвенции по психотропным веществам (УНП ООН, 1971 г.).

Пенитенциарная служба Англии и Уэльса в настоящее время разрабатывает детальный протокол по клиническому лечению наркотической зависимости в условиях заключения, который охватывает процедуры приема и оценки состояния здоровья вновь поступивших заключенных, стабилизацию их состояния здоровья, поддерживающую терапию с агонистами опиоидов, детоксикацию и консультативную помощь. Было бы полезно получить информацию о проведении подобной работы в других тюремных службах, чтобы выяснить, не присущи ли используемым протоколам одни и те же элементы.

Результаты исследования заместительной терапии в европейских тюрьмах демонстрируют, что на практике она применяется по-разному не только в разных странах или тюрьмах одной и той же страны, но даже медицинскими работниками одной и той же тюрьмы. Существует настоятельная необходимость авторитетного направляющего влияния в целях выработки стандартизованного подхода, в том числе стандартизации методов ведения детоксикации/поддерживающей терапии и первичной оценки вновь поступающих наркозависимых заключенных. Необходимо добиться большей ясности политики в области заместительной терапии, поскольку имеются сообщения о том, что некоторые заключенные убеждены, что заместительная терапия назначается в качестве награды за хорошее поведение и не назначается в качестве наказания.

Обмен опытом между профессионалами, воплощающими программы заместительной терапии в тюрьмах, продемонстрировал необходимость урегулирования ряда серьезных вопросов клинического и методологического характера. Эти вопросы касаются дозировки, обеспечения конфиденциальности, контролирования приема лекарств и оптимального выбора препарата для заместительной терапии из всех ныне доступных средств. Также подчеркивались важность включения в программы адекватной психологической поддержки и необходимость соответствующей подготовки перед освобождением заключенных, чтобы сократить вероятность передозировки со смертельным исходом после выхода на свободу. Помимо этого, проведенные исследования указывают на важность непрерывности оказания медицинской и консультативной помощи бывшим заключенным для поддержания положительных результатов, достигнутых при их лечении в учреждениях УИС.

Успешные программы характеризовались следующими факторами: достаточная продолжительность периода лечения, тесная связь с общественными службами здравоохранения, адекватная переподготовка участвующих в программах врачей и медсестер, а также тщательный учет отзывов и мнений самих заключенных.

Недавно опубликованный доклад о заместительной поддерживающей терапии в рамках ведения опиоидной зависимости и профилактики ВИЧ/СПИДа (ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, 2004b) содержит хорошо обоснованное резюме о преимуществах проведения заместительной поддерживающей терапии в местных сообществах. В докладе указано, что заместительная поддерживающая терапия является одним из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости, поскольку она дает возможность уменьшить огромный ущерб, который последняя наносит наркоманам, членам их семей и обществу в целом, путем снижения использования героина и связанных с его применением смертей,

риска заражения ВИЧ и преступности. Некоторые из преимуществ заместительной поддерживающей терапии для учреждений УИС и наркозависимых заключенных были описаны выше.

Обмен игл и шприцев в тюрьмах

В настоящее время во многих европейских сообществах работают программы обмена игл и шприцев, что способствует сокращению распространения ВИЧ и гепатитов среди потребителей по вине применения инъекционных наркотиков. Задача таких программ – обеспечить людей, продолжающих использовать инъекционные наркотики, доступом к стерильным инъекционным принадлежностям, то есть иглам, шприцам, фильтрам, горелкам, емкостям для наркотиков и воде для разбавления, что позволяет уменьшить риск заражения и передачи ВИЧ и гепатитов. Эти программы могут также выполнять функции информационных центров, помогающих некоторым наркоманам обратиться за медицинской помощью.

На сегодняшний день уже известно, что ВИЧ может сохранять жизнеспособность в использованных иглах в течение нескольких дней, а вирус гепатита С – в течение нескольких недель (в зависимости от температуры, влажности и прочих факторов). Именно поэтому с точки зрения охраны общественного здоровья очень важен сбор использованных игл и шприцев. Эффективность этого подхода в предупреждении передачи ВИЧ и других передающихся через кровь вирусов, например гепатита, широко известна.

Проведение программ обмена игл и шприцев в тюрьмах до сих пор является спорным вопросом. С другой стороны, к 2002 г. в ряде европейских тюрем такие программы осуществлялись уже 10 лет. Программы обмена шприцев проводились в шести европейских странах – Беларуси, Германии, Испании, Кыргызстане, Республике Молдове и Швейцарии. При этом следует отметить, что в Испании программы обмена игл действуют во всех пенитенциарных учреждениях.

Оценка 11 программ (Stover & Nelles, 2003 г.) показала, что практика распространения шприцев не подтвердила опасения, выраженные в связи с внедрением этого метода. Иными словами, эти программы не приводили к росту употребления наркотиков, в том числе инъекционных, шприцы не использовались в других целях, а со сбором и удалением использованных шприцев не было никаких проблем. В связи с этими фактами было сделано заключение о том, что на фоне явного успеха программ обмена шприцев в тюрьмах очень трудно объяснить нежелание очень многих пенитенциарных учреждений внедрять эти программы.

Опираясь на относительно небольшой объем фактических данных, можно заключить, что тщательно продуманное внедрение программ обмена игл и шприцев, основанное на опыте ряда европейских стран, вполне обосновано во всех государствах с повышенными показателями распространенности ВИЧ и гепатитов. Во всех учреждениях УИС, где администрация располагает фактами о применении инъекционных наркотиков среди заключенных, следует рассматривать вопрос о проведении программ обмена, независимо от уровня распространенности ВИЧ-инфекции.

В пенитенциарных учреждениях, где внедрение программ обмена игл и шприцев считается практически невозможным или нежелательным, можно проводить программы дезинфицирования. Обычно дезинфицирование проводится с помощью хлорсодержащих растворов, причем пользователи должны дезинфицировать инъекционные принадлежности после их использования и перед повторным использованием. Следует, однако, помнить о том, что программы применения дезинфекционных растворов в тюрьмах не лишены серьезных недостатков. Так, например, трудно представить, что заключенные, спрятавшись в укромном месте перед тем, как уколиться, будут по 45 минут встряхивать заполненные дезинфекционным раствором шприцы в целях их обеззараживания. Таким образом, в связи с неадекватным использованием дезинфекционных растворов у заключенных, обменивающихся инъекционными принадлежностями, может сформироваться ложное чувство безопасности.

Ввиду вышеуказанного можно сделать заключение о том, что эффективность дезинфицирования прежде всего зависит от используемого подхода. На практике эффективность этих методов существенно различается, и поэтому в настоящее время в сравнении с программами обмена игл и шприцев дезинфицирование считается стратегией второго выбора.

Страны с хорошо функционирующими программами обмена игл и шприцев в гражданском обществе не внедряют такие программы в практику служб исполнения наказаний, несмотря на наличие фактических данных, указывающих не только на возможность их проведения в пенитенциарных учреждениях, но и на то, что эти программы могут быть безопасными, не менее эффективными, чем на свободе, а также приемлемыми как для заключенных, так и для тюремного персонала (Lines et al., 2004 г.; Stover & Nelles, 2003 г.).

Опыт исправительных учреждений, которые успешно применяли этот подход, должен быть использован в качестве руководства по наиболее приемлемым методам обмена инъекционных принадлежностей и обеспечению безопасной и эффективной работы соответствующих служб.

Несколько европейских стран четко осознают концептуальное противоречие между наличием программ обмена игл и шприцев в обществе, с одной стороны, и их отсутствием в учреждениях УИС, с другой. Опыт Соединенного Королевства и Нидерландов свидетельствует, что строгие, но обеспечивающие поддержку заключенных тюремные режимы, или замена инъекционного введения наркотиков их курением, приводят к значительному уменьшению применения инъекционных наркотиков в местах лишения свободы. Именно поэтому они концентрируют свои усилия на других аспектах сокращения вреда, например, заместительной терапии.

Вопросы лечения и ухода, связанные с ВИЧ/СПИДом

Задача медицинского лечения и психосоциальной поддержки наркопотребителей, живущих с ВИЧ/СПИДом, – помочь им справиться с этой инфекцией. Вовлечение ВИЧ-положительных наркопотребителей в программы первичной медицинской помощи и/или антиретровирусной терапии дает им возможность приобрести и укрепить навыки безопасного поведения, что может привести к значительному профилактическому эффекту применительно к распространению ВИЧ. Это особенно актуально, когда

параллельно с оказанием медицинской помощи потребителям наркотиков, живущих с ВИЧ/СПИДом, проводится соответствующая информационная и консультативная работа.

Снижение вреда в тюрьмах с учетом конкретных социальных, политических и культурных реалий

В Европе для решения проблемы употребления наркотиков все еще используются самые разнообразные методы. С помощью простого их анализа можно вычленил три основных подхода, а именно:

- Терапевтический подход, когда наркозависимость главным образом рассматривается как болезнь, а основное внимание уделяется ее лечению; при этом проблема зависимости от наркотиков рассматривается прежде всего с симптоматической точки зрения.
- Подход с ориентацией на социальный контроль, при котором основная цель – это освобождение общества от наркотиков, а главный акцент ставится на отказе от их употребления; согласно этому подходу, ключевыми составляющими национальной политики в отношении наркотиков является социальный контроль и методы подавления любого вида употребления наркотиков.
- Подход, ориентированный на ограничение ущерба, при котором употребление наркотиков рассматривается как один из аспектов социальной действительности; наркозависимость при этом часто рассматривается как преходящий этап в жизни человека, а усилия по ограничению ущерба направлены на обеспечение того, чтобы этот этап мог пройти либо вообще без какого-либо вреда для человека, либо с минимальными негативными последствиями.

На практике эти подходы редко применяются в чистом виде, так как в большинстве стран они используются в самых различных сочетаниях, хотя возможно и с преобладанием того или иного подхода в конкретный период времени.

Тем не менее, вполне вероятно, что выбор той или иной модели в отдельно взятой стране в значительной мере повлияет на расстановку, ожидания, приоритеты, а также позицию политических деятелей, тюремных служб, лиц, формирующих политику, и персонала, включая работников здравоохранения. Именно по этой причине отправной точкой Согласованного заявления по тюрьмам, наркотикам и обществу (проект ВОЗ “Охрана здоровья в тюрьмах” и Группа Помпиду, Совет Европы, 2002 г.) было установление принципов работы с заключенными, злоупотребляющими (или ранее злоупотреблявшими) наркотиками. Эти принципы основывались на осознании того факта, что проблемы, связанные с применением наркотиков в тюрьмах, должны рассматриваться в более широком социальном контексте; что между тюрьмами и обществом всегда имеет место перемещение людей; что заключение не должно означать большего наказания, чем лишение свободы; что исправительные учреждения должны обеспечивать безопасную, надежную и достойную среду для жизни и работы людей, и что условия работы людей в тюрьмах должны соответствовать действующему законодательству. В Заявлении было также подчеркнуто, что некоторые меры снижения вреда могут иногда плохо сочетаться с другими аспектами, касающимися управления тюрьмами, например, относящимися к вопросам безопасности, уголовного правосудия и гигиены труда.

Независимо от продолжающихся дебатов о том, какие из вышеуказанных подходов наиболее эффективны в тех или иных социальных условиях, представленные в данном докладе фактические данные научных и прикладных исследований говорят в пользу осуществления мероприятий по снижению вреда в тюрьмах всех европейских стран. Согласно выводам этого доклада, современная ситуация в области общественного здравоохранения требует немедленной организации служб снижения вреда, причем практические меры и масштабы их проведения могут варьироваться в зависимости от конкретной обстановки и потребностей каждой из стран.

Мероприятия по снижению вреда в тюрьмах: каков минимальный стандарт?

Объем фактических данных, свидетельствующих об эффективности мероприятий по уменьшению вреда, в настоящее время огромен, в связи с чем все более недопустимым становится факт очень медленного внедрения этих мероприятий в работу уголовно-исполнительных систем Европы.

По этой причине всем пенитенциарным системам рекомендуется:

- принять во внимание важность информирования и повышения осведомленности о негативных последствиях злоупотребления наркотиками как составного элемента подхода, основанного на соблюдении прав человека и охране общественного здоровья, даже в тех случаях, когда это связано с признанием ограниченной эффективности официальной политики, направленной на полный отказ от употребления наркотиков в местах лишения свободы;
- относиться ко вновь поступающим наркозависимым заключенным с пониманием их потребностей, оказывать им помощь в решении неотложных проблем и информировать их о том, какими средствами оказания помощи располагает данное исправительное учреждение;
- обеспечить все необходимое для того, чтобы персонал исправительных учреждений смог гарантировать получение всеми заключенными основных сведений о ВИЧ/СПИДе и прочих передающихся с кровью инфекциях и путях их распространения;
- обеспечить клиническое лечение наркозависимых заключенных в соответствии со стандартами такого лечения в местных сообществах;
- обеспечить выходящих на свободу заключенных адекватной информацией и рекомендациями;
- обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи, используя связи с гражданскими службами, что важно для всех заключенных с проблемами здоровья, и в особенности для наркозависимых.

Мы призываем все уголовно-исполнительные системы настолько быстро, насколько позволяют их ресурсы, приступить к осуществлению дополнительных мероприятий по снижению вреда и в частности:

- разработать плановую и всеобъемлющую программу клинического лечения наркозависимых заключенных, включающую заместительную поддерживающую терапию опиоидной зависимости;
- разработать и внедрить программу обмена игл, эквивалентную таким же программам, проводящимся в местных сообществах, особенно в районах с высоким уровнем распространенности ВИЧ или гепатита С, а также в случаях, когда имеются сведения о применении инъекционных наркотиков в данном учреждении УИС;
- обеспечить осуществление эффективного метода дезинфицирования игл и инструментария для нанесения татуировок, если обмен игл и шприцев представляется невозможным или ненужным.

Заключение

Настоящий доклад содержит обзор фактических данных о том, что именно исправительные учреждения могут сделать для сокращения риска увеличения распространенности ВИЧ и прочих передающихся с кровью заболеваний путем осуществления мер по снижению вреда среди наркозависимых заключенных. Было собрано достаточно информации, чтобы сделать заявление о том, что объем фактических данных, свидетельствующих о клинической и экономической эффективности заместительной поддерживающей терапии, позволяет в настоящий момент говорить о неотложной необходимости широкого внедрения этого подхода и оказания соответствующей поддержки персоналу УИС, в том числе в виде хорошо составленных и четких рекомендаций.

В то время, как решение о проведении программ обмена игл и шприцев зависит от распространенности злоупотребления наркотиками в местах лишения свободы и от уровня распространенности ВИЧ и гепатита С, огромные преимущества использования заместительной поддерживающей терапии остаются бесспорными. Они включают уменьшение числа случаев самоубийств и членовредительства, связанных с абстинентным синдромом, сокращение нарушений тюремного режима в период абстиненции, а также сокращение риска смертельной передозировки после выхода на свободу. Высокий уровень поддержки со стороны международных организаций и растущее признание клинической и экономической эффективности заместительной поддерживающей терапии указывают на то, что приоритетным направлением работы в ближайшее будущее должна стать разработка необходимых клинических и организационных и иных стандартов.

С точки зрения общественного здравоохранения, аргументы в пользу незамедлительных действий в этой области очень убедительны. Лица, определяющие политику в рамках уголовно-исполнительной системы (УИС), располагают сейчас не только отчетами об успешном опыте ряда европейских стран, но и многочисленными фактическими данными об эффективности предпринимаемых мер. Все это свидетельствует о том, что меры по снижению вреда, связанного с наркотиками, могут эффективно и безопасно проводиться в пенитенциарных учреждениях, что они позволяют существенно уменьшить риск распространения ВИЧ/СПИДа в обществе, и что в интересах охраны общественного здоровья работу в этом направлении нельзя откладывать ни на минуту.

Выражение признательности

Авторы данного доклада хотели бы выразить свою признательность David Marteau, Heino Stöver, Margareta Nilson и другим сотрудникам EMCDDA, а также Joris Casselman, Edoardo Spacca и Morag MacDonald за их ценные комментарии и рекомендации.

Они также выражают благодарность указанным ниже экспертам, принявшим участие в обсуждении и рецензировании предыдущего варианта настоящего документа в процессе работы круглого стола и специального симпозиума в рамках 7-ой европейской конференции по службам борьбы с наркотиками и ВИЧ/СПИДом в тюрьмах “Тюрьмы, наркотики и общество в расширяющейся Европе: поиск верного направления”, состоявшейся в марте 2004 г. в Праге:

Joe Beupon (Международный комитет Красного Креста)

Vikky Bullock (Служба по наркотикам Крэнстоуна, Соединенное Королевство)

Joris Casselman (Левенский университет, Бельгия)

Martin Donoghoe (Европейское региональное бюро ВОЗ)

Jan Flikkema (Национальное агентство исправительных учреждений, Нидерланды)

Alec Gatherer (Европейское региональное бюро ВОЗ)

Auke van der Heide (Министерство юстиции, Нидерланды)

Paul Hayton (Сотрудничающий центр ВОЗ, Департамент здравоохранения, Англия и Уэльс, Соединенное Королевство)

Laetitia Hennebel (Служба по наркотикам Крэнстоуна, Соединенное Королевство)

Andrej Kastelic (Центр по борьбе с наркозависимостью, Словения)

Karlheinz Keppler (Justizvollzugsanstalt für Frauen Vechta, Германия)

Vera Kodesova (Чешское управление тюрем, Чешская Республика)

Eva Kroplin (Совет Европы)

Marzena Ksels (Центральное управление тюрем, Польша)

Michel Laurent (Chef de Service – SMPR, EPS Charcot, Франция)

Lars Moller (Европейское региональное бюро ВОЗ)

Morag MacDonald (Центр научных исследований и качества, Университет Центральной Англии, Соединенное Королевство)

Manuela dos Santos Pardal (Министерство юстиции, Португалия)

Edoardo Spacca (Служба по наркотикам Крэнстоуна, Соединенное Королевство)

Bernhard Spitzer (Justizanstalt Stein, Министерство юстиции, Правительство Нижней Австрии, Австрия)

Heino Stöver (Бременский институт исследований в области наркомании, Бременский университет, Германия)

Ambros Uchtenhagen (Научно-исследовательский институт наркозависимости, Цюрихский университет, Швейцария)

Caren Weilandt (Научно-исследовательский институт Германской медицинской ассоциации (WIAD), Германия)

Основные источники и библиография

При подготовке данного документа были использованы следующие важные заявления, рекомендации и документы Организации Объединенных Наций, Всемирной организации здравоохранения, Совета Европы и Европейского союза:

- Конвенции ООН по борьбе с наркотиками (УНП ООН, 1961, 1971, 1988 гг.), в частности Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., пересмотренная в Протоколе 1972 г. (УНП ООН, 1961 г.), в частности в разделе 38 о мероприятиях по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами;
- Заключения и рекомендации Конференции по борьбе с наркотическими средствами и психотропными веществами в Европе, Группа Помпиду/Международный совет по борьбе с наркотиками, 2002 г.
- Европейский план действий по борьбе с наркотиками, 2000–2004 гг. (Европейская Комиссия, 1999, 2001, 2002 гг.)
- *Отчет Международного совета по борьбе с наркотиками за 2003 г.*, параграф 222, в котором говорится о том, что заместительная терапия не противоречит условиям договора, если проводится в соответствии с общепринятыми принципами лечения.
- Различные материалы Всемирной организации здравоохранения, включая постановление 1989 г. о лечении и ведении лиц с опиоидной зависимостью (Gossop, 1989 г.).

Библиография:

Council of the European Union (2003). Council recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. *Official Journal of the European Union*, L 165 (3 July): 31–33 (http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=EN&numdoc=32003H0488&model=guichett, accessed 10 January 2005).

Dolan K et al. (2003). A randomized controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 72: 59–65.

EMCDDA (2003). *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/home-en.html>, accessed 10 January 2005).

EMCDDA (2004). *Annual report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (<http://annualreport.emcdda.eu.int/en/home-en.html>, accessed 10 January 2005).

European Commission (1999). *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on*

the European Union action plan to combat drugs (2000–2004). Brussels, European Commission (http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_d oc=COMfinal&an_doc=1999&nu_doc=239, accessed 10 January 2005).

European Commission (2001). *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on the implementation of the EU Action Plan on Drugs (2000–2004)*. Brussels, European Commission (http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_d oc=COMfinal&an_doc=2001&nu_doc=301, accessed 10 January 2005).

European Commission (2002). *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on the mid-term evaluation of the EU Action Plan on Drugs (2000–2004)*. Brussels, European Commission (http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_d oc=COMfinal&an_doc=2002&nu_doc=599, accessed 10 January 2005).

Gossop M (1989). *The uses of methadone in the treatment and management of opioid dependence*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hq/1989/WHO_MNH_DAT_89.1.pdf, accessed 10 January 2005).

International Narcotics Control Board (2003). *Report of the International Narcotics Control Board for 2003*. Vienna, International Narcotics Control Board (<http://www.incb.org/e/ar/2003>, accessed 10 January 2005).

Lines R et al. *Prison needle exchange: lessons from a comprehensive review of international evidence and experience*. Dublin, Irish Penal Reform Trust, 2004 (<http://www.iprt.ie/iprt/1052>, accessed 10 January 2005).

Merino PP (2003). *Criminal justice based drug demand and harm reduction interventions in the EU – an analysis of police station, court and prisons-based programmes contained in the drug demand reduction information system, EDDRA*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (http://eddrpdf.emcdda.eu.int/eddra_cjs.pdf, accessed 10 January 2005).

Stöver H, Nelles J. Ten years' experience with needles and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 2003; 14:436–444.

United Nations (1998). *Declaration on the guiding principles of drug demand reduction*. United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem, 1998. New York, United Nations (<http://www.un.org/ga/20special/demand.htm>, accessed 10 January 2005).

UNODC (1961). *Single Convention on Narcotic Drugs*, 1961. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/unodc/en/un_treaties_and_resolutions.html, accessed 10 January 2005).

UNODC (1971). *Convention on Psychotropic Substances, 1971*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/unodc/en/un_treaties_and_resolutions.html, accessed 10 January 2005).

UNODC (1988). *Convention against the Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/unodc/en/un_treaties_and_resolutions.html, accessed 10 January 2005).

WHO Health in Prisons Project and Pompidou Group, Council of Europe (2002). *Prisons, drugs and society: a consensus statement on principles, policies and practices, Berne, Switzerland, 2001*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e81559.pdf> accessed 10 January 2005).

WHO Health in Prisons Project (2003). *Declaration. Prison health as part of public health, Moscow, 24 October 2003*. London, WHO Health in Prisons Project (http://www.hipp-europe.org/news/moscow_declaration_eng04.pdf, accessed 10 January 2005).

WHO Regional Office for Europe (1999). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva, UNAIDS (http://www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?LANG=en&href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fPublications%2fIRC-pub01%2fJC277-WHO-Guidel-Prisons_en%26%2346%3bpdf, accessed 10 January 2005).

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) and UNAIDS (2004a). *Policy brief: the reduction of HIV transmission through drug dependence treatment*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/entity/hiv/pub/advocacy/en/drugdependencetreatmenten.pdf> accessed 10 January 2005).

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) and UNAIDS (2004b). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf accessed 10 January 2005).

Основные источники:

Burrows D. *Treatment, care and support of injecting drug users living with HIV/AIDS: implications for Ukraine*. Médecins Sans Frontières Holland Ukraine program, 2000 (<http://www.drugtext.org/library/articles/msf/HIV+IDUsReport.htm>, accessed 10 January 2005).

De Ruyver B, Vermeulen G, Owel M. *Technical report on the legal pre)conditions and control mechanisms with regard to risk reduction*. Independent Advice to the Pompidou Group, Council of Europe. Ghent, Research Group Drug Policy, Criminal Policy, International Crime, Ghent University, 2000 (http://www.ircp.be/uk/publ_detail.asp?ref=Publications&id=238, accessed 10 January 2005).

EMCDDA. *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons*. London, Cranstoun Drug Services Publisher, 2001.

EMCDDA. *Treating drug users in prison – a critical area for health-promotion and crime-reduction policy*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003 (Drugs in Focus, No. 7;

<http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=439&sLanguageISO=EN>, accessed 10 January 2005).

Farrell M. The role of substitution treatments in the prison setting. In: Bullock V, ed. *Prison, drugs and society in the enlarged Europe: looking for the right direction. 7th Annual Conference of the European Network of Drug Services in Prisons*. London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Gowing L et al. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, 4:CD004145.

Lee JW. *Breaking the barriers – partnership to fight HIV/AIDS in Europe and central Asia*. Speech, Director-General, World Health Organization, Dublin, Ireland, 23 February 2004 (http://www.who.int/dg/lee/speeches/2004/dublin_breakingthebarriers/en, accessed 10 January 2005).

Luckett C. Keynote address to the 7th European Conference on Drugs and HIV/AIDS in Prison, Prague, Czech Republic, 25–27 March 2004. In: Bullock V, ed. *Prison, drugs and society in the enlarged Europe: looking for the right direction. 7th Annual Conference of the European Network of Drug Services in Prisons*. London, Cranstoun Drug Services, 2004.

MacDonald M. Services to drug users within the prison systems of the accession countries: preliminary results. In: Bullock V, ed. *Prison, drugs and society in the enlarged Europe: looking for the right direction. 7th Annual Conference of the European Network of Drug Services in Prisons*. London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Mattick RP et al. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, 3:CD002207.

Menova C et al. Needle exchange programme (NEP) in the prison of Bilbao, 2 years experience 1997–1999. XIII International Aids Conference, Durban South Africa, 9–14 July 2000 (Abstract TuOrD322; <http://www.aegis.com/conferences/13WAC/TuOrD322.html>, accessed 10 January 2005).

Merino P. Incarceration: a major aggravation factor when associated with drug use. In: Bullock V, ed. *Prison, drugs and society in the enlarged Europe: looking for the right direction. 7th Annual Conference of the European Network of Drug Services in Prisons*. London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Muscat R. *Drug use in prison*. Strasbourg, Council of Europe, Pompidou Group, 2000.

Royal College of General Practitioners. *Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care*. London, Royal College of General Practitioners, 2003.

Seaman S, Brettle R, Gore S. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison, a database linkage study. *British Medical Journal* 1998; 316:426–28.

Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 59:17–31.

Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, eds. *Drug injecting and HIV infection: global dimensions and local responses*. London, University College of London Press, 1998.

Stimson GV et al. *Rapid assessment and response technical guide. TG-RAR*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Index.html>, accessed 10 January 2005).

Stöver H, Hennebel LC, Casselman J. *Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries*. London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Stöver H, Nelles J. Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 2003; 14:437–44.

Uchtenhagen A. Drug abuse treatment in the prison milieu, a review of the evidence. In: Pompidou Group, Council of Europe. *Prisons, drugs and society*. Strasbourg, Council of Europe, 2002 (http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/you_prisons_drugs_and_society%20_bern_eng_pdf.asp#TopOfPage, accessed 10 January 2005).

UNAIDS. *Prisons, drugs and society. Preventing the transmission of HIV among drug abusers: a position paper of the United Nations System*. Geneva, UNAIDS, 2000 (<http://www.unaids.org/wac/2001/background/HRAIDS.DOC>, accessed 10 January 2005).

UNODC. *World AIDS Day, 1 December 2003: message by Mr. Antonio Maria Costa, Executive Director, United Nations Office on Drugs and Crime*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2003 (http://www.unodc.org/unodc/en/speech_2003-12-01_2.html, accessed 10 January 2005).

Van der Linde F. Drugs and society. In: Pompidou Group, Council of Europe. *Prisons, drugs and society*. Strasbourg, Council of Europe, 2002 (http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/you_prisons_drugs_and_society%20_bern_eng_pdf.asp#TopOfPage, accessed 10 January 2005).

Waal H., Risk reduction as a component of a comprehensive, multidisciplinary approach to drug abuse problems. Discussion paper, 2000.

Ward J, Mattick RP, Hall W. *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 1998.

Weber R et al. Progression of HIV infection in misusers of injected drugs that stop injecting or follow a programme of maintenance treatment with methadone. *British Medical Journal*, 1990, 301:1362–65.

WHO Regional Office for Europe. *HIV in prisons*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/e77016.pdf> accessed 10 January 2005).

HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2003. Saint Maurice, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV), Institut de Veille Sanitaire, 2003 (No. 70; http://www.eurohiv.org/reports/index_reports_eng.htm, accessed 10 January 2005).

WHO Regional Office for Europe. *Principles for preventing HIV infection among drug users*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (http://whqlibdoc.who.int/euro/1998-99/EUR_ICP_LVNG_02_06_01.pdf, accessed 10 January 2005).



Prison Health, London
WHO Collaborating Centre for Promoting Health in Prisons