



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime

**LIETUVOS ĮSTATYMŲ IR BENDROSIOS STRATEGIJOS DĖL
ŽIV/AIDS PREVENCIJOS IR SLAUGOS TARP ŠVIRKŠČIAMŲJŲ
NARKOTIKŲ VARTOTOJŲ LAISVĖS ATĖMIMO VIETOSE ANALIZĖ**

Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo biuro (UNODC – *angl.* United Nations Office on Drugs and Crime) ataskaita apie regioninio projekto „ŽIV/AIDS prevencija ir slauga tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Estijos, Latvijos ir Lietuvos laisvės atėmimo vietose“

Autoriai:
Dovilė Juodkaitė
Dr. Rokas Uscila

Tarptautinis konsultantas:
Prof. dr. Heino Stöver

Turinys

Santrauka	3
1. Lietuvos įsipareigojimai įgyvendinant tarptautinius reikalavimus dėl ŽIV/AIDS epidemijos prevencijos ir kontrolės	9
2. Šalių atsakai į ŽIV/AIDS problemą	14
3. ŽIV/AIDS ir narkomanijos paplitimas Lietuvoje.....	16
4. Lietuvos atsakas į ŽIV/AIDS ir vyraujanti kovos šia liga praktika.....	18
5. Bendrosios nuostatos dėl narkomanijos ir ŽIV/AIDS prevencijos, gydymo ir kontrolės, įtvirtintos Lietuvos įstatymuose	20
5.1. Ištyrimas dėl ŽIV, hepatito, tuberkuliozės	22
5.2. Žalos mažinimo paslaugos.....	22
6. Lietuvos kalnimo įstaigų sistema	24
6.1. Kompetencija ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimas	24
6.2. Biudžetas, skiriamas sveikatos priežiūrai kalnimo įstaigose.....	26
7. ŽIV/AIDS, narkotikų vartojimo ir susijusių infekcijų paplitimas Lietuvos kalnimo įstaigų sistemoje	28
8. Lietuvos atsakas į ŽIV/AIDS epidemiją kalnimo įstaigų sistemoje.....	34
8.1. Konkrečios nuostatos dėl narkomanijos ir ŽIV/AIDS prevencijos, gydymo ir kontrolės kalnimo įstaigų sistemoje.....	37
8.2. Ištirimo dėl infekcinių ligų kalnimo įstaigų sistemoje strategija ir praktika	39
8.3. Kalnamų asmenų, sergančių narkomanija ir ŽIV/AIDS, gydymas ir slauga	40
8.4. Kalnamųjų, sergančių ŽIV, perkėlimo į kitas įstaigas ir išleidimo iš laisvės atėmimo vietų strategija.....	43
9. Išvados	45
10. Rekomendacijos	48

Santrauka

Pranešimas „Lietuvos įstatymų ir bendrosios strategijos dėl ŽIV/AIDS prevencijos ir slaugos tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų laisvės atėmimo vietose analizė“ paruoštas vykdant Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo biuro (UNODC – angl. United Nations Office on Drugs and Crime) projektą „ŽIV/AIDS prevencija ir slauga tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Lietuvos, Latvijos ir Estijos laisvės atėmimo vietose“.

Šiame pranešime pateikiama visa turima informacija apie šiuo metu taikomą strategiją, teisinę ir norminę sistemą, reglamentuojančią priklausomybės nuo narkotikų gydymą, ŽIV/AIDS prevenciją, gydymą ir slaugą, įstatymus dėl ŽIV stebėjimo, tarp jų įstatymus ir strateginius dokumentus dėl ŽIV/AIDS prevencijos, gydymo ir slaugos tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (ŠNV) laisvės atėmimo vietose apžvalga. Pranešime taip pat bendrais bruožais apibūdinamos esamos teisinės kliūtys, įgyvendinant veiksmingas intervencijas, šalies įstatymų atitikimas pagrindiniams tarptautiniams principams ir normoms bei pateikiamos rekomendacijos dėl tolesnio įstatymų ir reglamentuojančių teisės aktų sistemos įtvirtinimo.

Asmenys, esantys laisvės atėmimo vietose, kaip ir visi kiti žmonės, turi ir naudojami visomis pagrindinėmis teisėmis, kurios ir toliau lieka galioti asmenį įkalinus, taip pat ir teise išsaugoti aukščiausio esamomis sąlygomis pasiekiamo lygio fizinę ir psichinę sveikatą. Visame pasaulyje ŽIV susirgimo atvejai žymiai dažnesni tarp nuteistųjų ir suimtųjų, nei tarp kitų šalies piliečių. Kaip taisyklė, šią situaciją lydi ir gerokai apsunkina didelis sergamumas kitomis infekcinėmis ligomis: hepatitu, tuberkulioze. Nesėkmingi mėginimai pašalinti infekcijų plitimo rizikos veiksnius laisvės atėmimo vietose reiškia, kad su ŽIV susiję pavojai sveikatai kalėjime ir laisvėje yra neatskiriami, todėl būtini bendri tarpusavyje suderinti veiksmai. Tai gana sunkus išbandymas tiek kalėjimų sistemos ir visuomenės sveikatos sistemos vadovams, tiek šalių vyriausybėms.

Pasaulinės ŽIV/AIDS epidemijos pavojaus akivaizdoje tarptautinė bendruomenė sukūrė pagrindinius efektyvios kovos su pandemija principus ir strategiją, siekdama palengvinti tiek žmonių kančias, tiek socialinę – ekonominę našta šalims ar gyventojų grupėms, labiausiai paveiktoms pandemijos. Visuotinai pripažįstama, kad pagarba žmogaus teisėms, jų apsauga ir rėmimas yra ŽIV perdavimo prevencijos, nesaugumo nuo infekcijos mažinimo ir sėkmingo ŽIV/AIDS sukeltų problemų sprendimo pagrindas.

Įvairiose šalyse sukaupti duomenys ir pasaulinė patirtis rodo, kad Europos regione ŽIV iš esmės perduodamas, vartojant švirkščiamuosius narkotikus; taigi, ŽIV/AIDS prevencija Centrinėje ir Rytų Europoje turėtų būti sutelkta ties intervencijų, skirtų švirkščiamųjų narkotikų vartotojams ir jų lytiniais partneriams, pritaikymu.

Lietuva nėra išimtis. Pagrindinis ŽIV perdavimo būdas Lietuvoje yra intraveninis narkotikų vartojimas, kuris yra užsikrėtimo ŽIV priežastis daugiau nei 75 procentais visų atvejų. 2007 m. sausio 1 d. duomenimis iš viso šalies sveikatos priežiūros įstaigose dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, sukeltų narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, buvo registruoti 5573 asmenys. Tyrimai rodo, kad daugiau nei 90 procentų registruotų asmenų vartojo opiatų.

Įvairiose šalyse užsikrėtimo ŽIV atvejų dalis yra gerokai didesnė tarp asmenų, laikomų kalinimo įstaigose, lyginant su kitais šalies gyventojais. O užsikrėtimo hepatito C virusu atvejai čia pasitaiko dar dažniau. Kalėjime vis dar galima įsigyti narkotikų nelegaliai, nepaisant nepertraukiamų kalėjimų sistemos pastangų užkirsti kelią narkotikų vartojimui tarp kalinamų asmenų: bandymų užkardyti narkotikų patekimą į kalinimo įstaigas, griežtos receptinių narkotinių medžiagų išdavimo kontrolės, baudžiamosios atsakomybės taikymo kalinamųjų atžvilgiu dėl neteisėto narkotikų laikymo ir vartojimo. Švirkščiamųjų narkotikų vartojimas kalėjime kelia ypač didelį nerimą dėl ŽIV ir kitų per kraują perduodamų infekcijų – hepatito C ir B. To priežastis – reiškinys, kai narkotikus besišvirkščiantys kalinamieji dažnai bendrai naudojimosi tomis pačiomis adatomis, švirkštais ar kita švirkštimosi įranga, kas ypač skatina ŽIV plitimą.

Remiantis Lietuvoje surinktais duomenimis, nuo 1998 m. stebimas pastovus ir tolygus narkotikų vartotojų skaičiaus tarp kalinamų asmenų augimas. 1998 m. narkotikų vartotojai sudarė

6,6 procento tarp kalinamų asmenų, 2006 – jau 18,6 procento, t. y. šis skaičius išaugo beveik 1,5 karto. Opiatų vartojimas sudarė didžiąją dalį narkotikų vartojimo atvejų tarp kalinamų asmenų, t. y. 536 narkotikų vartojimų atvejais (6,6%), nustatytais 2006 m., o 700 atvejų (8,7%) vartojo keletą narkotikų vienu kartu. Švirkščiamieji narkotikai sudarė daugiau nei du trečdalius visų vartojamų narkotikų.

Po ŽIV protrūkio Alytaus griežto režimo pataisos darbų kolonijoje 2002 m. (kai po patikrinimo buvo nustatyti 299 nauji ŽIV atvejai) vidutinis metinis skaičius asmenų, kuriems ŽIV nustatytas jiems būnant kalinimo įstaigoje, per pastaruosius 3 metus yra 200. Nauji ŽIV atvejai, nustatyti kalinimo įstaigų sistemoje, sudaro maždaug pusę visų naujų ŽIV atvejų Lietuvoje. Remiantis turimais duomenimis iki 64 procentų (813 iš bendro 1273 atvejų skaičiaus) visų ŽIV užsikrėtusių asmenų yra buvę kurioje nors kalinimo įstaigoje. Šalies kalinimo įstaigose pastoviai kali apie 270 ŽIV užsikrėtusių asmenų.

Tarptautiniuose dokumentuose, kuriuose akcentuojama ŽIV/AIDS prevencija ir slauga kalinimo įstaigoje, pateikiamos aiškios veiklos gairės kalėjimų sistemoms, tobulinančioms ir įgyvendinančioms veiksmingą atsaką į ŽIV/AIDS kalinimo įstaigose. Dokumentuose įtvirtintos nuostatos dėl ŽIV perdavimo atvejų skaičiaus mažinimo kalinimo įstaigose, kas, savo ruožtu, stabdo infekcijos plitimą bendruomenėje ir skatina bendrą sveikatingumą, kalinamų asmenų teisę į sveikatos priežiūrą, maksimaliai atitinkančią sveikatos priežiūros lygį bendruomenėje, išvengiant stigmatos ir diskriminacijos. Kalinamų asmenų skaičiaus mažinimas bei kalinimo įstaigų perpildymo problemos sprendimas taip pat turėtų tapti neatskiriama visapusiškos kovos su ŽIV/AIDS strategijos kalinimo įstaigose dalimi.

Lietuva, kaip ir kitos šalys, dar kartą patvirtino savo pasižadėjimą iki galo įgyvendinti visus savo tarptautiniais dokumentais ir deklaracijomis patvirtintus įsipareigojimus – taigi, ir įsipareigojimą tobulinti ir įgyvendinti šalies įstatymus, strategijas ir programas, neprieštaraujančias žmogaus teisėms stiprinti sveikatą, būnant kalinimo įstaigoje, kaip ir įsipareigojimą stabdyti ŽIV infekcijos bei kitų infekcinių ligų plitimą.

Nors šalys pačios renkasi efektyviausią atsaką į ŽIV/AIDS problemą kalinimo įstaigose, atsižvelgdamos į vyraujančias ekonomines ir socialines sąlygas, taip pat susiklosčiusias kultūrinės, visuomeninės ir religinės tradicijas, tai nereiškia, kad vyriausybė dėl šių tautinių ir vietinių ypatumų gali nesilaikyti ar nepaisyti savo įsipareigojimų siekti tarptautinių standartų kalinimo įstaigų, sveikatos ir žmogaus teisių srityje. Tarptautinėje teisėje yra aiškiai deklaruojama, kad išteklių stoka neatleidžia valstybės nuo jos įsipareigojimų užtikrinti deramas ir žmoniškas kalinimo sąlygas.

Pagrindiniai Lietuvos prioritetai, pateikiant atsaką į ŽIV/AIDS visos šalies mastu, yra išdėstyti Valstybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos programoje. Šiuo metu Valstybinė ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programa yra pagrindinis strateginis dokumentas bendrosios politikos sveikatos srityje, kuriame išvardyti visi šalies atsako į ŽIV tikslai. Programa buvo sukurta atsižvelgiant į įvairius tarptautinius dokumentus ŽIV/AIDS kontrolės, mažinimo ir prevencijos klausimais, o taip pat Lietuvai siekiant ir toliau išlikti žemo sergamumo ŽIV/AIDS šalimi iki 2010 m.

Valstybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos programoje numatyta nemažai priemonių, užtikrinant ŽIV/AIDS ir su šiais susirgimais susijusių infekcijų prevenciją pataisos įstaigose.

Tarpinėje veiklos, numatytos Valstybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programoje apžvalgoje, atliktoje 2006 m., buvo įvertinta padaryta pažanga. Nepaisant visų pastangų, prevencija Lietuvoje nebuvo pakankamai plačiai įgyvendinta, o ŽIV ir toliau plito. Egzistuoja tam tikros itin didelio pažeidžiamumo sritys, kuriose didelė tikimybė artimiausioje ateityje ir toliau plisti ŽIV. Viena tokių vietų, reikalaujančių neatidėliotinių veiksnių dėl didelės ŽIV infekcijos plitimo tikimybės yra laisvės atėmimo vietos. Patys programos autoriai prognozavo, kad nebus pasiekta daugumos planuotų rodiklių, kurie buvo numatyti įgyvendinti programos rėmuose, siejamų su kalinamais asmenimis ir ypač su švirkščiamųjų narkotikų vartotojais. Tarpinės veiklos apžvalgoje buvo labai kritiškai vertinamas prevencinių priemonių įgyvendinimo bausmių vykdymo sistemoje procesas.

Atsižvelgiant į aukščiau išdėstytą medžiagą galima padaryti šias išvadas dėl Lietuvos strategijos ŽIV/AIDS prevencijos ir slaugos tarp švirksčiamųjų narkotikų vartotojų laisvės atėmimo vietose.

1. Nors Lietuvos Vyriausybė pasirašė ir/arba ratifikavo pagrindinius tarptautinius ir regioninius dokumentus dėl kovos su ŽIV/AIDS, vis dėlto, ji neįvykdė visų prisiimtų tarptautinių įsipareigojimų. Daugiausia abejonų kelia Dublino deklaracijos „Dėl partnerystės kovoje su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje“, kuria buvo siekiama užtikrinti, kad iki 2010 m. 80% asmenų, esančių didžiausios rizikos grupėje ir labiausiai ŽIV/AIDS pažeidžiamų (įskaitant kalinius), būtų įtraukta į plataus masto prevencines programas, nuostatų įgyvendinimas. Tas pats pasakytina ir apie platų prevencinių priemonių įgyvendinimą, gydymą nuo narkotinės priklausomybės, žalos mažinimo programas švirksčiamųjų narkotikų vartotojams Lietuvoje (pvz., adatų ir švirksčių keitimo programas, dezinfekcinio skysčio ir prezervatyvų dalijimą, savanorišką konsultavimą ir ištyrimą dėl ŽIV, pakaitinį gydymą nuo opioidinės priklausomybės, LPS diagnostiką ir gydymą).

Lietuvos Vyriausybė dar neįvykdė savo įsipareigojimų, išdėstytų Vilniaus deklaracijoje „Dėl priemonių stiprinant atsakus į ŽIV/AIDS Europos Sąjungoje ir kaimyninėse šalyse“. Lietuvos, kaip ir kitų šalių atstovai, deklaravo savo pasiryžimą suteikti visiems prieinamas, įperkamas, laisvas nuo smerkimo ir nediskriminuojančias ŽIV/AIDS bei su kitomis lytiškai plintančiomis infekcijomis susijusias paslaugas, taip pat prevencinę informaciją ir veiklą, savanorišką ir konfidencialų konsultavimą ir testavimą, prezervatyvų dalijimą, gydymą nuo narkotinės priklausomybės ir žalos mažinimo paslaugas narkotikų vartotojams; teikti visiems prieinamą, įperkama, laisvą nuo smerkimo ir nediskriminuojančią efektyvią, tinkamą ir saugią slaugą, gydymą ir paramą, taip pat ir antiretrovirusinį gydymą bei žalos mažinimo priemones. Tačiau beveik visos aukščiau išvardytos priemonės yra vis dar neprieinamos asmenims, laikomiems Lietuvos kalinimo įstaigose.

2. Lietuvos įstatymai įtvirtina nuostatą, kad prieš įstatymus visi lygūs, ir kiekvienam piliečiui yra garantuojamos sveikatos priežiūros paslaugos. Be to, teisės aktai užtikrina gydymą ir kalinamiesiems, išsaugantį jų sveikatą ir orumą, o jiems teikiamos gydymo paslaugos turi būti lygiavertės paslaugoms, kurios teikiamos visiems kitiems Lietuvos piliečiams. Taigi, nėra teisnių barjerų savo efektyvumą įrodžiusių intervencijų įgyvendinimui, kurias rekomenduoja PSO/UNODC/UNAIDS, kalinamų asmenų atžvilgiu. Tačiau praktikoje kalinimo įstaigose netaikomas nei pakaitinis gydymas nuo opioidinės priklausomybės, nei adatų keitimo programos, išskyrus minimalias žalos mažinimo priemones, tokias kaip dezinfekcinis skystis. Tiems asmenims, kuriems yra išsivysčiusi narkotinė priklausomybė, nesiūlomas jokios ilgalaikės reabilitacijos paslaugos, išskyrus stacionare teikiamas psichiatro paslaugas. O tai jau yra kalinamo asmens teisės gauti sveikatos priežiūros paslaugas, lygiavertes toms, kurios teikiamos visiems Lietuvos gyventojams, pažeidimas.
3. Kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Lietuvos kalinimo įstaigose tampa akivaizdu, kad egzistuoja atskira kalėjimų sveikatos priežiūros sistema pavaldi sistemai, daugiau ar mažiau atskirtai nuo bendrosios sveikatos apsaugos. Šiuo metu sveikatos priežiūra Lietuvos kalinimo įstaigose yra pavaldi Teisingumo ministerijai. Lygiai taip pat akivaizdu, kad stinga bendrų veiksmų reglamentavimo ir koordinavimo tarp Teisingumo ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijos, aiškaus vaidmenų bei atsakomybės pasiskirstymo teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kalinimo įstaigų sistemoje. Nors sveikatos priežiūros sektoriui, jo plėtrai, organizavimui ir bendrai strategijai vadovauja Sveikatos apsaugos ministerija, tenka pripažinti, kad šios ministerijos dalyvavimas sveikatos priežiūros procese kalinimo įstaigos sąlygomis

apsiriboja patikrinimais ir kalinamų asmenų skundų dėl sveikatos priežiūros nagrinėjimu. Kadangi nėra aiškaus funkcijų pasiskirstymo tarp atskirų ministerijų ir Kalėjimų departamento, kartais specialūs teisės aktai ir taisyklės yra priimamos, tinkamai nepasikonsultavus ir nekoordinuojant veiksmų šių dokumentų rengimo fazėje, o tai gali sukelti įvairių sunkumų kalinamiems asmenims.

4. Skirtingi finansavimo šaltiniai, iš kurių apmokamos ŽIV infekuotų asmenų, esančių laisvės atėmimo vietose, sveikatos priežiūros paslaugos. Apskritai, asmenys, sergantys užkrečiamosiomis ligomis (ŽIV/AIDS), yra draudžiami valstybės lėšomis. Tačiau sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos suimtiesiems ir nuteistiesiems, yra apmokamos iš Kalėjimų departamentui numatyto ir jo administruojamo biudžeto. Kadangi nėra atskiros biudžeto eilutės, skirtos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimui, šios lėšos skiriamos pagrįdę personalo išlaikymui ir reikalingų medikamentų įsigijimui. Numatyto biudžeto nepakanka (biudžeto apribojimai gali priversti kalinimo įstaigos administraciją kreipti didesnę dėmesį saugumo aspektams sveikatos priežiūros reikalavimų vykdymo sąskaita). Be to, dėl bendro visuomenės nusistatymo šios problemos negauna tinkamo atgarsio, nes manoma, jog kriminaliniai nusikaltėliai tiesiog negali turėti geresnių sąlygų, nei visi kiti žmonės. Toks požiūris paaiškina prastą sveikatos priežiūros kokybę ir nedidelį teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų bei programų kiekį – šios paslaugos ir programos laikomos nebūtina prabanga.
5. Šis tyrimas parodė, kad ypač šlubuoja įvairių prevencinių priemonių įgyvendinimas kalinimo įstaigų sistemoje. Nepaisant šiuo metu gerai veikiančio patikros dėl sergamumo įvairiomis infekcinėmis ligomis mechanizmo, kalinimo įstaigose nesukurta prevencinės veiklos sistema. Faktiškai, prevencinis darbas narkomanijos ir ŽIV/AIDS srityje apsiriboja tik švietimu ir bendrąja prevencija, tačiau nėra specialių prevencinių priemonių, orientuotų į asmenis ar asmenų grupes, esančias padidintos rizikos zonoje.
6. Nors sukurtos organizacinės, techninės ir teisinės prielaidos užtikrinti asmenų, sergančių ŽIV/AIDS bei kitomis infekcinėmis ligomis, gydymą ir slaugą įstaigoje, kurioje nuteistieji atlieka laisvės atėmimo bausmę, egzistuoja akivaizdi problema dėl gydymo ir slaugos tęstinumo, perkeliant nuteistuosius iš vienos kalinimo įstaigos į kitą ar paleidžiant nuteistuosius iš kalinimo įstaigos. Asmenų, sergančių ŽIV, perkėlimas ar išleidimas, neužtikrinant reikiamos priežiūros, gali paskatinti ŽIV plitimą tuose visuomenės sluoksniuose, į kuriuos šie žmonės patenka.
Nėra beveik jokio ryšio ar apsikėitimo informacija su paslaugų teikėjais, dirbančiais už kalinimo įstaigos ribų. Dažniausiai aiškinama, kad labai sudėtinga koordinuoti paleidimą iš kalinimo įstaigos, nes konfidencialumą garantuojantys įstatymai neleidžia įvardinti ŽIV užsikrėtusio asmens. Tačiau dalyvavimas specialiose savanoriškose paruošimo išėjimui į laisvę programose nebūtinai prieštarauja konfidencialumą saugantiems įstatymams.

Pagal Įsipareigojimų deklaraciją, priimtą Jungtinių Tautų Generalinės asamblėjos specialiojoje sesijoje ŽIV/AIDS klausimais (UNGASS deklaracija): „Tvirtas vadovavimas visuose visuomenės lygmenyse yra būtinas, siekiant suformuoti efektyviausią atsaką (ŽIV/AIDS) epidemijai.“ Tai ypač teisinga, kalbant apie kalinimo įstaigų sistemą. Reikalinga politinė lyderystė, siekiant bendrų tikslų, suformuotų tarptautiniuose įsipareigojimuose (pvz., Dublino deklaracija) ir skirstant lėšas, reikalingas užtikrinti tokius pačius kalinių sveikatos priežiūros standartus, kaip ir taikomus visų kitų visuomenės narių sveikatos priežiūrai. Pastovus veiksmų koordinavimas ir abipusė pagalba tarp pagrindinių šio proceso organizatorių yra lemiamas faktorius.

Rekomenduojama pateikti pataisas norminių aktų, reglamentuojančių trijų pagrindinių subjektų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas kalnimo įstaigų sistemoje, t.y. Sveikatos apsaugos ministerijos, Teisingumo ministerijos ir Kalėjimų departamento, vaidmenį, funkcijas ir atsakomybę.

Siekiant veiksmingo atsako į ŽIV/AIDS įgyvendinimo reikia remtis pagrindiniais principais bei pasiteisinusia praktika, aprašyta įvairiuose tarptautiniuose dokumentuose.

Rekomendacijos dėl kalnimo įstaigų, pateikiamos tarpinėje ataskaitoje apie Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programos įgyvendinimą Lietuvoje (atliktoje 2006 m. rugpjūčio mėn.), turi būti itin aktyviai įgyvendinamos laisvės atėmimo vietose:

- pradėti taikyti pakaitinį gydymą nuo opioidinės priklausomybės ir adatų keitimą visų tipų laisvės atėmimo vietose;
- skatinti bendradarbiavimą su NVO, dirbančiomis kalnimo įstaigose preventinį darbą, vykdančiomis švietimą tarp kalniamųjų „lygus su lygiu“ principu ir teikiančiomis įvairiapusę paramą kalnimo įstaigoje esantiems asmenims;
- medicinos personalas turėtų atlikti labiau glbojantį vaidmenį kalinių atžvilgiu, o visi medicininiai tyrimai visada turi būti atliekami tik laisva valia ir visada tik iš anksto gavus pačių tiriamųjų sutikimą juos atlikti;
- svarbu, kad ŽIV sergantys asmenys būtų pastoviai specialistų tiriami siekiant užtikrinti, kad jiems būtų taikomas antiretrovirusinis gydymas, kai tik atsiranda poreikis jį taikyti.

Kalnimo įstaigose vykdoma narkotikų ir žalos mažinimo strategija turėtų būti vystoma, siekiant informuoti ir teikti paslaugas, atitinkančias kalinių sveikatos ir socialinius poreikius. Strategijos sudėtinės dalys:

- Turėtų būti paruošti aiškūs protokolai ir savitarpio supratimo memorandumas pakaitinio gydymo nuo opioidinės priklausomybės įgyvendinimui siekiant išspręsti problemas, susijusias su kalinių pervežimu iš vienos kalnimo įstaigos į kitą, išleidžiant jį iš kalnimo įstaigos į bendruomenę, perkeltiant iš areštinių į kalnimo įstaigas ir atgal.
- Informacinė medžiaga apie žalos mažinimą turi būti prieinama visiems kalniamiesiems – tiek nuteistiesiems, tiek suimtiesiems, o taip pat laikomiems policijos nuvadose. Turėtų egzistuoti aiškios procedūros, konkretūs standartai bei aprūpinimo tokia medžiaga kontrolė ir įvertinimas.
- Reikėtų visokeriopai skatinti kursų prevencijos ir žalos mažinimo tema (saugesnio narkotikų vartojimo ir saugių lytinių santykių tema) interaktyvų vedimo būdą ir jų reguliarią organizavimą tiek kalniamiesiems, tiek personalui.
- Siekiant nugalėti kalbos ir kultūrinius barjerus reikėtų, kad visa informacinė medžiaga rusakalbiamis (kur tai aktualu) turėtų būti prieinama rusų kalba, kaip ir kitomis kalbomis.
- Prezervatyvai turėtų būti prieinami ir dalijami ne tik prieš ilgalaikius pasimatymus su partneriu iš bendruomenės, tačiau ir per visą laisvės atėmimo bausmės laikotarpį.
- Į tatuiravimo ir auskarų vėrimo praktiką turi būti žiūrima kaip į dar vieną rizikos užsikrėsti ŽIV ir HBV/HCV šaltinį.
- Per labai trumpą laiką turi būti pasiūlyta pasiskiepyti nuo hepatito B visiems kalnimo įstaigos rizikos grupių asmenims (įskaitant ir personalą). Kalnimo įstaigoje esantiems ŠNV toks skiepijimas nuo hepatito B yra labai veiksmingas ir palengvina bendrą jų sveikatos būklę.
- Turi būti glaudus bendradarbiavimas ir ryšiai su bendruomenėje dirbančiais paslaugų teikėjais. Tai pat reikia stiprinti bendradarbiavimą tarp valstybinių institucijų ir NVO sektoriaus integruojant pilietinės visuomenės ir

bendruomenės paslaugų teikėjus į prevencinę veiklą, reabilitaciją ir resocializaciją, taikomą specifinių rizikos grupių asmenims, tiek jiems esant kalnimo įstaigų sistemoje, tiek paleidžiant juos iš kalnimo įstaigų.

Itin svarbus personalo mokymas tam tikrose srityse; šios studijos autorių nuomone, mokymas yra esminis dalykas. Siūloma:

- Nustatyti konkrečius personalo, dirbančio kalnimo įstaigose, mokymo poreikius; šie poreikiai turi būti vertinami, atsižvelgiant į besikeičiančią situaciją įstaigose, pvz., vis jaunesnį asmenų, esančių kalnimo įstaigose, amžių.
- Kursai personalui prevencijos ir žalos mažinimo temomis turi būti ir toliau reguliariai vykdomi.
- Rengti kursus narkotikų tematika siekiant padėti personalui atsikratyti neigiamo požiūrio į narkotikų vartotojus.
- Kai to reikalauja situacija, personalui, pradėjusiam dirbti kalnimo įstaigoje, parengti įvadinį kursą ir suteikti galimybę dirbti su labiau patyrusiu kolega.

Dezinfekcinis skystis neatstoja adatų keitimo programų; atvirkščiai, kalnimo įstaigos sąlygomis jo panaudojimas yra nepakankamai veiksminga strategija dėl riboto galiojimo termino. Jei jis naudojamas tik remiantis principu „geriau, negu nieko“, tuomet reikia labai išsamiai informuoti kalnamuosius apie tinkamą jo panaudojimą. Kitaip jie netinkamai naudojami dezinfekciniu skysčiu, tačiau jausis esą saugūs.

Būtina suformuoti platų ir daugelį sektorių apimančią atsaką į Lietuvos kalnimo įstaigose plačiai paplitusias užkrečiamas ligas (ŽIV/AIDS, tuberkuliozė, hepatitas, lytiškai plintančios infekcijos).

Taip pat būtina įgyvendinti finansinius mechanizmus („kalnamojo krepšelis“ arba speciali eilutė Kalėjimų departamento biudžete), kurie užtikrintų tinkamą ŽIV/AIDS prevencijos, gydymo ir priežiūros paslaugų finansavimą laisvės atėmimo vietose.

Reikalinga reglamentuoti ir užtikrinti tęstinį narkomanų ir ŽIV sergančių asmenų gydymą ir priežiūrą, juos perkeltant iš vienos kalnimo įstaigos į kitą ar paleidžiant iš laisvės atėmimo vietos. Specialios informacinės sistemos sukūrimas, kuris įgalintų įvairias valstybės institucijas (kalnimo įstaigas, specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus) keistis duomenimis, užtikrintų pastovaus ŽIV/AIDS sergančių asmenų monitoringo ir pagalbos jiems sistemą.

Riboto veikimo monitoringo ir vertinimo sistema trukdo tinkamai įvertinti visuomenės sveikatos programos efektyvumą, ypač mėginant pasiekti tikslines gyventojų grupes. Svarbu, kad plataus monitoringo ir efektyvumo vertinimo (M&E) sistema veiktų laisvės atėmimo vietose. M&E gali padėti nustatyti bendrą programų efektyvumą ir veiksmingumą, ypač kai jos taikomos toms pačioms tikslinėms asmenų grupėms skirtingoje aplinkoje ir/arba kai jas įgyvendina skirtingi paslaugų teikėjai. Svarbiausia yra gera programų kokybė ir kalnamųjų biologinio elgesio sekimas laisvės atėmimo vietose kas 2 – 5 metai.

1. Lietuvos įsipareigojimai įgyvendinant tarptautinius reikalavimus dėl ŽIV/AIDS epidemijos prevencijos ir kontrolės

Atkūrus nepriklausomybę, Lietuvoje prasidėjo teisinės sistemos tobulinimas, glaudžiai susijęs su šalies siekiu tapti pilnateise tarptautinės demokratinių šalių bendrijos nare. 1991 m. šalyje prasidėjo daugumos tarptautinių žmogaus teises užtikrinančių dokumentų priėmimo ir ratifikavimo¹ procesas. Iš tiesų, pagrindinių tarptautinių standartų, saugančių bei gerbiančių žmogaus teises ir orumą, nuostatų įtvirtinimas šalies įstatymuose² suvaidino pagrindinį vaidmenį kuriant nacionalinę žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos sistemą.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 138 straipsnyje ir 1999 m. priimtame Įstatyme dėl tarptautinių sutarčių išdėstyti pagrindiniai tarptautinių konvencijų, sutarčių ir susitarimų veikimo principai. Seimo ratifikuotos tarptautinės sutartys tampa sudėtine Lietuvos teisinės sistemos dalimi. Tais atvejais, kai Seime ratifikuotų tarptautinių sutarčių standartai skiriasi nuo šalies įstatymuose įtvirtintų standartų, tarptautiniai standartai yra viršesni už šalies įstatymus. Lietuvos įstatymai ir kiti teisiniai aktai turi būti derinami su normomis, nustatytomis tarptautinėse sutartyse³.

Ratifikavusi tarptautinius dokumentus, Lietuva įsipareigojo vykdyti ir įgyvendinti šiuose dokumentuose įtvirtintas nuostatas valstybiniu mastu, taip pat saugoti visų žmonių teises ir interesus⁴. Valstybė taip pat įsipareigojo laikytis reikalavimų, nustatytų atitinkamose tarptautinėse sutartyse, dėl ataskaitų apie padėtį šalyje, įgyvendinant šias nuostatas, pateikimo tam tikroms tarptautinėms institucijoms.

Kalinamieji, kaip ir visi kiti žmonės, turi ir naudojami visomis pagrindinėmis teisėmis, kurių jie dėl savo įkalinimo nepraranda. Tai pasakytina ir apie teisę į įmanomai geriausią fizinę ir psichinę sveikatos apsaugą⁵. Be to, įstatymas numato papildomus saugiklius, siekiant apsaugoti asmenų, patekusių į kalinimo įstaigas, teises. Valstybė, atimdama iš asmenų laisvę, prisiima atsakomybę saugoti jų sveikatą, sukurdama atitinkamas kalinimo sąlygas bei taikydama individualų režimą, kuris gali būti reikalingas dėl šių sąlygų poveikio kalinamajam. Taigi, būtina pasirūpinti ne vien medicinine priežiūra, bet ir sukurti sąlygas, skatinančių tiek kalinamųjų, tiek kalinimo įstaigų darbuotojų gerovės augimą. Visame pasaulyje stebima tendencija, kad ŽIV/AIDS susirgimų skaičius tarp kalinamųjų yra gerokai aukštesnis, nei tarp kitų šalies gyventojų. Tokia padėtis yra dažnai lydima ir dar pabloginama kitų užkrečiamų ligų, tokių kaip hepatitas ir tuberkuliozė. Tačiau ir kalinimo įstaigos, ir jose laikomi asmenys yra plačiosios visuomenės dalis. Nesugebėjimas užtikrinti jų saugumo ir suvaldyti užsikrėtimo pavojų, kurį patiria kiekvienas, esantis kalinimo įstaigoje - ypač kalinamieji, bet taip pat ir darbuotojai bei lankytojai – reiškia, kad ŽIV grėsmė

¹ Lietuva įsipareigojo vykdyti Jungtinių Tautų Visuotinę žmogaus teisių deklaraciją ir reikalavimus, išdėstyti šiuose tarptautiniuose žmogaus teisių chartijos dokumentuose: Tarptautinis susitarimas dėl ekonominių, teisinių ir kultūrinių teisių, Tarptautinis susitarimas dėl pilietinių ir politinių teisių, Neprivalomas protokolas prie Tarptautinio susitarimo dėl pilietinių ir politinių teisių, Seimo nutarimas, priimtas 1991 m. kovo 12 d. „Dėl prisijungimo prie Tarptautinės žmogaus teisių chartijos dokumentų“ (Žin., 1991, Nr. 9-244). 1991 m. Seimas taip pat paskelbė apie savo pasiryžimą „gerbti ir garbingai vykdyti įsipareigojimus, numatytus Europos Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių konvencijoje“ Seimo pareiškimas (Žin., 1991, Nr. 26-687).

² Žmogaus teisės Lietuvoje. Lietuvos Respublikos Seimas, Jungtinių Tautų vystymo programa, Teisės institutas. Vilnius, 2005.

³ Lietuvos Respublikos Konstitucijos komentaras (1 Dalis). Teisės institutas, Vilnius, 2000 m. (čia ir toliau – Jovaiša „Komentaras“).

⁴ Susitarimų, deklaracijų ar chartijų ratifikavimas valstybėje ar prisijungimas prie jų reiškia, kad valstybė įstatymiškai garantuoja pagarbą žmogaus teisėms, jų apsaugą ir įgyvendinimą, taip pat teisę, užtikrinančią lygybę bei nepaliekiančią vietos diskriminacijai, teisę į gyvybę, asmens apsaugos teisę, teisę, draudžiančią kankinimus ar kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir bausmes, kaip ir teisę į įmanomai aukščiausius standartus atitinkančią fizinę ir psichinę sveikatos apsaugą.

⁵ Šią teisę garantuoja Visuotinė Jungtinių Tautų žmogaus teisių deklaracija (25 Straipsnis) ir Tarptautinis susitarimas dėl ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių (12 Straipsnis); taip pat Jungtinių Tautų ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių komiteto Bendrasis komentaras Nr. 14 (2000 m. gegužės mėn.) dėl teisės į aukščiausius sveikatos apsaugos standartus.

sveikatai kalnimo įstaigoje ir ta pati grėsmė laisvėje yra neatsiejamos, todėl reikalingi tarpusavyje suderinti bendri veiksmai. O tai yra nelengvas išbandymas kalnimo įstaigų ir visuomenės sveikatos sistemų vadovams bei šalių vyriausybėms⁶.

Valstybės yra išpareigojusios kurti ir įgyvendinti įstatymus, strategijas ir programas, atitinkančias žmogaus teisių tarptautinę sampratą. Šių teisių puoselėjimas prisideda prie sveikatos gerinimo, būnant kalnimo įstaigoje, taip pat stabdo ŽIV ir kitų užkrečiamų ligų plitimą⁷.

Dar praėjusio šimtmečio dešimtojo dešimtmečio pradžioje įvairiose šalyse buvo pradėtos įgyvendinti ŽIV/AIDS prevencijos ir gydymo programos kalnimo įstaigose. Tokios programos paprastai apimdavo mokymus apie ŽIV/AIDS, savanorišką tikrinimą ir konsultavimą, aprūpinimą prezervatyvais, dezinfekciniu skysčiu, švirkštais ir adatomis bei žiniomis apie pakaitinį gydymą, taikomą švirkščiamųjų narkotikų vartotojams. Tačiau daugelio šių programų įgyvendinimas taip ir liko vien nedidelis epizodas kelių įstaigų veikloje, o didžioji dauguma kalnimo įstaigų sistemų vis dar neatitinka lygiavertiškumo kriterijaus, teikiant su ŽIV susijusias paslaugas, lygiavertės toms, kurias asmuo gauna bendruomenėje, įskaitant ir antiretrovirusinį gydymą.

Remiantis įvairiais moksliniais tyrimais⁸ ir tarptautiniais dokumentais⁹ galima teigti, kad, vis dėlto, egzistuoja bendri ŽIV/AIDS prevencijos ir slaugos principai, kurie ypač akcentuojami kalnimo įstaigų veikloje ir kurių pagrindu kuriamos kalnimo įstaigų sistemos veiklos gairės plėtojant ir įgyvendinant efektyvų atsaką į problemas, susijusias su ŽIV/AIDS laisvės atėmimo vietose¹⁰. Šių problemų sprendimas apima apsaugojimo priemonių taikymą, siekiant sumažinti užsikrėtimo ŽIV kalnimo įstaigoje atvejų skaičių, kas, savo ruožtu, stabdo ŽIV infekcijos plitimą visuomenėje apskritai ir skatina bendrą visuomenės sveikatą bei kalnamųjų teisę į standartinę sveikatos priežiūrą, lygiavertę tai, kurią gauna eilinis bendruomenės narys, tokiu būdu išvengiant stigmatos ir diskriminacijos. Neatskirama visapusiškos strategijos ŽIV/AIDS klausimais sudedamoji dalis yra taip pat ir bendro kalnamųjų asmenų skaičiaus bei kalnimo įstaigų perpildymo mažinimas.

Įvairiose šalyse sukaupti duomenys ir pasaulinė praktika leidžia pateikti aiškia veiksmingo atsako į problemas, susijusias su ŽIV/AIDS, įgyvendinimo sistemą Europoje. Šiame regione ŽIV daugiausia yra perduodamas vartojant švirkščiamuosius narkotikus, taigi remiantis sukaupta faktine medžiaga ŽIV/AIDS prevencijos Centrinėje ir Rytų Europoje pagrindas turėtų būti, pirmausia, intervencijos, skirtos švirkščiamųjų narkotikų vartotojams ir jų lytiniams partneriams, t.y. tinkamas aprūpinimas sterilia švirkštimosi įranga ir prezervatyvais; problemų, susijusių su narkotikų vartojimu, sprendimas užtikrinant aukštos kokybės gydymo prieinamumą, tam tikrais konkrečiais atvejais pakaitinio gydymo metadonu nuo opioidinės priklausomybės; švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir jų lytinių partnerių konsultavimas dėl rizikos, susijusios su lytiniais santykiais; bendruomenėje įgyvendinamos intervencijos, kai stengiamasi aprėpti kuo daugiau asmenų („outreach“ strategija), o į šią veiklą įtraukiami patys narkotikų vartotojai („peer“ strategija); antiretrovirusinio gydymo prieinamumas švirkščiamųjų narkotikų vartotojams¹¹.

⁶ A Human Rights Approach to Prison Management. Vadovėlis kalnimo įstaigų darbuotojams. Andrew Coyle, 2002.

⁷ ŽIV/AIDS prevencija, slauga, gydymas ir parama laisvės atėmimo vietose. Efektyvaus šalies atsako į šias problemas sistemos kūrimas. Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo biuras (UNODC), Niujorkas, 2006.

⁸ Ten pat

⁹ Dublino partnerystės deklaracija kovoje su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje, Dublino deklaracija dėl ŽIV/AIDS Europos ir Centrinės Azijos kalnimo įstaigose ir kt.

¹⁰ Iš viso yra išdėstyta vienuolika bendrųjų principų: gera sveikata kalnimo įstaigoje yra gera visuomenės sveikata; gera kalnamojo sveikata yra gero vadovavimo kalnimo įstaigai rezultatas; pagarba žmogaus teisėms ir tarptautinei teisei; griežtas tarptautinių standartų ir rekomendacijų dėl sveikatos priežiūros laikymasis; sveikatos priežiūros kalnimo įstaigoje lygiavertiškumas; intervencijų, kurių veiksmingumą patvirtina sukaupta faktinė medžiaga, taikymas; holistinis požiūris į sveikatą; dėmesys pažeidžiamumui, stigmati ir diskriminacijai; bendra tarpžinybinė veikla ir bendradarbiavimas įvairiose srityse; tikrinimas ir kokybės kontrolė; bendro kalnamųjų skaičiaus mažinimas. ŽIV/AIDS prevencija, slauga, gydymas ir parama laisvės atėmimo vietose. Efektyvaus šalies atsako į šias problemas sistemos kūrimas. Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo biuras (UNODC), Niujorkas, 2006.

¹¹ ŽIV/AIDS Europoje. Nuo mirties nuosprendžio iki chroninės ligos suvaldymo. Pasaulio sveikatos organizacija, 2006.

Papildomi žalos mažinimo programų, turinčių ryškų potencialą priversti atskirus asmenis koreguoti savo nesaugų elgesį, komponentai apima ŽIV/AIDS, hepatito ir tuberkuliozės gydymą ir slaugą bei galimybę gauti efektyvų antiretrovirusinį gydymą. Tai, kad pažanga, įgyvendinant šias priemones Europos kalėjimų sistemose, vis dar vyksta vangiai ir nepatenkinamai, yra vis labiau nepriimtina.

Naujausiuose tarptautinės strategijos pokyčiuose¹² kovoje su ŽIV/AIDS pabrėžiama, kad pasaulinės ŽIV/AIDS epidemijos grėsmės akivaizdoje tarptautinė bendruomenė, siekdama išvengti šios krizės, privalo imtis suderintų bendrų veiksmų, stiprinti bendradarbiavimą ir partnerystę pačių šalių viduje bei tarp šalių, šitokiu būdu sutelkdama Europos Sąjungos pajėgumus ŽIV/AIDS plitimui įveikti. Visuotinai pripažįstama, kad žmogaus teisių paaiskinimas, apsauga ir skatinimas jų laikytis yra esminė prielaida, siekiant užkirsti kelią ŽIV perdavimui, stiprinant atsparumą infekcijai ir kovojant su ŽIV/AIDS poveikiu. Nors pagrindinis dėmesys Dublino deklaracijoje skiriamas ŽIV/AIDS įveikimo priemonėms ir būdams apskritai, joje taip pat pripažįstama, kad konkrečiai šiame regione švirkščiamų narkotikų vartotojai ir jų lytiniai partneriai, vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais, sekso paslaugų teikėjai, nelegaliai pervežtos į kitą šalį ir parduotos moterys, kalinamieji ir etninių mažumų atstovai bei migruojantys gyventojai, atvykstantys iš šalių, kuriose vyrauja aukštas sergamumo ŽIV/AIDS lygis, yra asmenys, priskiriami didžiausios rizikos grupei ir yra labiausiai pažeidžiami ŽIV/AIDS infekcijos. Atsižvelgiant į aukščiau išdėstytus samprotavimus, visos Dublino deklaracijos nuostatos ir tikslai, kurių turi būti siekiama, taikomi taip pat ir kalinamųjų asmenų atžvilgiu. Kai kurios Dublino deklaracijos nuostatos, liečiančios prevencinių priemonių taikymą, labai aiškiai įtvirtina pasiryžimą iki 2010 m. padidinti prevencinėse programose dalyvaujančių asmenų aprėptį iki 80%, įtraukiant asmenis, priskiriamus didžiausios rizikos grupei ir labiausiai pažeidžiamus ŽIV/AIDS infekcijos (įskaitant kalinamuosius), suteikiant jiems galimybę gauti informaciją, paslaugas ir išgyti prevencinės paskirties reikmenų. Taip pat siekiama proporcingai padidinti prevencinių, gydymo nuo narkotinės priklausomybės ir žalos mažinimo paslaugų prieinamumą švirkščiamųjų narkotikų vartotojams stiprinant ir plečiant prevencijos, gydymo nuo narkotinės priklausomybės ir žalos mažinimo programų¹³ įgyvendinimą (pvz., adatų ir švirkštų keitimo programos, aprūpinimas dezinfekciniais skysčiais ir prezervatyvais, savanoriškas tyrimo dėl ŽIV atlikimas ir konsultavimas, pakaitinis gydymas nuo narkotinės priklausomybės, lytiškai plintančių ligų diagnostika ir gydymas) laikantis šalyje įgyvendinamos strategijos kurso¹⁴.

Dublino deklaracijoje taip pat pateikiamos labai aiškios nuostatos dėl visiems prieinamos, veiksmingos, įperkamos ir lygiavertės prevencijos, gydymo ir slaugos, taip pat antiretrovirusinį gydymą žmonėms, gyvenantiems su ŽIV/AIDS net ir tiems, kurie priklauso didžiausios rizikos grupei ir yra labiausiai pažeidžiami ŽIV/AIDS.

Kita Dublino deklaracija dėl ŽIV/AIDS Europos ir Centrinės Azijos kalnimo įstaigose (toliau – Dublino deklaracija dėl kalnimo įstaigų) buvo priimta, siekiant paraginti vyriausybes imtis veiksmų dėl ŽIV/AIDS kalnimo įstaigose¹⁵. Deklaracijos preambulėje pabrėžiama, kad ŽIV/AIDS yra rimta problema kalnimo įstaigų sistemoje visoje Europoje ir Centrinėje Azijoje, kur užsikrėtimo ŽIV atvejų skaičius daug kartų didesnis, nei tarp gyventojų laisvėje. Daugumos šalių kalnimo įstaigose tinkamos prevencinės priemonės taip ir nebuvo pradėtos vykdyti. Įvairios

¹² Dublino partnerystės deklaracija kovoje su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje, paskelbta 2004 m. vasario 24 d.

¹³ Pagal PSO rekomendacijas, gydymo nuo narkotinės priklausomybės ir žalos mažinimo programos turi būti prieinamos mažiausiai 60% švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, siekiant, kad šios programos turėtų apčiuopiamą poveikį epidemijos tarp šios grupės asmenų stabdymui.

¹⁴ Dublino deklaracija, 9, 10 skirsniai.

¹⁵ Dublino deklaracija dėl ŽIV/AIDS Europos ir Centrinės Azijos kalnimo įstaigose „Sveikata kalnimo įstaigoje – visuomenės sveikata“ buvo priimta ir paskelbta 2004 m. vasario 23 d. nevyriausybinų organizacijų atstovų susitikime, kuriame dalyvavo 100 organizacijų atstovai ir ekspertai iš 25 regiono šalių. Tarp šią deklaraciją pasirašiusių buvo ir pažeidžiamų asmenų sambūris „Aš galiu gyventi“ iš Lietuvos. Šis susitikimas vyko kaip atsvara ministrų lygio konferencijai „Barjerų laužymas: partnerystė kovoje su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje.“

programos nebuvo įgyvendintos kalvinimo įstaigose, o mėginimai skatinti kalvinamųjų gyvenančių su ŽIV/AIDS, sveikata buvo nesėkmingi dėl politinės valios stokos ar strategijų, įtvirtinančių absoliutų narkotikų vartojimo netoleravimą vietoj absoliutaus ŽIV/AIDS netoleravimo. Ši visuomenės sveikatos krizė reikalauja išskirtinio dėmesio ir neatidėliotinių veiksmų iš vyriausybės pusės. Taigi, Dublino deklaracija dėl kalvinimo įstaigų yra kvietimas visoms vyriausybėms¹⁶ pradėti laužyti barjerus, kurie iki šiol trukdė visapusiškų prevencinių su ŽIV/AIDS susijusių paslaugų teikimui kalvinimo įstaigose. Dublino deklaracijoje dėl kalėjimų pateikiama visa sistema veiksmų, formuojančių veiksmingą atsaką į ŽIV/AIDS kalvinimo įstaigose. Deklaracijoje suformuoti pagrindiniai principai ir konkreti veiksmų sistema, atsižvelgiant į įvairius ŽIV/AIDS prevencijos, gydymo, slaugos ir kontrolės aspektus.

Po Dublino deklaracijos paskelbimo vyko daugybė tarptautinių ir regioninių susitikimų ir konferencijų šiuo klausimu, pasirodė naujų dokumentų ir įpareigojimų vyriausybėms.

2004 m. rugsėjo 17 d. Europos Sąjungos ir kaimyninių šalių ministrai ir vyriausybės atstovai, atsakingi už sveikatą, kartu su savo tarptautiniais partneriais ir dalyvaujant Europos Komisijos nariui surengė susitikimą Vilniuje (Lietuva) dėl konferencijos tema „Europa ir ŽIV/AIDS – nauji išbandymai, naujos galimybės“, kuriame buvo priimta Vilniaus deklaracija dėl priemonių, stiprinant atkirtį ŽIV/AIDS Europos Sąjungoje ir kaimyninėse šalyse. Prisidėdama prie šios deklaracijos, Lietuvoje kartu su kitomis šalimis dar kartą patvirtino savo tvirtą paramą deklaracijoje numatytų veiksmų įgyvendinimui, kontrolei ir vertinimui, kaip ir priemonėms, numatytomis Jungtinių Tautų išpareigojimų deklaracijoje, paskelbtoje Generalinės asamblėjos sesijos dėl ŽIV/AIDS metu bei Dublino deklaracijoje dėl partnerystės kovoje prieš ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje. Paskelbdami šią deklaraciją, šalių atstovai pareiškė apie savo pasirengimą užtikrinti visiems prieinamą, įperkama, nesmerkiančią ir nediskriminuojančią galimybę gauti paslaugas, susijusias su ŽIV/AIDS ir kitomis lytiniu keliu perduodamomis infekcijomis bei galimybę gauti informaciją apie prevencinę veiklą, savanorišką ir konfidencialų konsultavimą ir ištyrimą, taip pat išgyti prezervatyvų, gauti gydymą nuo narkotinės priklausomybės, dalyvauti žalos mažinimo programose švirkščiamųjų narkotikų vartotojams; suteikti visiems galimybę užsitikrinti prieinamą, įperkama, nekritikuojančią ir nediskriminuojančią, efektyvią, tinkamą ir saugią slaugą, paramą ir gydymą, taip pat antiretrovirusinį gydymą ir žalos mažinimo priemones¹⁷.

Po trijų metų, 2007 m. kovo 13 d. buvo priimta Brėmeno deklaracija dėl atsakomybės ir partnerystės „Kartu prieš ŽIV/AIDS“¹⁸. Pripažindami, kad pandemija tampa globali, o pasaulinio masto krizė būtina išpareigoti suvaldyti, atstovai¹⁹ dar kartą patvirtino savo pasirengimą vykdyti visus savo išpareigojimus, deklaruotus anksčiau priimtuose tarptautiniuose dokumentuose ir deklaracijose. Jie pripažino, kad nuo 2001 m. dedama daug pastangų ir sukurta tam tikrų strategijų kovoje su pandemija ir kad dabar atėjo laikas šias strategijas įgyvendinti plačiu mastu ir efektyviai, kadangi tai yra pagrindinių žmogaus teisių problema: tokiu būdu siekiama sumažinti žmogaus kančias ir palengvinti socialinę ekonominę naštą šalyse, kurių gyventojams pakenkė pandemija. Deklaracijoje pareikšti šalių išpareigojimai skelbia, kad siekiama gerbti žmogaus teises, veikti jas ginant ir, kai tai būtina, įtvirtinti įstatymuose paramą žmogaus teisėms ir jų garantavimą. Taip pat išpareigojama kovoti su diskriminacija ir stigma, ypač žmonių, gyvenančių su ŽIV/AIDS ir tų, kuriuos pandemija Europoje ir kaimyninėse šalyse paveikė labiausiai: švirkščiamų narkotikus

¹⁶ Tomis pačiomis dienomis Europos ir Centrinės Azijos šalių vyriausybės atstovai susirinko Dubline dalyvauti ministrų lygio konferencijoje, siekdami aptarti veiksmus kovoje prieš ŽIV/AIDS šiame regione.

¹⁷ Vilniaus deklaracija dėl priemonių, stiprinančių atkirtį ŽIV/AIDS Europos Sąjungoje ir kaimyninėse šalyse.

¹⁸ Europos Sąjungos šalių ministrai ir vyriausybės atstovai, atsakingi už sveikatą, kartu su tarptautiniais partneriais ŽIV/AIDS srityje ir Europos Komisija, Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros ministru bei Švietimo ir mokslinių tyrimų ministru susirinko Brėmene (Vokietija) 2007 m. kovo 12 – 13 d. į konferenciją tema „Atsakomybė ir partnerystė – kartu prieš ŽIV/AIDS“ Vokietijos pirmininkavimo Europos Sąjungai metu ir paskelbė deklaraciją.

¹⁹ Europos Sąjungos ir kaimyninių šalių ministrai ir vyriausybės atstovai, atsakingi už sveikatą, kartu su tarptautiniais partneriais ŽIV/AIDS srityje ir iš Europos komisijos – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros ministras bei Švietimo ir mokslinių tyrimų ministras.

vartotojus ir jų partnerius, vyrus, turinčius lytinių santykių su vyrais, jaunas žmones, moteris, migrantus, vaikus, asmenis laikomus kalėjimuose, vyrus ir moteris, užsiimančius prostitucija; skatinti visuotini naudojimasi faktais pagrįstos prevencijos teikiamomis galimybėmis, tai pat ir visapusišką žalos mažinimą kaip pagrindinį sėkmingo atsako į ŽIV/AIDS komponentą mažinant ŽIV/AIDS poveikį.²⁰

Tuo pačiu metu, kai buvo priimami tarptautiniai norminiai aktai, įvyko nemažai svarbių pokyčių, susijusių su ŽIV kalėjime, bendrosios politikos srityje tiek visame pasaulyje, tiek Europos regione. 2006 m. rugpjūčio mėn. Jungtinių Tautų narkotikų ir nusikalstamumo biuras drauge su Pasaulio sveikatos organizacija ir UNAIDS (Jungtinių Tautų bendra kovos su ŽIV/AIDS programa) paskelbė dokumentą „Dėl prevencijos, slaugos, gydymo ir paramos, susijusios su ŽIV/AIDS, laisvės atėmimo vietose: efektyvaus šalies atsako struktūra.“ Šiame dokumente pateikiamas visas kompleksas veiksmų, būtinų įgyvendinant platų ir žmogaus teises ginantį požiūrį į ŽIV/AIDS nacionaliniame lygmenyje.

Po kurio laiko PSO, UNAIDS ir Jungtinių Tautų narkotikų ir nusikalstamumo biuras drauge paskelbė keturis vienas kitą papildančius, išsamius, suteikiančius pagrindą veikti procedūrinius dokumentus dėl veiklos kalėjimuose, apžvelgiančius tokius klausimus kaip ŽIV slauga, gydymas ir teikiama parama, adatų ir švirkštų keitimo programos, pakaitinis gydymas nuo opioidinės priklausomybės, aprūpinimas prezervatyvais ir kitomis apsaugojimo priemonėmis. Šie procedūriniai dokumentai sudaro pagrindą pastarųjų intervencijų panaudojimui²¹.

Kadangi Lietuva yra Europos Sąjungos narė ir pasirašė visus aukščiau minėtus dokumentus, ji turi tarptautinių įsipareigojimų laikytis šių nuostatų ir jas įgyvendinti visos šalies mastu.

²⁰ Brėmeno deklaracija dėl atsakomybės ir partnerystės - „Kartu prieš ŽIV/AIDS“. 12, 13 pastraipos.

²¹ ŽIV/AIDS ir kaliniai. Autoriai: Rick Lines ir Heino Stöver.

2. Šalių atsakai į ŽIV/AIDS problemą

Skirtingos šalys gali taikyti skirtingą nacionalinę bendrąją politiką dėl ŽIV/AIDS ir kitų užkrečiamųjų ligų prevencijos, kuri atspindi tose šalyse vyraujančią būdingą situaciją dėl narkomanijos ir visuomeninį kontekstą. Tačiau atsiranda vis daugiau įrodymų ir pradeda išsivyrta tvirta nuomonė dėl esminių efektyvios kovos su ŽIV ir kitomis užkrečiamosiomis ligomis Europos mastu sudėtinių dalių. Tinkamiausios priemonės – didesnės galimybės gauti gydymą nuo narkomanijos²², „žemo slenksčio“ paslaugų narkomanams plėtra, aprūpinimas steriliais instrumentais ir mokomųjų programų pasiūla. Ypač svarbu, kad pakaktų lėšų intraveninių opioidų vartotojų pakaitiniam gydymui (per burną), nes toks gydymas smarkiai sumažina ŽIV perdavimo riziką²³. Remiantis egzistuojančiais literatūros šaltiniais, suteiktas pakaitinis palaikomasis gydymas laisvės atėmimo vietose gali sumažinti narkotikų vartojimą šiose įstaigose. Dar daugiau, palaikomasis gydymas metadonu kalėjime (PMMT) gali sumažinti rizikingo elgesio, pvz., bendro naudojimosi švirkštimosi įranga, atvejų skaičių, taip pat baudžiamųjų bylų, susijusių su narkotikais skaičių ir pakartotino patekimo į kalinimo įstaigas atvejų skaičių. PMMT potencialiai ramina kalinius, kurie paprastai nepaklūsta įstaigos taisyklėms. Atlikti pakaitinio gydymo kalėjime tyrimai patvirtino šio metodo efektyvumą tiek stiprinant kalinimo įstaigos saugumą, nes lengviau tvarkytis su kaliniais, vartojančiais narkotikus, tiek mėginant išvengti nusikalstamo elgesio apraiškų ir recidyvizmo. Esama įrodymų, kad tęstinis palaikomasis gydymas metadonu (MMT) gali pasitarnauti, pervedant kalinius į gydymą nuo narkotikų ir tokiu būdu gerinant jų socialinę reintegraciją. Taikomas kartu su psichosocialine slauga, pakaitinis gydymas kalinimo įstaigoje pasirodė geriausiai atitinkantis įvairius kalinių socialinius ir su sveikata siejamus poreikius²⁴.

Kiekviena šalis pati renkasi efektyviausią atsaką į situaciją dėl ŽIV/AIDS kalinimo įstaigose atsižvelgdama į šalyje egzistuojančias socialines ir ekonomines sąlygas bei kultūrinės, socialinės ir religines tradicijas. Tačiau šios nacionalinės ir vietinės sąlygos nesumažina ir nepanaikina vyriausybės išpareigojimų siekti pripažintų tarptautinių standartų, sprendžiant klausimus,

²² (Gowing and others, 2005; Sullivan and others, 2005), Interneto svetainės adresas:

<http://ar2005.emcdda.europa.eu/lt/page064-lt.html>

²³ A. Stallwitz, H. Stover. The impact of substitution treatment in prisons—A literature review. *International Journal of Drug Policy* 18 (2007). Psl. 464–474.

²⁴ Daugybė tarptautinių instrumentų yra tiesiogiai susiję su kalinių teisėmis ŽIV/AIDS epidemijos kontekste: Visuotinė žmogaus teisių deklaracija [1948]; Tarptautinis susitarimas dėl pilietinių ir politinių teisių [1966]; [Europos] Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos [1950]; Europos socialinė chartija [1966, 1996]. Jungtinių Tautų medicininės etikos, tiesiogiai susijusios su sveikatos priežiūros personalu, ypač gydytojais, principai apsaugant nuteistuosius ir suimtuosius nuo kankinimo ir kitokio žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio ar baudimo [1982]; Jungtinių Tautų pagrindiniai kalinių gydymo principai [1990]; Pasaulio sveikatos organizacijos gairės kovoje prieš ŽIV ir AIDS kalėjimuose [1993]; Bendras Jungtinių Tautų ŽIV/AIDS (UNAIDS) programos pareiškimas dėl ŽIV/AIDS kalėjimuose [balandis, 1996]; Ministrų komiteto Rekomendacija Nr. R (98)7 Europos Sąjungos šalims narėms dėl etinių ir organizacinių sveikatos priežiūros kalėjime aspektų [Europos Taryba: balandis 1998]; Tarptautinės gairės dėl ŽIV/AIDS ir žmogaus teisių [1998]; Ketinimų dėl ŽIV/AIDS deklaracija („UNGASS deklaracija“) [Jungtinių Tautų generalinės asamblėjos specialioji Sesija dėl ŽIV/AIDS: birželis 2001]; Kalėjimas, narkotikai ir visuomenė: susitarimas dėl principų, strategijos ir praktikos [PSO Europa/Europos Tarybos Pompidou Grupė: rugsėjis 2001]; Jungtinių Tautų komitetas ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių klausimais: bendrasis komentaras dėl teisės būti kiek įmanoma geriausios sveikatos. Dvidešimt antroji sesija, Ženeva [2002]; Varšuvos deklaracija: efektyvių veiksmų prieš ŽIV/AIDS ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimą sistema [lapkritis 2003]; Maskvos deklaracija: sveikata kalėjime kaip dalis visuomenės sveikatos [PSO Europa: spalio 2003]; Dublino deklaracija dėl partnerystės kovojant su ŽIV/AIDS Europos ir Centrinės Azijos kalėjimuose [vasaris 2004]; Trumpa informacija apie strategiją: ŽIV perdavimo kalėjimuose mažinimas [WHO/UNAIDS: 2004]; Pareiškimas dėl ŽIV testavimo strategijos [UNAIDS/PSO: 2004]; Pakaitinis palaikomasis gydymas tvarkantis su opioidine priklausomybe ir vykdant ŽIV/AIDS prevenciją [WHO/UNODC/UNAIDS: 2004]; Sterilių adatų ir švirkštų programų diegimas, mažinant ŽIV/AIDS atvejų skaičių tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų: duomenys darbiniam dokumentui [WHO: 2004]; Ministrų komiteto rekomendacija Rec (2006)2 Europos Sąjungos šalims narėms dėl Europos kalėjimo taisyklių [Europos Taryba: sausis 2006]; ir kt.

susijusius su kalinimo įstaigomis, sveikata ir žmogaus teisėmis²⁵. Tarptautinėje teisėje yra aiškiai suformuota nuostata, kad išteklių stoka neatleidžia vyriausybės nuo savo įsipareigojimų užtikrinti tinkamas ir žmoniškas kalėjimo sąlygas.

Tarptautinėje teisėje valstybėms taip pat draudžiama praktikuoti nežmonišką ar žeminantį elgesį asmenų, esančių laisvės atėmimo vietose, atžvilgiu²⁶. Būtent šis draudimas „verčia valdančiuosius ne tik susilaikyti nuo tokio elgesio provokavimo, bet taip pat taikyti praktines prevencines priemones, būtinas apsaugoti asmenų, esančių laisvės atėmimo vietose, fizinį vientisumą ir sveikatą.“²⁷ Yra pripažįstama, kad „Netinkamas sveikatos priežiūros lygis gali greitai sąlygoti situaciją, kuri apibūdinama terminu „nežmoniškas ir žeminantis elgesys.“²⁸ Taigi, tarptautinė teisė suteikia valstybėms įgaliojimą kurti ir įgyvendinti įstatymus, strategiją ir programas, atitinkančias tarptautines žmogaus teises ir gerinančias sveikatą kalinimo įstaigose, stabdančias ŽIV infekcijos ir kitų infekcijų plitimą.

Strategijos ir iniciatyvų, sprendžiant ŽIV/AIDS problemą kalinimo įstaigose, kūrimas ir įgyvendinimas yra neatskiriama ir pastovi nacionalinės strategijos dalis – su visiems priimtinais prioritetais ir principais – reaguojant į ŽIV/AIDS ir maksimaliai panaudojant turimus išteklius²⁹.

²⁵ ŽIV/AIDS epidemijos kontekste daugelis tarptautinių dokumentų yra tiesiogiai susiję su kalinamųjų teisėmis. Tai – Visuotinė žmogaus teisių deklaracija (1948), Tarptautinis susitarimas dėl pilietinių ir politinių teisių (1966), (Europos) konvencija dėl žmogaus teisių ir esminių laisvių apsaugos (1950), Europos visuomeninė chartija (1966, 1996), Jungtinių Tautų medicininės etikos principai, susiję su sveikatos priežiūros darbuotojų, konkrečiai gydytojų, vaidmeniu siekiant apsaugoti nuteistuosius ir suimtuosius nuo kankinimo ir kitokio žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio ar baudimo (1982), Jungtinių Tautų pagrindiniai elgesio su kaliniiais principai (1990), Pasaulio sveikatos organizacijos gairės dėl ŽIV infekcijos ir AIDS kalėjime (1993), Bendras Jungtinių Tautų ŽIV/AIDS programos (UNAIDS) pareiškimas dėl ŽIV/AIDS kalėjime (1996 m. balandis), Ministrų komiteto Rekomendacija Nr. R (98) 7 valstybėms ES narėms dėl sveikatos priežiūros kalėjime etinių ir organizacinių aspektų (Europos Taryba: 1998 m. balandis), Tarptautinės gairės dėl ŽIV/AIDS ir žmogaus teisių (1998), Įsipareigojimo dėl ŽIV/AIDS deklaracija („UNGASS deklaracija“) (Jungtinių Tautų generalinės asamblėjos specialioji sesija dėl ŽIV/AIDS: 2001 m. birželis), Kalėjimas, narkotikai ir visuomenė: bendras pareiškimas dėl principų, strategijos ir praktikos (PSO Europa/Europos tarybos Pompidu grupė: 2001 m. rugsėjis), Jungtinių Tautų ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių komitetas: bendras komentaras dėl teisės turėti geriausią pasiekiamą sveikatą. Dvidešimt antroji sesija, Ženeva (2002), Varšuvos deklaracija: efektyvių veiksmų dėl ŽIV/AIDS ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimo sistema (2003 m. lapkritis), Maskvos deklaracija: sveikata kalėjime kaip dalis visuomenės sveikatos (PSO Europa: 2003 m. spalio), Dublino deklaracija dėl ŽIV/AIDS Europos ir Centrinės Azijos kalėjimuose (2004 m. vasaris), Trumpa informacija apie strategiją: ŽIV perdavimo kalėjimuose mažinimas (PSO/UNAIDS: 2004), Strateginis pareiškimas dėl ŽIV testavimo (UNAIDS/PSO: 2004), Pakaitinė palaikymo terapija siekiant suvaldyti priklausomybę nuo opioidų ir taikant ŽIV/AIDS prevenciją (PSO/UNODC/UNAIDS: 2004), Sterilių adatų ir švirkštų programų efektyvumas mažinant ŽIV/AIDS sergamumą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų: procedūrinio dokumento pagrindas (PSO: 2004), Ministrų komiteto Rekomendacija Rec (2006) 2 valstybėms ES narėms dėl Europos kalėjimo taisyklių (Europos Taryba: 2006) ir t. t.

²⁶ Visuotinė žmogaus teisių deklaracija (n 5) 7 Str.; Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija (Europos žmogaus teisių konvencija, pataisyta) (ECHR) 3 Str.; Jungtinių tautų konvencija prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ar baudimą (1984); Europos konvencija dėl kankinimo ir nežmoniško ar žeminančio elgesio ar baudimo prevencijos, 1987.

²⁷ Jungtinių Tautų Žmogaus teisių komiteto „Bendrasis komentaras Nr. 21: nežmoniškas elgesys asmenų, esančių laisvės atėmimo vietose, atžvilgiu (10 Str.)“ (1992 m. balandžio 10 d.) Bendrųjų komentarų ir rekomendacijų, priimtų įvairiose Jungtinių Tautų struktūrose, rinkinys; Dokumento Nr. Doc.HRI/GEN/1/Rev.6 3 pastr.;

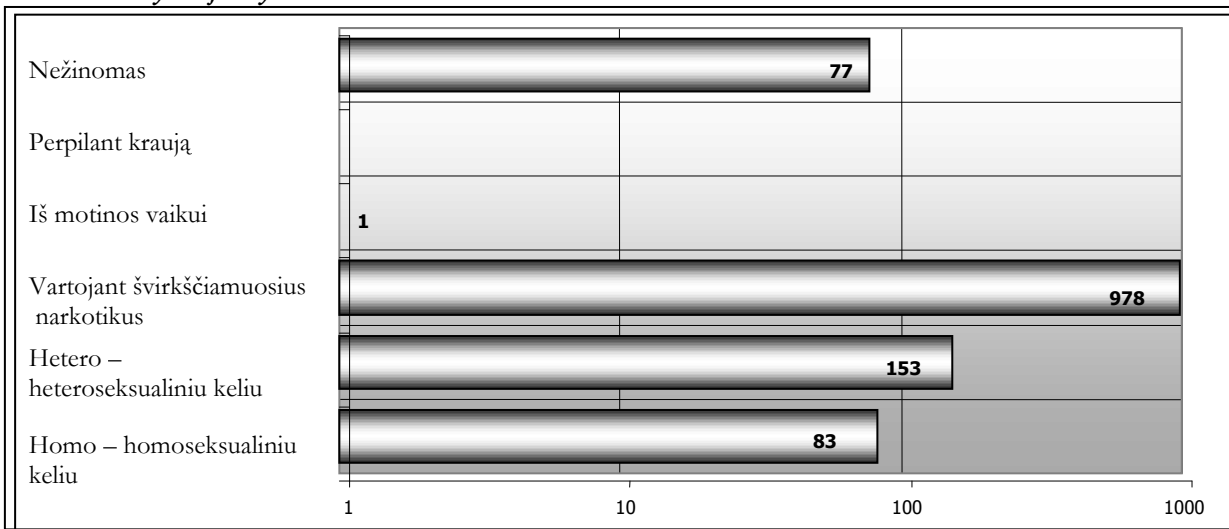
²⁸ Europos komitetas dėl kankinimo ir kitokio žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio ar baudimo prevencijos, 3-asis bendras raportas dėl CPT veiklos 1992 m. sausio 1 d. – gruodžio 31 d. laikotarpiu (1993) pstr. 31.

²⁹ Tarptautiniai standartai ir tyrimų duomenimis pagrįstos priemonės, pripažinti ir įvertinti gerosios praktikos modeliai, kuriuos reikėtų naudoti, kuriant visapusišką, etišką ir tyrimų duomenimis besiremiantį atsaką į ŽIV/AIDS, įskaitant strategiją kalėjimų klausimais, įstatymus ir programas. Visapusiškas nacionalinis šalies atsakas yra daugiau, nei tik vyriausybės finansuojama programa. Tai visų pagrindinių tarpininkų, centrinės vyriausybės ir savivaldybių, pilietinės visuomenės, donorų, bendruomenės atstovų, šalies ir tarptautinių NVO ir ŽIV infekuotų ir sergančių žmonių bendros pastangos.

3. ŽIV/AIDS ir narkomanijos paplitimas Lietuvoje

Iš viso 2007 m. gruodžio 1 d. duomenimis ŽIV buvo užsikrėtę 1292 asmenys (1108 vyrai ir 184 moterys), o 148 asmenys sirgo AIDS. Iš 130 mirusių AIDS sirgusių žmonių 54 mirė nuo AIDS.

1 Lentelė. Vyraujantys ŽIV užsikrėtimo būdai.



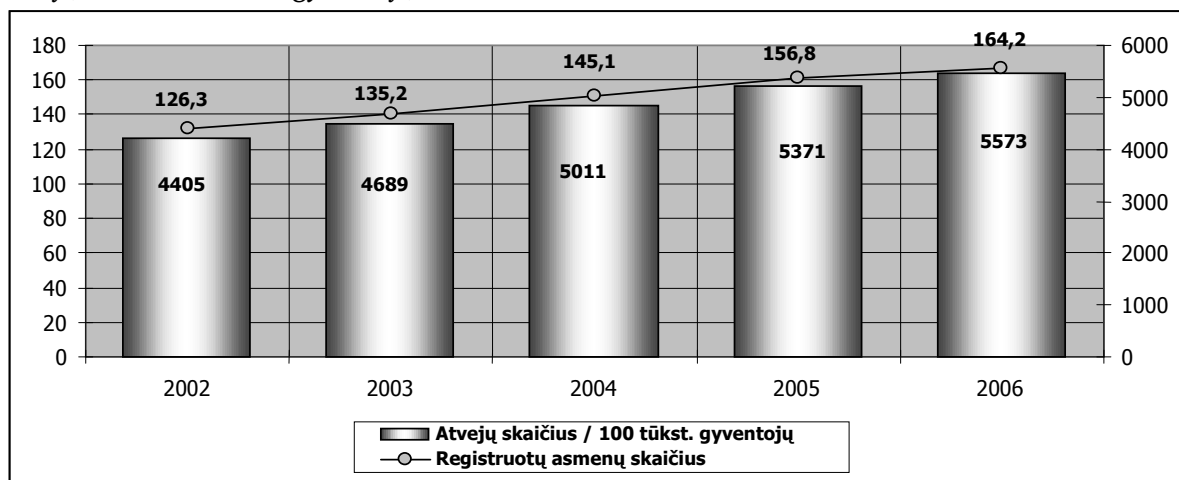
Lietuvos AIDS centro duomenimis

Pagrindinis ŽIV perdavimo būdas yra švirkščiamųjų narkotikų vartojimas, kuris sąlygojo 75 procentus visų ŽIV atvejų.

Valstybinio psichinės sveikatos centro duomenimis, iš viso 2007 m. sausio 1 d. sveikatos priežiūros įstaigose buvo registruoti 5573 asmenys, kuriems buvo diagnozuoti psichiniai ir elgesio sutrikimai dėl narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimo (2005 m. – 5371 asmuo)³⁰.

Per pastaruosius keletą metų pastoviai didėjo sergamumas, susijęs su augančiu narkomanijos atvejų skaičiumi 100 000 gyventojų (žr. 2 Lentelę apačioje).

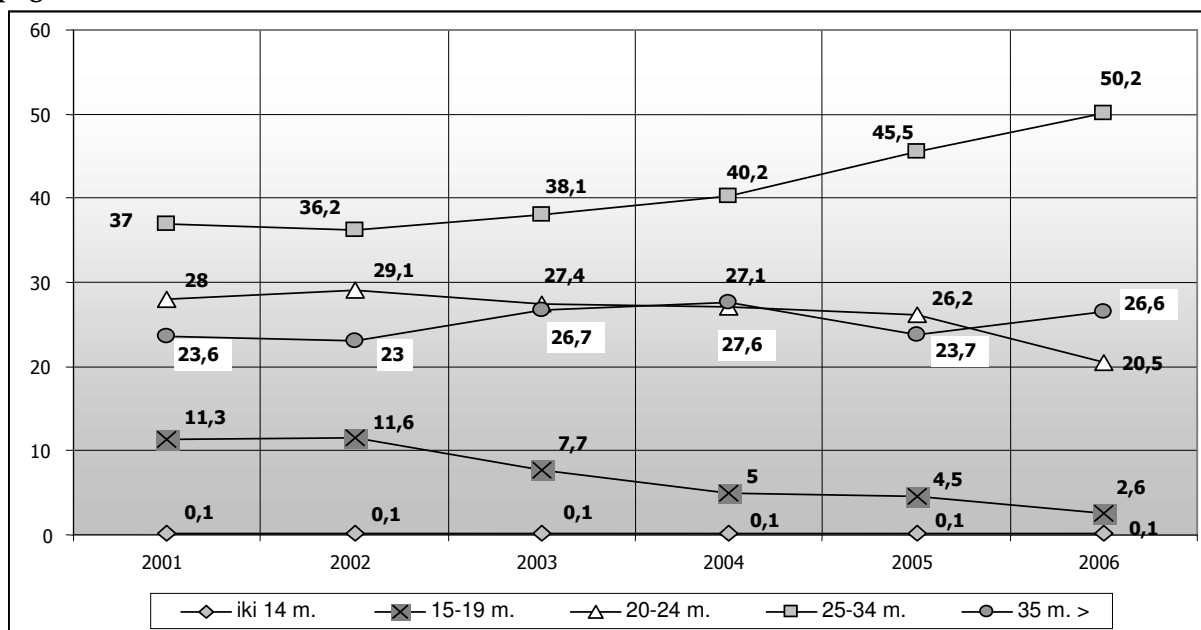
2 Lentelė. Sveikatos sistemos įstaigose registruotų narkotikų vartotojų skaičius ir narkomanijos atvejų skaičius 100 000 gyventojų.



³⁰ Dr. Gordon Hay ataskaita „Tarptautinis konsultantas apskaičiuojant probleminio narkotikų vartojimo paplitimą Lietuvoje“ (2007 m. gruodis), pateikta Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikaltimų biurui apie projektą „ŽIV/AIDS prevencija ir slauga tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir Estijos, Latvijos ir Lietuvos laisvės atėmimo vietose“.

Narkotikų kontrolės departamento duomenimis, spėjama, kad 2004 m. 4603 (91,9 procento) visų 5011 registruotų vartotojų naudojo opiatų³¹. PSO duomenys leidžia prognozuoti, kad šalyje yra apie 8 000 švirksčiamųjų narkotikų vartotojų³². Tyrimas, atliktas UNODC projekto rėmuose 2007 m. nustatė, kad iš viso Lietuvoje yra 4300 probleminių opiatų vartotojų.

3 Lentelė. Asmenų, turinčių priklausomybę nuo narkotinių ir toksinių medžiagų, pasiskirstymas pagal amžių 2001 – 2006 m.³³



Statistinių duomenų analizė rodo, kad sveikatos priežiūros institucijos registruoja vis daugiau asmenų, turinčių priklausomybės nuo narkotikų problemų, kurie priklauso amžiaus grupei nuo 25 iki 34 metų amžiaus bei vyresni, nei 35 metų amžiaus. Galima manyti, kad jaunesni, nei 19 metų asmenys neregistruojami sveikatos priežiūros įstaigose. Nepaisant duomenų, pateiktų ESPAD 1999 m., 2003 m. narkotikų vartojimo paplitimas tarp mokyklinio amžiaus vaikų siekė 16 procentų (narkotikus vartojo 10 procentų mergaičių ir 21 procentų berniukų).

³¹ Narkotikų kontrolės departamento 2004 m. metinė ataskaita apie padėtį Lietuvoje, pateikta Europos narkotikų ir narkomanijos monitoringo centro (EMCDDA) REITOX sistemoje.

³² PSO apklausa „Pakaitinis gydymas nuo opioidų ir ŽIV/AIDS“, atlikta 2003 – 2006 m.

³³ Valstybinis psichinės sveikatos centras – http://www.vpsc.lt/pl_statistika.htm

4. Lietuvos atsakas į ŽIV/AIDS ir vyraujanti kovos šia liga praktika

Pagrindinės nuostatos ir prioritetai dėl Lietuvos atsako į ŽIV/AIDS yra išdėstyti Nacionalinėje ŽIV/AIDS prevencijos programoje. Pirmoji nacionalinė ŽIV/AIDS prevencijos programa buvo sukurta ir įgyvendinta 1990 – 1992 m. Vėliau, 1992 – 1993 m., 1994 – 1996 m., 1996 – 1998 m. ir 1999 – 2001 m. įgyvendintų programų tikslas buvo sustabdyti ŽIV plitimą Lietuvoje bei įgyvendinti kitus, ne tik medicinos, bet taip pat ir socialinius uždavinius.

Šiuo metu Valstybinė ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programa yra pagrindinis strateginis dokumentas, įgyvendinant sveikatos strategiją, kuri įvardija pagrindinius šalies atsako į ŽIV tikslus (Dokumento Nr. 1273/2003)³⁴. Programa buvo sukurta, atsižvelgiant į įvairius tarptautinius dokumentus dėl ŽIV/AIDS epidemijos kontrolės, stabdymo ir prevencijos pasauliniu mastu³⁵.

Programos prioritetai buvo nustatyti atsižvelgiant į sparčiai besikeičiančią epidemiologinę situaciją Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse bei ŽIV perdavimo kelius ir tendencijas, kaip ir į augančią sveikatos ir kitų sričių specialistų patirtį. Taip pat buvo atsižvelgta į šiuolaikinius mokslo pasiekimus, stengiantis užtikrinti ankstesnėse programose numatytų pagrindinių priemonių tęstinumą.

Pagrindiniai programos tikslai:

- sumažinti ŽIV/AIDS ir jį lydinčių infekcijų perdavimo lygį Lietuvoje;
- sušvelninti negatyvias ŽIV ir jį lydinčių infekcijų pasekmes individui ir visuomenei;
- teikti tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas žmonėms, sergantiems ŽIV ir AIDS;
- pagerinti ŽIV/AIDS stebėjimo sistemą.

Programos prioritetai – prevencija tarp asmenų, priklausančių padidintos rizikos grupėms:

- švirkščiamųjų narkotikų vartotojai ir jų šeimos;
- sekso sferos darbuotojai ir jų klientai, ypač tolimojo plaukiojimo jūreiviai, ilgųjų reisų vairuotojai ir pan.;
- asmenys, esantys laisvės atėmimo vietose ir išėję į laisvę;
- kalinimo įstaigų personalas, policininkai, armijoje tarnaujantys asmenys;
- jaunimas ir paaugliai;
- sveikatos priežiūros darbuotojai.

Pagrindiniai programos principai:

- Bendradarbiavimas tarp įvairių sektorių. Kiek įmanoma daugiau institucijų – švietimo ir sveikatos, visuomenės informavimo, policijos ir gynybos įstaigų, atitinkamų ministerijų, religinių bendruomenių, nevyriausybinių organizacijų, taip pat ir plačioji visuomenė turėtų įsitraukti į prevencinę veiklą.

³⁴ Valstybinė ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. (Žin., 2003, Nr. 98 – 4393).

³⁵ PSO strategijos principai AIDS atžvilgiu, patvirtinti Pasaulinės sveikatos asamblėjos 1987 m. gegužės mėn., PSO dokumente „Sveikata visiems XX a.“ išdėstyti teiginiai, UNAIDS rekomendacijos, Įsipareigojimų dėl ŽIV/AIDS deklaracija „Visuotinė krizė – visuotinė kova“, priimta Jungtinių Tautų generalinės asamblėjos specialiojoje sesijoje 2001 m. ir 1998 m. rugsėjo 24 d. priimtas Lietuvos Respublikos Vyriausybės įsipareigojimas įgyvendinti Europos Parlamento ir Tarybos sprendimą Nr. 2119/98/EB dėl epidemiologinės priežiūros tinklo sukūrimo ir užkrečiamųjų ligų kontrolės įgyvendinimo Europos Sąjungoje, 1997 m. kovo 24 d. Europos Tarybos priimtos taisyklės Nr. 550/97 „Dėl ŽIV/AIDS prevencijos besivystančiose šalyse“, Europos Parlamento ir Tarybos direktyva Nr. 1786/2002/EC „Dėl bendruomenės veiksmų visuomenės sveikatos srityje 2003 – 2008 m.“, priimta 2002 m. rugsėjo 23 d.

- Tolesnis egzistuojančių sistemų ir struktūrų puoselėjimas, siekiant užtikrinti tinkamą ŽIV/AIDS ir jį lydinčių susirgimų prevenciją bei sveikatos priežiūrą.
- Pagarba žmogaus teisėms. Asmenys, priklausantys padidintos rizikos grupėms, turi būti apsaugoti nuo pažeminimo ir diskriminacijos.
- Prevencinių sprendimų priėmimas remiantis Lietuvos ir kitų šalių patirtimi.
- Tarptautinis bendradarbiavimas, plėtra ir apskaitimas informacija stiprinant bendradarbiavimą regione.
- Antrosios kartos ŽIV stebėjimas remiantis UNAIDS ir PSO rekomendacijomis.

Programoje 2003 – 2008 m. numatyta daugiau, nei 120 veiklos priemonių, susijusių su ŽIV/AIDS prevencija ir kontrole. Sveikatos apsaugos ministerija yra įgaliota kontroliuoti šios programos įgyvendinimą, o Lietuvos AIDS centras yra pagrindinis programos įgyvendintojas. Kitos valstybinės įstaigos, apskritys, savivaldybės, bendradarbiaudamos su kitomis suinteresuotomis institucijomis, tarptautinėmis organizacijomis, bendruomenėmis, žiniasklaida, karinėmis pajėgomis ir policija bei šios veiklos savanoriai turėtų būti įtraukti į šios programos įgyvendinimą.

Numatytas programos efektyvumo vertinimas jai įpusėjus, kuris remiasi PSO rekomenduotais rodikliais: prevencija, gydymas, programos koordinavimas siekiant sumažinti asmenų, priklausančių padidintos rizikos grupėms, elgesio rizikos lygį, savanoriško tyrimo dėl ŽIV plėtra, diagnozavimo ir gydymo paslaugos, pagerėjęs socialinių paslaugų teikimas ir visuomenės parama.

Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programos tarpinė apžvalga buvo atlikta 2006 m. liepos mėn. Šioje ataskaitoje apie programos įgyvendinimą buvo nuodugniai gilinamasi į pagrindinius programos elementus, įvertinta pasiekta pažanga, pateikiamos konkrečios rekomendacijos dėl strategijos struktūros ir planų peržiūrimo bei papildymo.

5. Bendrosios nuostatos dėl narkomanijos ir ŽIV/AIDS prevencijos, gydymo ir kontrolės, įtvirtintos Lietuvos įstatymuose

Lietuvoje priimta įstatymų, kitų teisės aktų, reglamentuojančių visus įmanomus sveikatos priežiūros sistemos aspektus. Dauguma jų yra bendrojo pobūdžio, taikomi visiems, besinaudojantiems sveikatos priežiūra. Tačiau šalia yra ir specialiųjų reglamentuojančių dokumentų, nustatančių medicinos pagalbos ir sveikatos priežiūros teikimo pirmumą tam tikroms pacientų grupėms. Narkomanai ir asmenys, sergantys ŽIV/AIDS, ir yra tokios tikslinės grupės, kurios nurodomos daugumoje teisinių aktų ir kurioms reikia skirti ypatingą dėmesį ne tik dėl pačių pacientų gydymo ir reabilitacijos, bet ir palaikant beis gerinant plačiosios visuomenės sveikatą.

Lietuvos Respublikos vyriausybės programoje³⁶ išskirta keletas prioritetinių bendrosios sveikatos strategijos veiklos sričių: stiprinti psichinę žmonių sveikatą, skatinti žmogui palankios socialinės aplinkos kūrimą ir puoselėti bendruomeniškumo bei solidarumo jausmą, įtraukti į kovą su ŽIV/AIDS, taip pat su priklausomybių sukeliama ligomis įvairius gyventojų sluoksnius ir stiprinti jų bendrus veiksmus šioje kovoje.

Pagal Sveikatos sistemos įstatymą³⁷ valstybės laiduojamai (nemokamai) sveikatos priežiūrai priskiriama (tarp kitų pacientų grupių):

- asmenų, sergančių tuberkulioze, lytiniu keliu plintančiomis ligomis, ŽIV (AIDS), užkrečiamosiomis, <...>, priklausomybės nuo alkoholio sindromu, narkomanijomis, toksikomanijomis ir kitomis Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto sąrašo ligomis, <...> (47 str. 2 d. 7 p.);
- teismo ar teisėsaugos institucijų sulaikytų asmenų, kardomojo kalnimo vietose esančių asmenų, nuteistųjų <...> (47 str. 2 d. 4 p.).

Sveikatos draudimo įstatyme³⁸ išvardintos tam tikros grupės asmenų, kurie yra valstybės apdrausti. Tarp šių asmenų yra:

- asmenys, sergantys visuomenei pavojingomis užkrečiamomis ligomis, įvardintomis Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintame sąrašė³⁹ (6 str. 4 d. 11 p.);
- teismo ar teisėsaugos institucijų sulaikytų asmenų, kardomojo kalnimo vietose esančių asmenų, nuteistųjų laisvės atėmimu <...> (6 str. 5 d.).

Pagal reikalavimus, nustatytus Sveikatos apsaugos ministro įsakyme dėl priklausomybių ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo⁴⁰ visos įstaigos turi būti aprūpintos technine įranga, skirta nustatyti organizme kiekį medžiagų, turinčių poveikį žmogaus sąmonei (alkotesteriais, greito narkotikų nustatymo testais ir kt.).

Tai pat yra išleistas įsakymas dėl artrozės, ŽIV, chlamydia trachomatis sukeltų ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo⁴¹.

³⁶ 2005 m. kovo 24 d. Vyriausybės nutarimas „Dėl Vyriausybės programos 2004 – 2008 m. patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 40-1290).

³⁷ Sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, No. 112-3099).

³⁸ Sveikatos draudimo įstatymas (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 1996, No. 99; 2002, No. 123-5512).

³⁹ ŽIV yra pirmasis šiame sąrašė. Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „Dėl visuomenei pavojingų užkrečiamųjų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 50-2244).

⁴⁰ Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 47-1824).

⁴¹ Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl artrozės, ŽIV, chlamydia trachomatis sukeltų ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 89-3299).

Įsakyme dėl poekspozicinės ŽIV profilaktikos skyrimo⁴² nurodoma, kad poekspozicinė ŽIV profilaktika yra prevencinis gydymas, kai infekuoto ar galimai infekuoto asmens kraujas, skysčiai su krauju ar kitomis organizmo medžiagomis patenka ant pažeistos odos, gleivinės arba į kito žmogaus organizmą. Medikamentai, skirti poekspozicinei ŽIV profilaktikai taikyti, yra kompensuojami iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, kai tokia ekspozicija įvyksta darbo metu, atliekant profesines pareigas ir/arba asmenims, nukentėjusiems nuo smurto ar prievartos, jei tokie atvejai užregistruoti įstatymų numatyta tvarka. Kitais atvejais asmenys už medikamentus turi susimokėti patys.

Esama teisės aktų, nustatančių informuotumo dėl ŽIV/AIDS ir kitų lytiškai plintančių ligų didinimo poreikį ir svarbą⁴³.

Valstybinė ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programa⁴⁴ yra pagrindinis bendrosios sveikatos politikos strateginis dokumentas, kuriame išvardijami nacionalinio atsako į ŽIV tikslai. Šis dokumentas suteikia pagrindą ŽIV, perduodamo lytiniu keliu, prevencijos įgyvendinimui. Šio tikslo įgyvendinimui numatoma šviesti gyventojus, skatinti naudoti apsaugos priemonės, sudaryti sąlygas įsigyti prezervatyvų laisvės atėmimo vietose (V sk. 18 d. 4 p.);

rūpintis jaunimo (ypač nelankančio mokyklos) švietimu ŽIV/AIDS ir kitų lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos, <...>, informuoti jaunimą apie alkoholio ir narkotikų poveikį seksualiniam elgesiui ir galimus padarinius, <...> (V sk. 18 d. 5 p.);

šviesti visuomenę ŽIV/AIDS klausimais (V sk. 18 d. 6 p.);

plėtoti ŽIV/AIDS informacinės, švietėjiškos ir metodinės medžiagos rengimą ir platinimą rizikos grupėms priklausantiems asmenims, <...> (V sk. 23 d. 3 p.).

Remiantis Vyriausybės nutarimu dėl Valstybinės lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės 2006 – 2009 m. programos⁴⁵ šios programos tikslas – iki 2009 m. sumažinti lytiškai plintančių infekcijų ir jų padarinius asmeniui ir visuomenei. Pirminės profilaktikos stiprinimas – skleisti dorovės normas, ugdyti saugią ir atsakingą lytinę elgseną, atlikti rizikingo gyvenimo būdo prevenciją, ypač tarp jaunimo – yra vienas programos prioritetų siekiant šio tikslo (17.2 sk.).

Įsakymas dėl lytiškai plintančių infekcijų ir ŽIV epidemiologinės priežiūros asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose⁴⁶ nustato, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos pagal savo kompetenciją <...> organizuoja visuomenės sveikatos gyvensenos mokymą, rengia konferencijas, seminarus, pasitarimus, susijusius su LPI, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos profilaktika, juose dalyvauja (III sk. 8.11).

Medicininės normos, nustatančios įvairių sričių gydytojų teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę akcentuoja poreikį gydytojams dermatovenerologams⁴⁷ žinoti <...> ŽIV ir lytiškai plintančių infekcijų epidemiologiją, klasifikaciją, priežastį, patogenezę ir klinikinius požymius <...> (VII sk. 13.7).

⁴² Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl poekspozicinės ŽIV profilaktikos skyrimo aprašo“ (Žin., 2004, No. 179-6634).

⁴³ Vienas iš specialiųjų Švietimo ir mokslo ministro įsakymų „Dėl teisės pažeidimų, mokyklos nelankymo, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, ŽIV/AIDS, smurto ir nusikalstamumo prevencijos“ (Žin., 2004, No. 145-5281).

⁴⁴ Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programos patvirtinimo“ (Žin., 2003, 98-4399).

⁴⁵ Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės 2006 – 2009 m. programos patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 138-4973).

⁴⁶ Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros tvarkos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose“ (Žin., 2003, Nr. 27-1105).

⁴⁷ Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicininės normos MN 59:2004 „Gydytojas dermatovenerologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (Žin., 2004, Nr. 184-6814).

5.1. Ištirimas dėl ŽIV, hepatito, tuberkuliozės

Valstybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programoje⁴⁸ akcentuojamas poreikis gerinti sveikatos priežiūrą, apsaugą ir globą žmonių, sergančių ŽIV ir AIDS. Siekiant šio tikslo būtina plėsti savanoriško konsultavimo ir testavimo paslaugas, užtikrinti jų konfidencialumą ir anonimiškumą (V sk. 20.2 p.).

Įsakyme dėl lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose⁴⁹ taip pat numatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos, esant reikalui, organizuotų rizikos grupių asmenų (narkomanų, prostitučių, homoseksualių asmenų ir t.t.) kraujo ėmimą ir jo siuntimą ŽIV tyrimui į laboratoriją, turinčią licenciją šiai veiklai (III sk. 8.8 p.).

Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios licenciją tokiai veiklai, vykdo laboratorinius – diagnostinius tyrimus sergantiems LPI, ŽIV liga bei ŽIV nešiotojams (III sk. 9.4).

Lietuvos AIDS centras organizuoja ir atlieka laboratorinius – diagnostinius tyrimus asmenims, sergantiems LPI ir ŽIV.

Virusinis hepatitas B, C ir tuberkuliozė yra pavojingų ir labai pavojingų ligų sąrašė, o asmenys, sergantys arba įtariami sergant šiomis ligomis arba esantys infekcijos nešiotojai, turi būti hospitalizuoti ir/arba izoliuojami, jiems atliekamas testas ir/ar gydomi privaloma tvarka⁵⁰.

5.2. Žalos mažinimo paslaugos

Valstybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programoje⁵¹ nurodoma, kad žalos mažinimo priemonės yra priemonės, kurios mažina neigiamus ekonominius, socialinius ir medicininius su narkotikų vartojimu susijusius padarinius: švirkštų keitimas, pakaitinis gydymas, aprūpinimas prezervatyvais ir kt. (I sk. 6 p.)

2006 m. buvo išleistas Sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo⁵². Jame numatyti žalos mažinimo programų, skirtų asmenims, besišvirkščiantiems narkotines ir psichotropines medžiagas ir kuriems dėl jų rizikingo elgesio kyla maksimali grėsmė užsikrėsti ŽIV ir kitomis infekcijomis, tikslai, įgyvendinimo tvarka ir finansavimo šaltiniai.

Įsakyme numatoma teikti nemokamą sveikatos priežiūrą ir socialinę paramą švirkščiamųjų narkotikų vartotojams ir jų partneriams.

Žemo slenksčio kabinetai⁵³ narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartotojams privalo teikti šias paslaugas: 1. švirkštų ir adatų keitimas; 2. dezinfekcinių medžiagų dalijimas; 3.

⁴⁸ Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 98-4399).

⁴⁹ Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose“ (Žin., 2003, Nr. 27-1105).

⁵⁰ Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pavojingų ir labai pavojingų užkrečiamų ligų, dėl kurių ligoniai, asmenys, įtariami, kad serga pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, asmenys, turėję sąlytį, ar šių ligų sukėlėjų nešiotojai turi būti hospitalizuojami, izoliuojami, tiriami ir (ar) gydomi privalomai, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 62-2527).

⁵¹ Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės programos 2003 – 2008 m. patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 98-4399).

⁵² 2006 m. liepos 5 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 77-3020).

⁵³ Tokių žemo slenksčio kabineto steigėjais gali būti valstybė, savivaldybės įstaigos, viešosios įstaigos, kiti ne pelno siekiantys juridiniai asmenys. Kabinetai paprastai steigiami vietose, kuriose lankosi/renkasi asmenys,

prezervatyvų dalijimas; 4. švietimas sveikatos klausimais, siekiant sumažinti rizikingą elgesį; 5. informacija; 6. konsultavimas.

Be to, atsižvelgiant į įstaigos pajėgumus, personalo kompetenciją, ypač vietą ir poreikius teikiamos šios paslaugos: 1. higienos ir slaugos paslaugos; 2. aprūpinimas tvarsliaiva; 3. žaizdų tvarstymas; 4. mėginių tyrimui ėmimas ir siuntimas į laboratoriją; 5. aprūpinimas maisto produktais; 6. transporto paslaugos; 7. tarpininkavimo ir atstovavimo paslaugos; 8. kitos paslaugos.

Egzistuoja probleminiai aspektai, susiję su žaizdų tvarstymu daugelyje žalos mažinimo kabinetų, kadangi juose dirba socialiniai darbuotojai, o ne medicinos personalas. Būtent dėl šios priežasties klientams neteikiamos šios paslaugos.

Atsižvelgiant į Pasaulio sveikatos organizacijos, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo biuro, bendros Jungtinių Tautų ŽIV/AIDS programos bendrą poziciją išreiškiantį dokumentą „Pakaitinė palaikomoji terapija, taikoma opioidinei priklausomybei gydyti ir ŽIV/AIDS prevencijai užtikrinti“, pasirodžiusį 2004 m., buvo patvirtintos naujos pakaitinio gydymo Lietuvoje taisyklės⁵⁴. Taisyklėse įtvirtinta nuostata, kad pakaitinis gydymas yra kompleksinė gydymo programa, kurios sudėtinės dalys yra medikamentinis, socialinis ir psichologinis gydymas.

Šiame įsakyme, kaip ir Narkologinės priežiūros įstatyme⁵⁵ ir Sveikatos sistemos įstatyme⁵⁶, įtvirtintas principas, kuris numato nemokamą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą tam tikroms žmonių grupėms. Jame aiškiai nurodoma, kad pakaitinis gydymas ir tyrimas dėl konkrečių narkotinių medžiagų asmenims, apsidraudusiems privalomuoju sveikatos draudimu, turėtų būti finansuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, o asmenims, neturintiems privalomojo sveikatos draudimo, iš savivaldybių ir/arba apskričių biudžeto, taip pat kitų programų. Tai turėtų pakeisti neigiamą praktiką, kai priklausomybių ligų centrai lėšas, numatytas narkologinių pacientų gydymui, skiria gydymui metadonu.

priklausantys aukštos rizikos grupėms, t.y. aukštos rizikos grupės aplinkoje (dėl ko kabinetas tampa klientams geografiškai pasiekiamas). Lietuvoje veikia 10 žemo slenksčio kabinetų. Jie įsikūrę psichinės sveikatos centruose, sveikatos centruose ar socialines paslaugas teikiančiuose centruose savivaldybėse, priklausomybės ligų centruose ir t.t.

⁵⁴ 2007 m. rugpjūčio 6 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 90-3587).

⁵⁵ 1997 m. kovo 27 d. „Narkologinės priežiūros įstatymas“ (Žin., 1997, Nr. 30-711).

⁵⁶ Sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099).

6. Lietuvos kalinimo įstaigų sistema

6.1. Kompetencija ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimas

Lietuvos įstatymuose įtvirtinta nuostata, kad visi kalinamieji yra lygūs, nepaisant jų kilmės, socialinės padėties, prigimtinių savybių, neigalumo ir kitų faktorių. „Su nuteistaisiais turi būti elgiamasi taip, kad būtų išsaugota jų sveikata ir savigarba.“⁵⁷ Nuteistųjų sveikatos priežiūra organizuojama, remiantis principu, kad nuteistiesiems asmenims teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti tokios pačios kokybės, kaip ir paslaugos, teikiamos visiems kitiems Lietuvos piliečiams.

Nuteistųjų sveikatos priežiūra organizuojama, atsižvelgiant į bendrąsias sveikatos priežiūros taisykles bei specialiąsias nuostatas dėl kalinamųjų sveikatos priežiūros.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija yra institucija, turinti sveikatinimo veiklos valdymo subjekto statusą, taip pat atliekanti įstatymų ir kitų teisės aktų numatytas valstybės administracines funkcijas sveikatos apsaugos sektoriuje bei įgyvendinanti valstybės politiką sveikatos apsaugos sektoriuje. Jos misija yra formuoti ir įgyvendinti sveikatos strategiją, užtikrinančią visuomenės sveikatą, kokybišką sveikatinimo veiklą ir racionalų išteklių panaudojimą. Sveikatos apsaugos ministerijos pagrindiniai uždaviniai yra šie: visuomenės sveikatos apsaugos užtikrinimas, stiprinant gyventojų sveikatą, įgyvendinant ligų prevenciją ir kontrolę; veiklos, susijusios su visuomenės sveikatos priežiūra tobulinimas, atsižvelgiant į ES teisiniuose aktuose išdėstytus reikalavimus; efektyvios ligų prevencijos užtikrinimas, gyventojų sergamumo ir mirtingumo mažinimas; aktyvi alkoholio, narkotikų vartojimo ir kitų su priklausomybe susijusių sutrikimų prevencija⁵⁸. Pagrindinis tikslas, užtikrinant prieinamą ir kokybišką asmens sveikatos priežiūrą yra sukurti lygias sąlygas visiems piliečiams gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas.

Atsižvelgdama į tarptautinę patirtį Lietuva laipsniškai ir tikslingai įgyvendina visuomenės sveikatos strategiją. Jos tikslas yra užtikrinti efektyvų ligų prevencijos ir kontrolės sistemos funkcionavimą, švietimą sveikatos klausimais ir informacinės sistemos vystymą, skatinti profesinį visuomenės sveikatos priežiūros specialistų tobulėjimą ir įgyvendinti sveikatos apsaugos sistemos reformą, atsižvelgiant į ES teisės aktuose išdėstytus reikalavimus. Vienas pagrindinių visuomenės sveikatos sektoriaus prioritetų yra psichinės sveikatos gerinimas. Siekiant užtikrinti psichologinę žmonių gerovę ir visapusišką pagalbą asmenims, turintiems psichinių sveikatos problemų, toliau tobulinama Psichinės sveikatos strategija Lietuvoje.

Narkomanijos ir ŽIV/AIDS prevencijos srityje ministerija teikia prioritetus Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004 – 2008 metų programos priemonių įgyvendinimui, siekdama sumažinti narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą. Augančios pasaulinės ŽIV/AIDS epidemijos akivaizdoje labai svarbu apsaugoti visuomenę nuo šios infekcijos plitimo. Šiuo metu Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004 – 2008 metų programa yra įgyvendinama, turint tikslą išlikti žemo ŽIV/AIDS plitimo šalimi iki 2010 m.

Šiuo metu aptariant sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvos kalinimo įstaigose tenka pažymėti, jog akivaizdu, kad savarankiška sveikatos priežiūros kalinimo įstaigose sistema, yra teisiškai administruojama įstaigos, kuri, tam tikra prasme, yra atskirta nuo bendrosios sveikatos priežiūros sistemos. Šiuo metu už sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Lietuvos kalinimo įstaigose yra atsakinga Teisingumo ministerija. Įgyvendinant teisinę reformą 2000 m. kalėjimų sistema iš pavaldumo Vidaus reikalų ministerijai perėjo Teisingumo ministerijos žinion.

⁵⁷ Teisingumo ministro įsakymas „Dėl pataisos įstaigų vidaus tvarkos taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 76-3498).

⁵⁸ Sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapis. Adresas: http://www.sam.lt/en/main/veikla/2006__2008_met_strat

Ankstesnis įstaigos pavadinimas – Pataisos reikalų departamentas – buvo pakeistas į Kalėjimų departamentą prie teisingumo ministerijos (toliau – Kalėjimų departamentas). Pagrindinis strateginis Kalėjimų departamento tikslas yra laisvės atėmimo bausmės ir kitų teismo skirtų bausmių vykdymas bei narkomanijos prevencija laisvės atėmimo vietose. Kalėjimų departamentas organizuoja, įgyvendina ir kontroliuoja kalinamųjų apsaugą ir priežiūrą, jų pataisos procesą, socialinę rehabilitaciją, psichologinę pagalbą ir sveikatos priežiūrą laisvės atėmimo vietose, kaip ir kitus jam keliamus uždavinius.

Kalėjimų departamente yra Sveikatos priežiūros skyrius, kuris organizuoja ir koordinuoja sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas kalinimo įstaigose. Šiuo metu skyriuje dirba penki medicinos specialistai. Sveikatos priežiūros skyriaus darbuotojų nuomone, čia trūksta darbuotojų. Be to, būdami atsakingi už konkrečią sveikatos priežiūros sritį, jie nėra pavaldūs vien Teisingumo ministerijai, kuri koordinuoja kalinimo įstaigų sistemos veiklą, bet taip pat susiję ir su Sveikatos apsaugos ministerija, kuri plėtoja, organizuoja ir koordinuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikimą visos šalies mastu. Remiantis principu, kad kalinamųjų sveikatos priežiūra yra organizuojama pagal bendrąsias sveikatos priežiūros taisykles, Kalėjimų departamento atstovai ne tik dalyvauja įvairiose veiklos grupėse kuriant nacionalines programas, veiksmų planus ir kuriant sveikatos priežiūrą reglamentuojančius įstatymus, bet ir atsako už šiuose dokumentuose išdėstytu nuostatų įgyvendinimą bausmių vykdymo sistemoje.

Įstatymuose yra įtvirtinta keletas viena kitai prieštaraujančių nuostatų dėl sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo kalinimo įstaigose. Bausmių vykdymo kodekse nurodoma, kad „Arešto, terminuoto laisvės atėmimo ir laisvės atėmimo iki gyvos galvos bausmės atliekančių nuteistųjų sveikatos priežiūrą organizuoja Sveikatos apsaugos ministerija.“ Tuo pačiu metu kitame kodekso straipsnyje įtvirtinta nuostata, kad „Priklausomybės ligomis sergančių nuteistųjų gydymo laisvės atėmimo vietose tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija ir Teisingumo ministerija.“⁵⁹

Kadangi nėra aiškaus funkcijų pasidalijimo tarp įvairių ministerijų ir Departamento, kartais kai kurie teisės aktai ir reglamentuojantys dokumentai yra priimami be išankstinių konsultacijų ir nekoordinuojant veiksmų šių dokumentų ruošimo stadijoje, kas sukelia įvairių sunkumų vėliau įgyvendinant juos kalinimo įstaigose⁶⁰.

Be to, nustatytas ribotas Sveikatos apsaugos ministerijos dalyvavimas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kalinimo įstaigose, pagrinde apsiribojant kalinimo įstaigų patikrinimais ir kalinamųjų skundų dėl sveikatos priežiūros paslaugų nagrinėjimu⁶¹. Savo ataskaitoje apie 2004 m. vizitą CPT rekomendavo Sveikatos apsaugos ministerijai aktyviau dalyvauti šios srities veikloje, nes tai padėtų užtikrinti optimalią kalinamųjų asmenų sveikatos priežiūrą ir bendrųjų nuostatų dėl sveikatos priežiūros kalinimo įstaigose paslaugų, lygiaverčių bendruomenėje už kalinimo įstaigos sienų teikiamoms paslaugoms, įgyvendinimą. Tuo tarpu, atskira sveikatos priežiūros sistema, funkcionuojanti kalinimo įstaigose, gali turėti tendenciją dubliuoti paslaugas, stiprinti rizikos, neefektyvumo ar nelygybės tendencijas. Dėl biudžeto apribojimų kalinimo įstaigos administracija gali teikti pirmenybę saugumo aspektams sveikatos priežiūros reikalavimų sąskaita.

Laisvės atėmimo vietose organizuojama trijų lygių sveikatos priežiūra. Sveikatos priežiūros tarnybos, funkcionuojančios kalinimo įstaigose (toliau – Sveikatos priežiūros tarnyba)⁶² teikia ambulatorines – pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Visos kalinimo įstaigos turi

⁵⁹ Bausmių vykdymo kodeksas (Žin., 2002, Nr. 73-3084. Str. 174.4 ir 175.2).

⁶⁰ Tai gali būti teisės aktai, priimami skirtingo pavaldumo institucijose: priimti bendru dviejų – Sveikatos apsaugos ir Teisingumo – ministrų bendru potvarkiu, priimti Sveikatos apsaugos ministro arba Teisingumo ministro. Be to, kai kurie klausimai yra reglamentuoti Kalėjimų departamento vadovo.

⁶¹ CPT ataskaita apie 2004 m. vizitą.

⁶² Sveikatos priežiūros tarnybos asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik gavusios Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos išduotą licenciją ir įstatymų numatyta tvarka įregistruotos Valstybiniame sveikatos priežiūros įstaigų registre. Bendras Sveikatos apsaugos ministro ir Teisingumo ministro įsakymas „Dėl Pataisos įstaigose ir areštinėse steigiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir tarnybų struktūros, etatų skaičiaus ir veiklos tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 39-1799).

savo sveikatos priežiūros tarnybas, kurių veiklą koordinuoja Kalėjimų departamentas (KD). Antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugos – stacionarinė paciento apžiūra ir gydymas – yra teikiamos Laivės atėmimo vietų ligoninėje. Tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos bendruomenėje esančiose sveikatos priežiūros įstaigose (tai atvejais, kai Laivės atėmimo vietų ligoninė neturi galimybės arba teisės (kurią suteikia licencija) teikti reikalingą medicinos pagalbą, garantuojančią kalinamųjų saugumą.

Laisvės atėmimo vietų ligoninė (toliau – LAVL) veikia Lukiškių kalėjime Vilniuje ir yra specifinė įstaiga bendroje kalinimo įstaigų sistemoje, vykdanči suimtųjų, nuteistųjų, taip pat ir arešto bausmė, asmenų sveikatos priežiūrą ir užtikrinanti stacionarinį suimtųjų ir nuteistųjų gydymą. LAVL vietų skaičius – 111, iš kurių 25 lovos yra Psichiatrijos skyriuje, 20 vietų skirta asmenims su psichikos sutrikimais ir 5 asmenims, turintiems problemų dėl priklausomybių, susijusių su įvairių medžiagų vartojimu. Reikia pažymėti, kad personalas, dirbantis Psichiatrijos skyriuje, iš esmės apsiriboja pagalbos teikimu, taikant medikamentinį gydymą. Čia neteikiama psicho-socialinė rehabilitacija, netaikomos užimtumo, mokomosios ar tam tikrų įgūdžių ugdymo programos, pritaikytos individualiems pacientų poreikiams. Nuo 2003 m. LAVL veikia ŽIV/AIDS prevencijos ir gydymo kabinetas. Tarnybos uždavinys yra suvienodinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą su bendruomenėje egzistuojančiu paslaugų teikimu⁶³.

Lietuvoje yra 15 kalinimo įstaigų. Bendras vietų skaičius jose – 9874. 2007 m. sausio 1 d. duomenimis, šalyje buvo 238 kalinamieji 100 000 gyventojų⁶⁴.

6.2. Biudžetas, skiriamas sveikatos priežiūrai kalinimo įstaigose

Sveikatos priežiūra kalinimo įstaigose yra visada susijusi su šiam tikslui skiriamu finansiniu biudžetu. Tačiau informacija apie kasmetines kalinimo įstaigos biudžeto išlaidas medicinos paslaugoms yra dažniausiai neprieinama. Konkrečių kaštų suvestinėje paprastai pateikiamos tik eksploatacinės išlaidos, susijusios su infrastruktūra ar personalo, kurį priėmė į darbą kalinimo įstaigos administracija ar Teisingumo ministerija, išlaikymu. Lietuvos Kalėjimų departamentas ir jam pavaldžios įstaigos yra finansuojamos iš valstybės biudžeto, kuriame kasmet numatomos šių įstaigų išlaikymui⁶⁵. Kalėjimų departamento veiklos pagrindas yra strateginis planavimas ir konkrečių numatytų programų įgyvendinimas. Biudžete nėra numatytos atskiros eilutės teikiamų sveikatos paslaugų finansavimui. Gavęs kalinimo įstaigų paraišką finansavimui, Kalėjimų departamentas skiria lėšas tik personalo išlaikymui ir reikiamų medikamentų pirkimui, tačiau neplanuoja konkrečių kalinamiesiems skirtų sveikatos priežiūros paslaugų ir programų finansavimui. Tik nuo 2006 m. Kalėjimų departamentas pradėjo vykdyti ilgalaikę Narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos programą, kurios tikslas yra sustabdyti narkomanijos plitimą kalinimo įstaigose. 2005 m. tai dar nebuvo atskira programa, o lėšos buvo skiriamos Bausmių vykdymo sistemos veiklos užtikrinimo programai finansuoti.

⁶³ Lietuvos atsakas į ŽIV/AIDS – pirmieji 15 metų. Lietuvos AIDS centras, 2004.

⁶⁴ Pagrindiniai duomenys apie Kalėjimų departamento ir jam pavaldžių kalinimo įstaigų veiklą 2006 m. Pateikiama <http://www.kalejimudepartamentas.lt>

⁶⁵ Bendras bausmių vykdymo sistemos biudžetas (kuris skiriamas pataisos įstaigoms ir pataisos inspekcijoms) 2004 m. buvo 122 169 000 Lt. (35 382 588 EUR), 2005 m. – 146 373 000 Lt. (42 392 550 EUR), 2006 m. – 157 992 000 Lt. (45 757 645 EUR).

4 Lentelė. Biudžeto paskirstymas tarp įvairių Kalėjimų departamento veiklos programų⁶⁶

Nr.	Programa	2005 m. (tkst. Lt)	2006 m. (tkst. Lt)
1	Bausmių vykdymo sistemos veiklos užtikrinimas	124427	145782
2	Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencija	-	663
3	Statyba, planavimas ir ilgalaikio turto išigijimas	13622	14864
4	Profesinis personalo mokymas	1104	1199
5	Suėmimo ir laisvės atėmimo bausmių įgyvendinimas	4263	4457
6	Išėitinės kompensacijos	2820	3527
7	Kalinamųjų profesinė darbinė veikla	-	500
8	Speciali mokamų paslaugų teikimo programa	137	118

Čia reikėtų paminėti du dalykus. Pirma, numatyto biudžeto nepakanka (didžiausia jo dalis skiriama bausmių vykdymo sistemos veiklos užtikrinimui, t.y. apsaugai ir priežiūrai, ir nėra atskiros eilutės įvairių reabilitacinių programų finansavimui); antra, dėl susidariusios bendros visuomenės nuomonės, kad kriminaliniai nusikaltėliai negali turėti geresnių sąlygų, nei kiti žmonės, šios problemos neaktualizuojamos. Toks požiūris padeda suprasti ir paaiškina tiek žemą sveikatos priežiūros paslaugų ir programų kokybę, tiek nedidelį jų skaičių, nes tokios paslaugos ir programos laikomos nereikalinga prabanga.

Pasak Kalėjimų departamento atstovų, labai trūksta lėšų sveikatos priežiūros paslaugoms kalinimo įstaigose (prevencijai, gydymui, reabilitaciniams programoms) finansuoti. Maždaug 1,7 milijonų litų suma, skiriama medikamentams įsigyti, beveik nesikeitė per pastaruosius keletą metų, nors medikamentų kainos gerokai išaugo. Be to, nuo 2006 m. Kalėjimų departamentas privalo planuoti lėšas ŽIV testavimui ir AIDS gydymui, o tai gali tapti pagrindine našta kalinimo įstaigų sistemai ateityje. Asmenys, užsikrėtę ŽIV prieš 7 – 10 metų, jau patiria AIDS simptomų ir jiems jau būtina pradėti taikyti ART gydymą. Remiantis Kalėjimų departamento duomenimis, iki 64 procentų (813 iš bendro 1273⁶⁷ skaičiaus) ŽIV užsikrėtusių asmenų yra pabuvoję vienoje ar kitoje kalinimo įstaigoje. Be to, pastoviai kalinimo įstaigose yra apie 270 ŽIV užsikrėtusių asmenų. Remiantis apskaičiavimais pinigų suma, reikalinga vieno AIDS sergančio asmens gydymui per metus, sudaro 35 tūkstančius litų. Kalėjimų departamento Sveikatos priežiūros skyriaus apskaičiavimais normaliam sveikatos priežiūros paslaugų kalinimo įstaigose finansavimui reikalingi 4 milijonai litų. Tačiau esama abejonių, kad ši suma bus paskirta galutinai suplanavus Kalėjimų departamento biudžetą.

⁶⁶ Pagrindiniai duomenys apie Kalėjimų departamento ir jam pavaldžių kalinimo įstaigų veiklą 2006 m. Pateikiama <http://www.kalejimudepartamentas.lt>

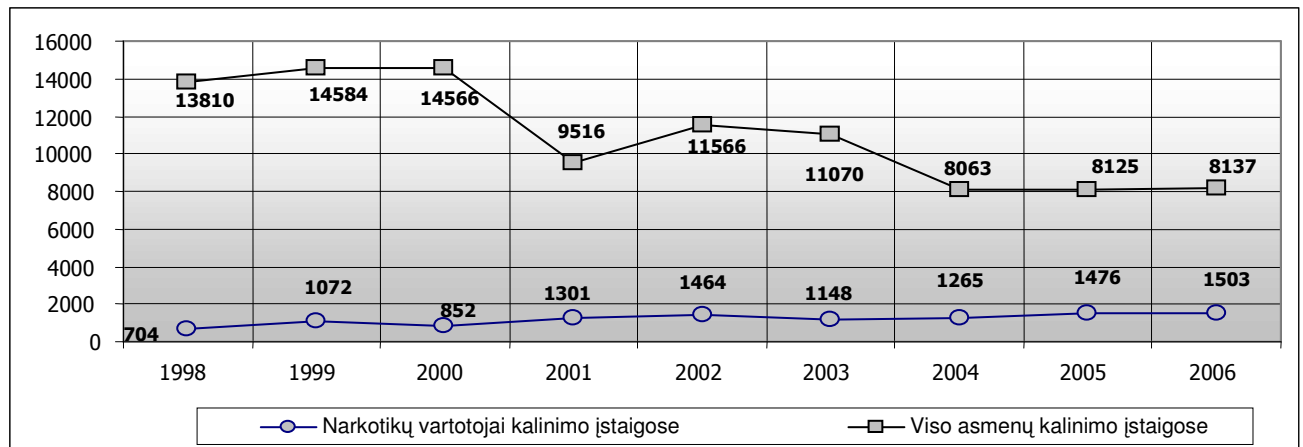
⁶⁷ Kalėjimų departamento 2007 m. spalio 1 d. duomenimis

7. ŽIV/AIDS, narkotikų vartojimo ir susijusių infekcijų paplitimas Lietuvos kalnimo įstaigų sistemoje

Daugelyje šalių ŽIV infekcijos paplitimas tarp kalnamųjų yra gerokai didesnis, nei tarp plačiųjų gyventojų sluoksnių. HCV plitimas per kraują yra dar didesnis.

Nelegalūs narkotikai prieinami kalnimo įstaigose, nepaisant nepertraukiamų kalnimo įstaigų sistemos pastangų užkardyti narkotikų patekimą į kalnimo įstaigas griežtai kontroliuojant skiriamų vaistų išdalijimą bei taikant baudžiamąją atsakomybę kalnamiesiems už nelegalių narkotikų laikymą ir vartojimą. Švirkščiamųjų narkotikų vartojimas kalnimo įstaigose kelia ypatingą susirūpinimą dėl ŽIV ir kitų per kraują perduodamų infekcijų, tokių kaip hepatitas B ir C, užsikrėtimo pavojaus. Šis pavojus kyla dėl to, kad asmenys, besišvirkščiantys narkotikus kalnimo įstaigose, dažnai bendrai naudojami tomis pačiomis adatomis ir švirkštais bei kita švirkštimosi įranga, o tai yra labai greitas ŽIV perdavimo kelias⁶⁸.

5 Lentelė. Narkotikų vartotojai Lietuvos kalnimo įstaigose (absolutūs skaičiai)⁶⁹



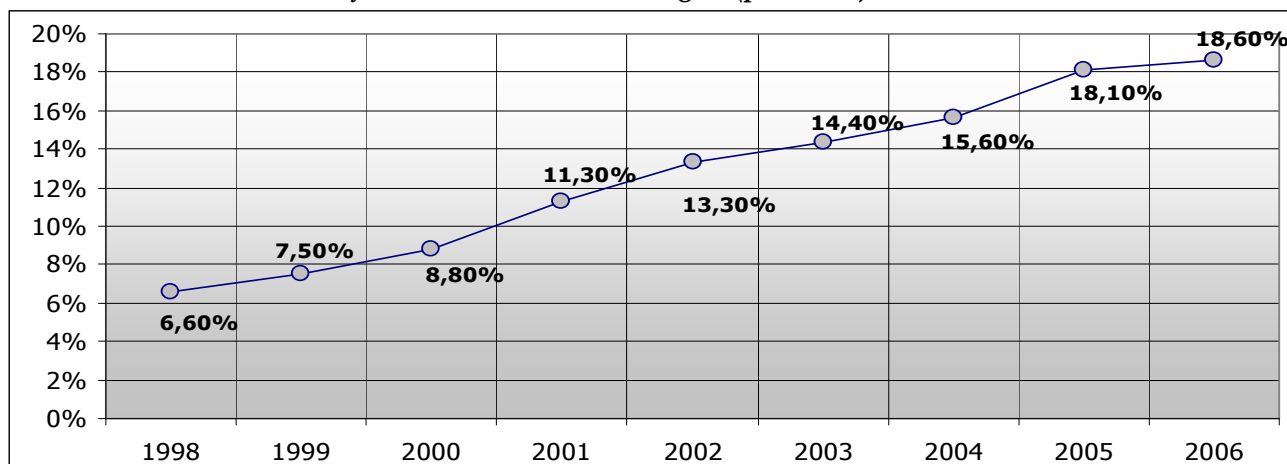
Kalėjimų departamento duomenimis

Nuo 2003 m. fiksuojamas narkotikų vartotojų skaičiaus Lietuvos kalnimo įstaigose padidėjimas. 2006 m. pabaigose šis skaičius siekė 1503 asmenis. 1998 – 2006 m. narkotikus vartojančių asmenų skaičius kalnimo įstaigose padidėjo daugiau, nei tris kartus. Tuo tarpu, bendras kalnamųjų asmenų skaičius per šį laikotarpį sumažėjo 1,7 karto.

⁶⁸ Pasaulio sveikatos organizacija, UNAIDS, UNODC. Intervencijų, nukreiptų ŽIV infekcijai kalnimo įstaigose suvaldyti, efektyvumas – adatų ir švirkštų keitimo programos bei dezinfekuojančių ir nuklenksminančių medžiagų naudojimo strategija. PSO, 2007 m.

⁶⁹ Kalėjimų departamentas renka informaciją apie narkotikų vartotojus remdamasis narkotikų testų duomenimis.

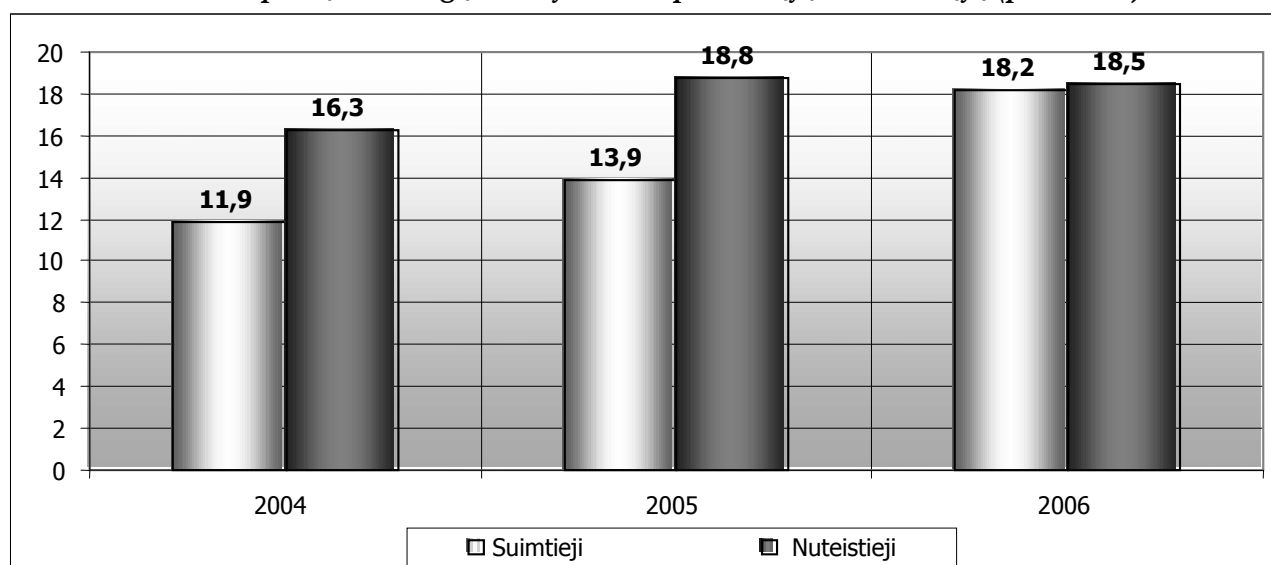
6 Lentelė. Narkotikų vartotojai Lietuvos kalnimo įstaigose (procentai)



Kalėjimų departamento duomenimis

Statistinių duomenų analizė rodo, kad nuo 1998 m. pastoviai ir tolygiai auga narkotikus vartojančių kalniamųjų asmenų skaičius. 1998 m. narkotikus vartojančių kalniamųjų asmenų buvo 6,6 procento, o 2006 m. – 18,6 procento, t.y. tokių kalniamųjų buvo beveik 1,5 karto daugiau.

7 Lentelė. Psichotropinių medžiagų vartojimas tarp suimtųjų ir nuteistųjų (procentai)



Kalėjimų departamento duomenimis

Duomenų analizė rodo, kad psichotropines medžiagas dažniau vartoja nuteistieji – asmenys, atliekantys bausmę kalnimo įstaigose. Tačiau pastaraisiais (2006 m.) metais psichotropines medžiagas vartojančių asmenų – tiek suimtųjų, tiek nuteistųjų – skaičius buvo apylygis: jis sudarė maždaug 18 procentų.

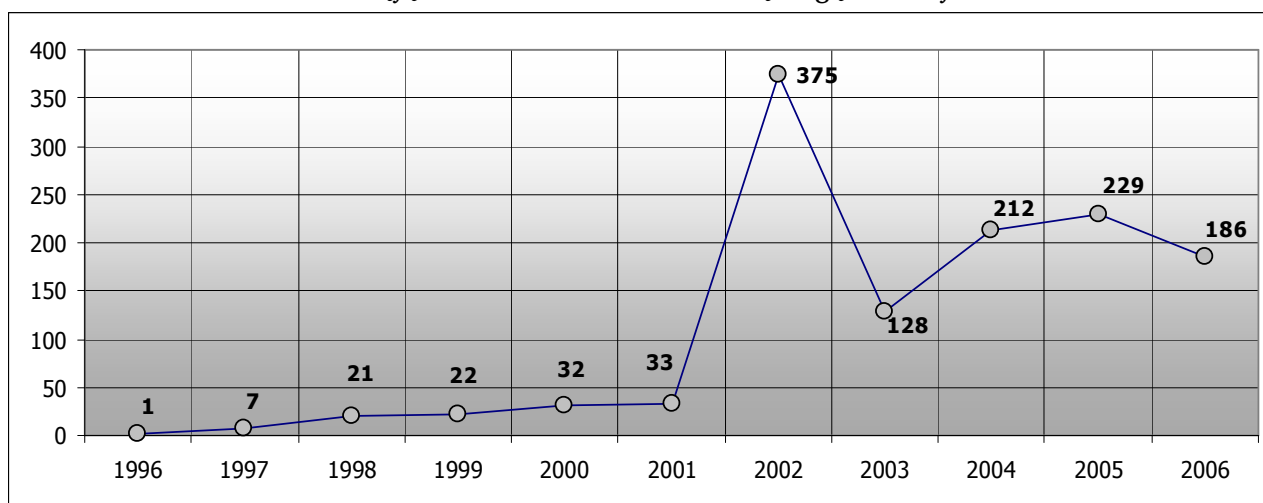
8 Lentelė. Narkotikų vartojimas tarp kalinamųjų

Narkotikas	Nuteistieji		Suimtieji		VISO	
	Absoliutūs skaičiai	% tarp nuteistųjų	Absoliutūs skaičiai	% tarp suimtųjų	Absoliutūs skaičiai	% tarp kalinamųjų
Opiatai (F11)	75	7,5	461	6,5	536	6,6
Kanapės (F12)	21	2,1	44	0,6	65	0,8
Trankvilizatoriai (F13)	4	0,4	19	0,3	23	0,3
Kokainas (F14)	3	0,3	1	0,01	4	0,04
Stimuliatoriai (F15)	7	0,7	123	1,7	130	1,6
Haliucinogenai (F16)	–	–	8	0,1	8	0,09
Inhaliatoriai (F18)	3	0,3	19	0,3	22	0,3
Keletas narkotikų (F19)	68	6,8	632	8,9	700	8,7
VISO	181	18,2	1307	18,5	1488	18,4

Kalėjimų departamento duomenimis

Tolesnė duomenų analizė parodė, kad dažniausiai kalinamieji vartoja opiatus – 2006 m. užregistruoti 536 atvejai (6,6 procento), arba vartojami keli narkotikai vienu metu – 700 atvejų (8,7 procento).

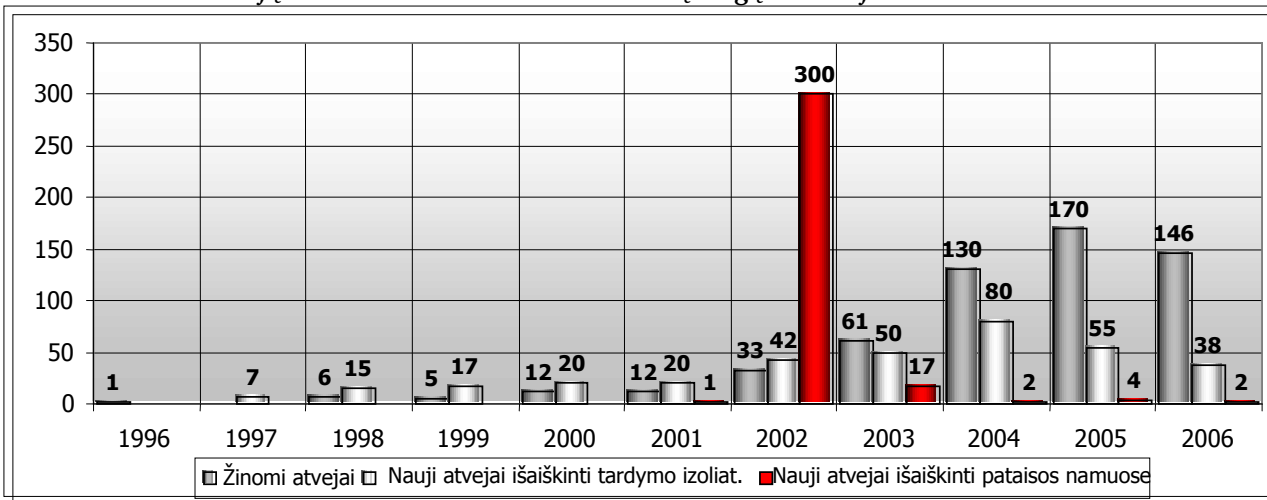
9 Lentelė. Viso ŽIV užsikrėtusiųjų skaičius Lietuvos kalnimo įstaigų sistemoje



Kalėjimų departamento duomenimis

Statistinių duomenų analizė rodo, kad po ŽIV protrūkio Alytaus griežto režimo pataisos darbų kolonijoje (299 naujai nustatyti ŽIV atvejai), 2002 m. visoje kalnimo įstaigų sistemoje buvo 375 ŽIV užsikrėtę asmenys. Vidutiniškai per pastaruosius 3 metus kalnimo įstaigose būna 200 asmenų, sergančių ŽIV. 2006 m. tokių asmenų skaičius netgi nežymiai sumažėjo.

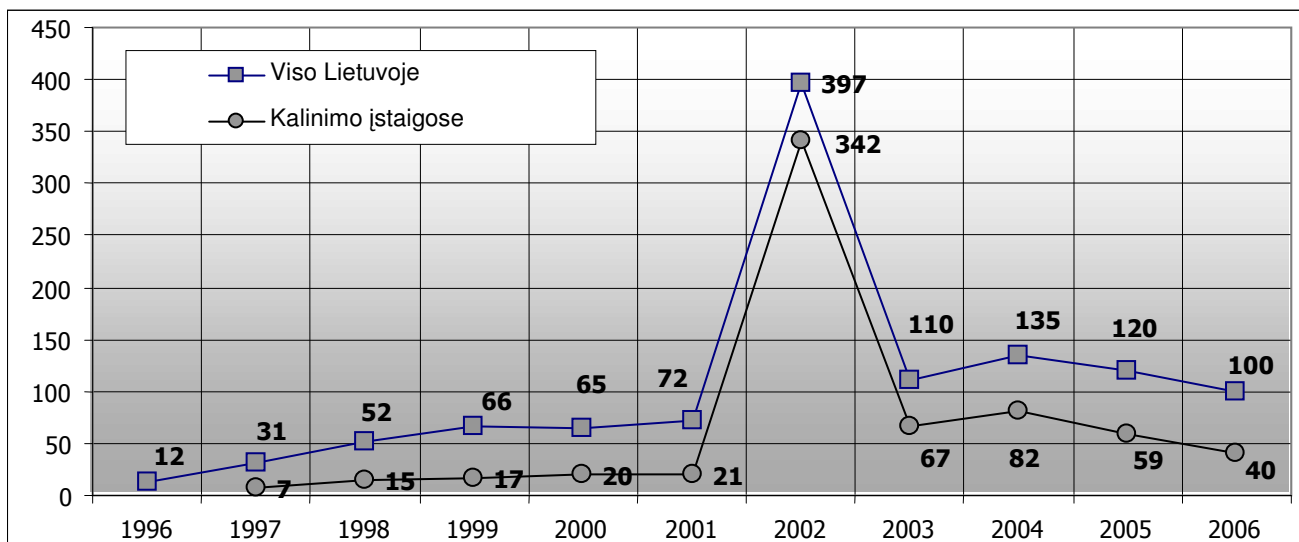
10 Lentelė. ŽIV atvejų išaiškinimas Lietuvos kalinimo įstaigų sistemoje



Kalėjimų departamento duomenimis

Tolesnė duomenų analizė rodo, kad šiuo metu didžioji ŽIV atvejų dalis kalinimo įstaigų sistemoje yra jau žinomi atvejai, t.y. atvejai, kai susirgimas buvo diagnozuotas jau prieš asmeniui patenkant į kalinimo įstaigų sistemą. Iš 2005 – 2006 m. nustatytų ŽIV susirgimo atvejų maždaug trečdalis jų buvo diagnozuota kalinimo įstaigoje.

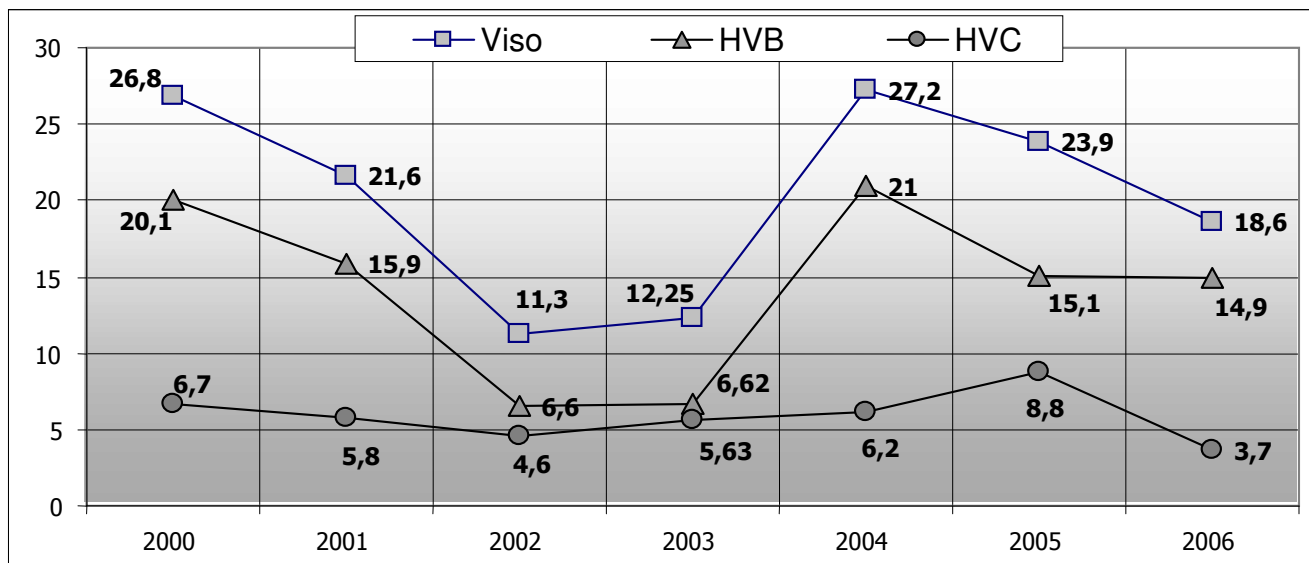
11 Lentelė. Naujų ŽIV atvejų skaičius tarp Lietuvos gyventojų ir kalinimo įstaigose esančių asmenų 1996 – 2006 m.



Kalėjimų departamento duomenimis

Remiantis duomenimis, pateiktais 11-oje lentelėje, galima teigti, kad nuo 2003 m. ŽIV atvejų, nustatytų kalinimo įstaigų sistemoje, skaičius sudarė maždaug pusę visų Lietuvoje diagnozuotų ŽIV atvejų.

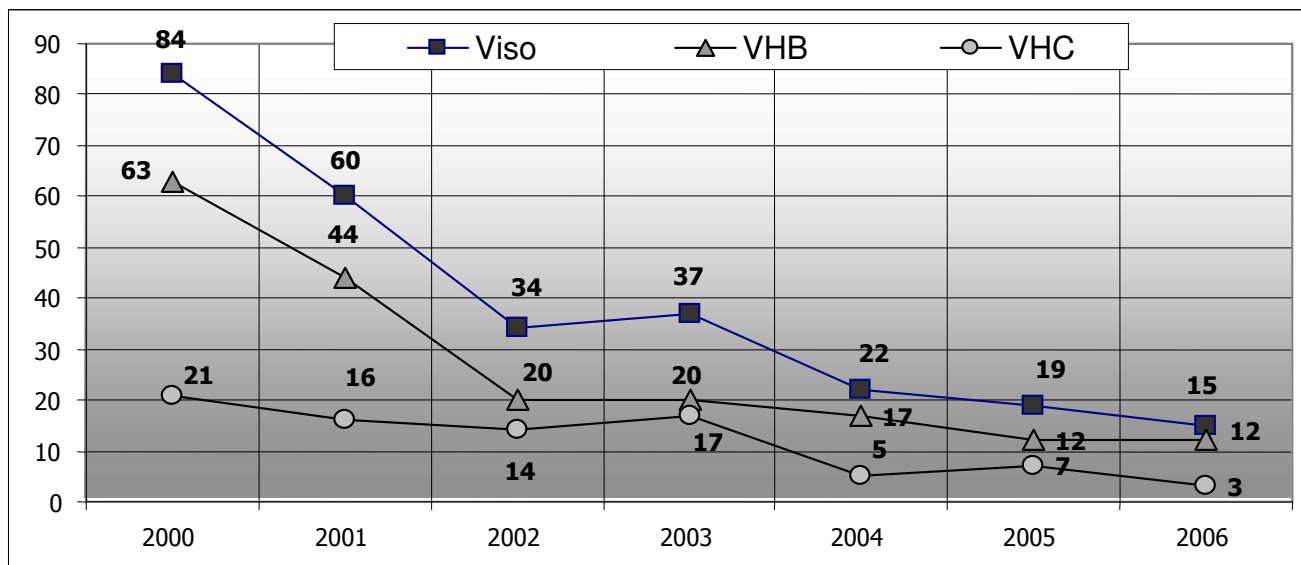
12 Lentelė. Virusinio hepatito paplitimas kalnimo įstaigose (susirgimų skaičius 10 000 kalinamųjų)



Kalėjimų departamento duomenimis

Statistinių duomenų analizė rodo, kad per pastaruosius 2 metus hepatito susirgimo atvejų skaičius 10 000 kalinamųjų pastoviai mažėja – nuo 27,2 atvejų 2004 m. iki 18,6 atvejų 2006 m.

13 Lentelė. Ūmaus virusinio hepatito susirgimo atvejų skaičius Lietuvos kalnimo įstaigose



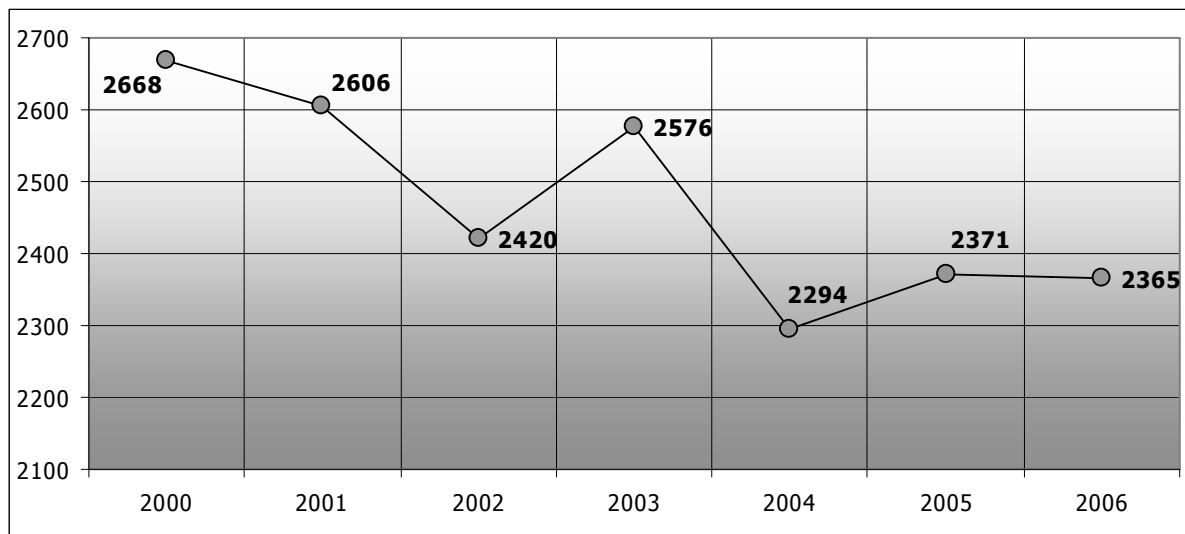
Kalėjimų departamento duomenimis

Reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad ūmaus virusinio hepatito susirgimo atvejų skaičius kalnimo įstaigose nuosekliai mažėja, t.y. 2000 – 2006 m. tokių pacientų skaičius sumažėjo 5,3 karto.

Esama argumentų, kad tikrieji skaičiai yra gerokai didesni, nes nei profilaktika, nei atsitiktinai pasirinktų kalniamųjų tyrimai dėl hepatito B ir C nevykdoma pastoviai. Patikrinimai remiasi epidemiologinėmis ir medicininėmis indikacijomis. Galima daryti prielaidą, kad iki 98

procentų visų narkotikų vartotojų gali būti užsikrėtę hepatitu⁷⁰. Šią prielaidą patvirtina informacija, surinkta ŽIV protrūkio Alytuje metu, kai atlikus papildomus tyrimus paaiškėjo, jog 65 procentai iš 488 ištirtų asmenų yra užsikrėtę hepatito C virusu (HCV)⁷¹.

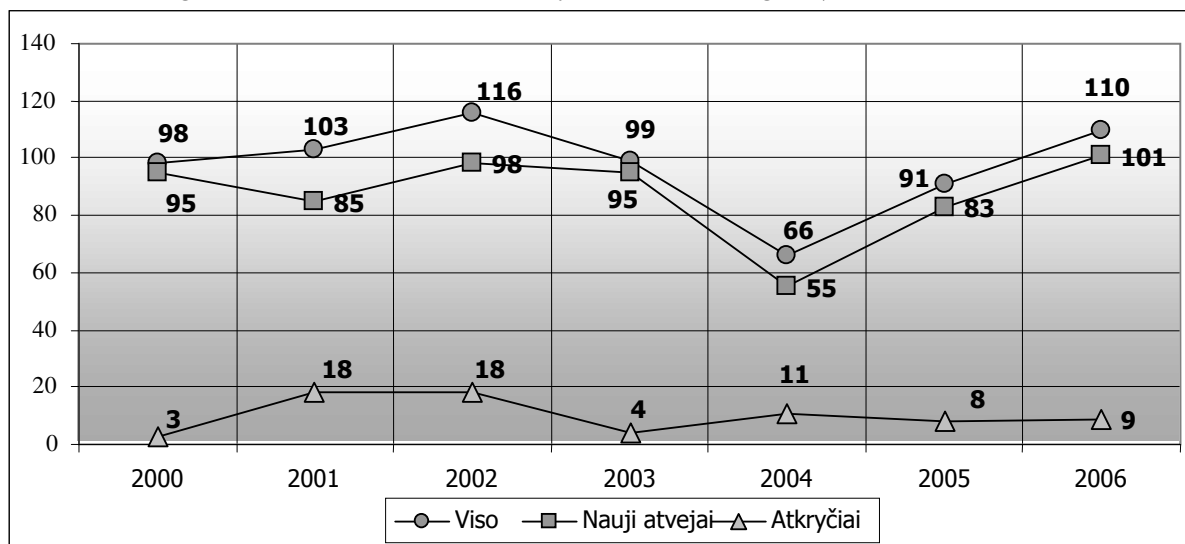
14 Lentelė. Tuberkuliozės paplitimas Lietuvoje (išraiška absoliučiais skaičiais)



Kalėjimų departamento duomenimis

Kalbant apie tuberkuliozės susirgimą Lietuvoje reikėtų pažymėti, kad per pastaruosius 2 metus padėtis stabilizavosi, nes sergamumas tuberkulioze praktiškai nei didėjo, nei mažėjo. Be to, atsižvelgiant į dinamiškus pokyčius, vykstančius nuo 2000 m., galima teigti, kad tuberkuliozės atvejų skaičius Lietuvoje mažėja.

15 Lentelė. Sergamumas tuberkulioze Lietuvoje kalinimo įstaigose (išraiška absoliučiais skaičiais)



Kalėjimų departamento duomenimis

Kalinimo įstaigose (lyginant su bendra situacija Lietuvoje) pastebimas tuberkuliozės atvejų skaičiaus didėjimas, nes per pastaruosius 2 metus tokių atvejų skaičius padidėjo 1,7 karto, ir 2006 m. tuberkulioze sergančių asmenų buvo 110.

⁷⁰ Informacija, pateikta susitikimo su Kalėjimų departamento atstovais metu.

⁷¹ ŽIV infekcijos protrūkis Lietuvos kalinimo įstaigų sistemoje. Situacijos vertinimas ir atsako formavimas. UNAIDS. Viena, 2002 m.

8. Lietuvos atsakas į ŽIV/AIDS epidemiją kalinimo įstaigų sistemoje

Nacionalinėje ŽIV/AIDS prevencijos programoje numatyta nemažai priemonių u-tikrinant ŽIV/AIDS ir su jais susijusių infekcijų profilaktikos priemonių vykdymą laisvės atėmimo vietose. Kalėjimų departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos, bendradarbiaudamas su kitomis institucijomis, yra įvardintas kaip institucija, atsakinga už šią veiklą:

- išanalizuoti ŽIV pavojų, rizikos veiksnius laisvės atėmimo vietose ir vykdyti svarbiausias profilaktikos priemones;
- parengti, patvirtinti ir įgyvendinti ŽIV profilaktikos priemones, kontroliuojant ŽIV, hepatitų, tuberkuliozės, kitų infekcijų plitimą laisvės atėmimo vietose;
- parengti ir patvirtinti suimtųjų ir nuteistųjų konsultavimo ŽIV klausimais ir tyrimų, anoniminių tyrimų konfidencialumo užtikrinimo procedūras;
- parengti laisvės atėmimo vietų pareigūnų mokymo medžiagą ir papildyti mokymo programas;
- parengti ir patvirtinti ŽIV profilaktikos priemones išleidžiamiems iš laisvės atėmimo vietų nuteistiesiems, užsikrėtusiems ŽIV;
- vykdyti ŽIV, kitų su juo susijusių infekcijų ir narkotinių medžiagų vartojimo tarp suimtųjų ir nuteistųjų profilaktiką ir stebėseną;
- nuolat teikti informaciją ir organizuoti mokymo ciklus laisvės atėmimo vietų personalui, suimtiesiems ir nuteistiesiems apie ŽIV ir kitas su juo susijusias infekcijas, narkomanijos profilaktiką laisvės atėmimo vietose; medicinos etiką, konfidencialumą, infekuotųjų ŽIV teises ir atsakomybę; infekuotųjų ŽIV priežiūrą ir gydymą; toleranciją infekuotiesiems ŽIV ir sergantiejiems AIDS, kitais klausimais;
- atnaujinti ir parengti papildomą vaizdo ir garso medžiagą apie ŽIV ir kitų su juo susijusių infekcijų profilaktiką, rengti laisvės atėmimo vietose naujų švietėjiškų filmų pristatymą, diskusijas;
- centralizuotai atlikti suimtųjų ir nuteistųjų atrankinius ir patvirtinamuosius laboratorinius ŽIV, sifilio, virusinių B ir C hepatitų tyrimus;
- dalyti laisvės atėmimo vietose informacinius leidinius „Saugok sveikatą“ lietuvių ir rusų kalbomis;
- parengti ir patvirtinti poekspozicinio gydymo skyrimo laisvės atėmimo vietose tvarką ir aprūpinti jas gydymo priemonėmis;
- konsultuoti suimtuosius ir nuteistuosius prieš tyrimą dėl ŽIV ir po jo;
- apmokyti savanorius suimtuosius ir nuteistuosius skleisti švietėjišką informaciją apie ŽIV ir su juo susijusių infekcijų prevenciją.

Pačioje programoje yra pateikiami rodikliai, kurie turėtų būti pasiekti iki 2008 m. (susiję su švirkščiamųjų narkotikų vartotojais ir asmenimis, esančiais laisvės atėmimo vietose):

- 80 procentų kalinamųjų turėtų naudoti apsaugos priemones per paskutinį pasimatymą;
- 80 procentų intraveninius narkotikus vartojančių asmenų turėtų naudoti prezervatyvą per lytinį aktą su asmenimis, kurie verčiasi prostitucija;
- 50 procentų intraveninius narkotikus vartojančių asmenų turėtų naudoti prezervatyvą per lytinį aktą su nuolatinio ar atsitiktinio partneriu;
- 80 procentų vyrų, santykiaujančių su vyrais, turėtų naudoti prezervatyvą per lytinį aktą;
- 85 procentai asmenų, vartojančių intraveninius narkotikus, turėtų nenaudoti panaudotų švirkštų.

Darbas laisvės atėmimo vietose:

- visi laisvės atėmimo vietų darbuotojai turėtų išmanyti ŽIV perdavimo būdus, apsaugos nuo jo priemones ir galimą prevencinį gydymą;
- 80 procentų laisvės atėmimo vietose esančių asmenų turėtų išmanyti ŽIV perdavimo būdus ir apsaugos nuo jo priemones.

Tarpinėje ataskaitoje apie Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės programos vykdymą pripažįstama, kad Lietuvos atsakas į ŽIV per pastaruosius keletą metų yra išpūdingas, ir akivaizdu, kad prevencinė veikla buvo tikrai plačiai vykdoma, tačiau šių priemonių nepakako užkirsti kelią tolimesniai ŽIV plitimui Lietuvoje. Teikiama per mažai prevencinių paslaugų, o jų teritorinis pasiskirstymas – netolygus; šios paslaugos pagrinde teikiamos tik didesniuose miestuose. Nepaisant viso iki šiol vykdyto prevencinio darbo apimties vis dar esama sričių, kuriose saugumas yra labai trapus ir egzistuoja labai reali galimybė toliau plisti ŽIV artimiausioje ateityje. Viena iš tokių sričių, reikalaujančių ypatingo dėmesio dėl savo didelio pažeidžiamumo ir ŽIV protrūkio galimybės, yra kalvinimo įstaigos, kur narkotikų vartojimo problema tampa vis aktualesnė, tačiau švarios adatos vis dar neprieinamos⁷².

Remdamiesi 2008 m. rodikliais, ataskaitos autoriai prognozavo tokią numatytą pasiekti rezultatų tikimybę: 1) 80 procentų kalvinamųjų turėtų naudoti apsaugos priemones per paskutinį pasimatymą. Autoriai prognozuoja, kad šis rodiklis vargu, ar bus pasiektas, nes paskutinės apklausos kalvinimo įstaigose (2004 m.) metu nustatyta, kad šis rodiklis siekia 10% iš 1000 kalvinamųjų; 2) 80 procentų intraveninius narkotikus vartojančių asmenų turėtų naudoti prezervatyvą per lytinį aktą su asmenimis, kurie verčiasi prostitucija. Šis rodiklis, ko gero, nebus pasiektas, nes per paskutinę švirkščiamųjų narkotikų vartotojų apklausą 2003 m. nustatyta, kad šis rodiklis lygus 30%; 3) 50 procentų intraveninius narkotikus vartojančių asmenų turėtų naudoti prezervatyvą per lytinį aktą su nuolatinio ar atsitiktinio partneriu. Ataskaitos autorių nuomone, šis rodiklis taip pat vargu, ar bus pasiektas; 4) 80 procentų vyrų, santykiujančių su vyrais, turėtų naudoti prezervatyvą per lytinį aktą. Autoriai prognozuoja, kad šis rodiklis nebus pasiektas, remdamiesi 2003 m. apklausos duomenimis ir nurodo tik 55% rodiklį.

Kalbant apie rodiklį, numatantį, kad 85 procentai asmenų, vartojančių intraveninius narkotikus, turėtų nenaudoti panaudotų švirkštų, autorių nuomone 2004 m. apklausa nurodo, kad galimybė pasiekti šį rezultatą taip pat yra tik 55%.

Remiantis autorių prognozėmis planuojamų veiklos kalvinimo įstaigose rodikliai, siejami su ŽIV perdavimo būdais ir apsaugos nuo jo priemonėmis personalui ir kalvinamiesiems, turėtų būti pasiekti.

Ataskaitoje labai kritiškai atsiliepiama apie prevencines priemones, įgyvendinamas kalvinimo įstaigų sistemoje.

Remiantis Kalėjimų departamento duomenimis, kaip paaiškėjo, gana nemaža suimtųjų ir nuteistųjų dalis turi priklausomybę nuo narkotikams (18,1% 2006 m. lyginant su 13,3% 2003 m.)⁷³.

Opiatai yra labiausiai paplitęs narkotikas kalvinimo įstaigose; daugiau nei du trečdaliai narkotikų yra švirkščiamieji. Pasak kalvinamųjų, iš tikrųjų beveik neįmanoma gauti adatų ir švirkštų kalvinimo įstaigoje. Jie teigia, kad vidutiniškai iki 16 asmenų bendrai naudojami tuo pačiu švirkštu, ir tik mažiau nei ketvirtadalis narkotikų vartotojų turi savo nuosavą švirkštą. 45% nuteistųjų teigia niekada nevartoję prezervatyvo per ilgalaikius pasimatymus, nors prezervatyvai yra dalijami nemokamai. Kas dešimtas kalvinamasis teigia bent vieną kartą turėjęs lytinių santykių su kitais nuteistaisiais, ir tik 10% iš jų naudojo prezervatyvus.

⁷² Tarpinė ataskaita apie Lietuvoje vykdytą Valstybinę ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programą. UNDP konsultantai, 2006 m. rugpjūčio mėn.

⁷³ Kalėjimų departamentas. 2005 m. Kalėjimų departamento, jam pavaldžių įstaigų ir valstybės įmonių veiklos ataskaita. Vilnius, 2006 m.

Ataskaitoje pabrėžiama, kad kalnimo įstaigose nesiūloma jokia pakaitinio gydymo ar adatų keitimo programos galimybė; čia prieinamos tik minimalios žalos mažinimo priemonės – tokios, kaip dezinfekcinių medžiagų dalijimas. Taip pat asmenims, turintiems priklausomybę nuo narkotikų, nesiūlomos jokios ilgalaikės reabilitacijos paslaugos, išskyrus kai kurias gydytojų psichiatrų teikiamas paslaugas.

Nepaisant Alytuje įvykusio ŽIV protrūkio, iš esmės dėl valdžios atstovų priešinosi niekur taip ir nebuvo įgyvendintos adatų keitimo ar pakaitinio gydymo nuo opioidinės priklausomybės programos. Įrodyta, kad pakaitinis gydymas, pvz., metadonu turi tiesioginį poveikį mažinant švirkščiamųjų narkotikų vartotojų priklausomybę nuo opiatų švirkštimosi (toku būdu sumažindamas rizikingo naudojimosi bendromis adatomis galimybę), o metadono vartojimas priartina gydymo paslaugas prie vartotojų, dėl ko padidėja jų pasitikėjimas narkologais, psichologais ir gydytojais apskritai. Daugeliu atvejų metadonas yra tiesus kelias švirkščiamųjų narkotikų vartotojui judėti į priekį iki dalyvavimo pilnos detoksikacijos ir reabilitacijos programoje.

Panašu, kad prevencinė veikla apsiriboja konsultavimu (prieš ir po tyrimo dėl ŽIV), tam tikromis personalo ir kalniamųjų švietimo priemonėmis išleidžiant bukletus, plakatus, skirtus supratimui apie ŽIV gilinti, konkursais ir kai kuriomis dezinfekcinėmis medžiagomis (dezinfekciniu skysčiu), gaminamu beveik visose kalnimo įstaigose. Prezervatyvai išduodami kalniamiesiems tik prieš ilgalaikius pasimatymus su partneriu iš laisvės; kitais atvejais jie neprieinami. Politikai smarkiai priešinosi pakaitinio gydymo nuo opioidinės priklausomybės ir adatų keitimo programų kalnimo įstaigose įvedimui, o ir tarp kalnimo įstaigų personalo vyrauja neigiama nuostata dėl šių programų įgyvendinimo.

Galiausiai, yra dar viena sritis, kuri, kaip teigiama ataskaitoje, reikalauja daugiau prevencinių paslaugų. Kai buvę kalniamieji (kurių daugelis yra taip pat ir buvę narkotikų vartotojai) atsiburia laisvėje, dauguma jų visiškai nepasiruošę gyvenimui už kalnimo įstaigos ribų. Reikėtų sukurti specialią programą, galimai bendradarbiaujant su narkotikų prevencijos ir kontrolės programa, siekiant užkirsti kelią tiek atkryčiui, tiek perdozavimui.

Ataskaitoje pateikiamos šios rekomendacijos dėl veiklos kalnimo įstaigų sistemoje:

1. Plačiau taikyti konkrečias švietimo priemones ir tinkamas ilgalaikės reabilitacijos paslaugas kaip atskirą laisvės atėmimo bausmės formą už narkotikų laikymą, kuri turėtų būti įgyvendinta siekiant spręsti augančio narkotikų vartojimo problemą.
2. Pradėti taikyti pakaitinį gydymą metadonu ir įgyvendinti adatų keitimą visose pataisos įstaigose ir tardymo izoliatoriuose.
3. Skatinti NVO prevencinę veiklą kalnimo įstaigose, taip pat savanorių kalniamųjų, ruošiamų darbu su kitais kalniamaisiais, veiklą („lygus su lygiu“).
4. Siekti, kad medicinos paslaugos būtų labiau nukreiptos kalniamųjų palaikymui. Užtikrinti, kad visi tyrimai būtų atliekami laisva valia, o sutikimas juos atlikti turi būti gaunamas iš anksto.
5. Užtikrinti, kad kalnimo įstaigose esančius asmenis, kurie serga ŽIV, reguliariai apžiūrėtų patyrę šios srities specialistai, siekiant pradėti jiems taikyti gydymą, kai tik bus reikalinga.

Apibendrinant tenka pasakyti, kad jeigu nebus rimtai vykdomi išpareigojimai plėsti žalos mažinimo veiklą kalnimo įstaigose (daugiau švirių adatų, intensyvi informacija ir švietimas bei galimybė gydytis metadonu), ten ir toliau išliks reali pasikartosiančio protrūkio grėsmė.

Šalies mastu esama kitų programų, priimtų siekiant įgyvendinti narkomanijos⁷⁴, lytiškai plintančių ligų⁷⁵, tuberkuliozės⁷⁶ kontrolę ir profilaktiką, psichinės sveikatos strategiją⁷⁷, kuriose

⁷⁴ 2004 m. balandžio 8 d. nutarimas „Dėl nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004 – 2008 m. programos patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 58-2041).

⁷⁵ 2005 m. lapkričio 21 d. Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės 2006 – 2009 m. programos patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 138-4973).

numatytas konkrečios veiklos ir priemonių įgyvendinimas kalnimo įstaigose. Kalėjimų departamentas yra atsakingas už priemones, taikomas nuteistųjų ir suimtųjų asmenų atžvilgiu. Didžioji dauguma šių priemonių skirta šios tikslinės grupės asmenų informuotumui gerinti ar organizacinei veiklai įgyvendinti, pvz., narkotinėms ar psichotropinėms medžiagoms atrasti ir nustatyti. Tačiau kai kuriose šių programų yra numatyti konkretūs uždaviniai Kalėjimų departamentui: tirti lytiškai plintančių ligų ir kitų infekcijų paplitimą bei užtikrinti hepatito B prevenciją pataisos įstaigose ir tardymo izoliatoriuose iki 2009 m., taip pat užtikrinti tinkamą tuberkuliozės diagnostiką tarp suimtųjų ir nuteistųjų.

8.1. Konkrecios nuostatos dėl narkomanijos ir ŽIV/AIDS prevencijos, gydymo ir kontrolės kalnimo įstaigų sistemoje

Kartu su priemonėmis, skirtomis ŽIV/AIDS, kitų infekcijų narkomanijos prevencijai įgyvendinti, kurios yra numatytos nacionalinėse programose, esama dar ir daugybės teisės aktų, kuriuose numatytas konkretus prevencinių priemonių kalniamųjų atžvilgiu įgyvendinimas kalnimo įstaigose.

Iš karto po protrūkio Alytaus kalnimo įstaigoje buvo imtasi organizacinių, teisinių ir techninių priemonių padėčiai taisyti. Lietuvos Vyriausybė skyrė 2,5 milijono litų „Vyriausybinių specialių priemonių plano“ įgyvendinimui. Tačiau pagrindinis dėmesys buvo skiriamas „pasiūlos mažinimo“ priemonių įgyvendinimui, įskaitant investicijas į brangią, šiuolaikišką techninę įrangą dedant visas pastangas, kad narkotikai nepatektų į kalnimo įstaigą⁷⁶. Buvo priimtas Vyriausybės nutarimas dėl neatidėliotinų narkomanijos ir ŽIV infekcijos plitimo Lietuvos Respublikos kardomojo kalnimo ir laisvės atėmimo vietose prevencijos priemonių, reglamentuojantis tokių priemonių organizavimą ir įgyvendinimą⁷⁹.

2004 m. sausio 30 d. Lietuvos Respublikos teisingumo ministro įsakymu Nr. 1R-27 buvo patvirtinta Narkotikų prevencijos ir narkotikų kontrolės laisvės atėmimo vietose koncepcija⁸⁰. Kalėjimų departamentas įgyvendina šios koncepcijos nuostatas ir kartą per metus atsiskaito už nuveiktą darbą Teisingumo ministrui bei Narkotikų kontrolės departamentui prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Narkotikų prevencijos ir narkotikų kontrolės programa laisvės atėmimo vietose vykdoma šiomis pagrindinėmis kryptimis:

- pirminė narkomanijos prevencija;
- tinkama narkotikus vartojančių asmenų sveikatos priežiūra, rehabilitacija ir socialinė integracija (antrinė prevencija) ir pan.

Nacionalinės narkotikų prevencijos ir kontrolės programos rėmuose ir įgyvendinant Narkotikų prevencijos ir narkotikų kontrolės laisvės atėmimo vietose koncepciją Kalėjimų departamentas yra paruošęs metinį veiksmų planą. Šis priemonių planas numato tikslinių programų įgyvendinimą laisvės atėmimo vietose.

Vienas šios programos uždavinių 2005 m. buvo kalniamųjų švietimas narkotikų prevencijos, socialinės orientacijos ir teisiais klausimais. Buvo rengiami seminarai pataisos įstaigų medicinos

⁷⁶ 2007 m. gegužės 23 d. Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2007 – 2010 m. programos“ (Žin., 2007, Nr. 62-2370).

⁷⁷ 2007 m. balandžio 3 d. Seimo nutarimas „Dėl psichinės sveikatos strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 42-1572).

⁷⁸ ŽIV infekcijos protrūkis Lietuvos kalnimo įstaigų sistemoje. Situacijos vertinimas ir atsako formavimas. UNAIDS. Viena, 2002 m.

⁷⁹ Vyriausybės nutarimas „Dėl neatidėliotinų narkomanijos ir ŽIV infekcijos plitimo Lietuvos Respublikos kardomojo kalnimo ir laisvės atėmimo vietose prevencijos priemonių“ (Žin., 2002, Nr. 58-2352).

⁸⁰ Teisingumo ministro įsakymas „Dėl narkotikų prevencijos ir narkotikų kontrolės laisvės atėmimo vietose koncepcijos patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 23-724).

personalui, įstaigų Socialinės reabilitacijos tarnybų atstovams, apsaugos ir priežiūros pareigūnams, skaitomos paskaitos kalinamiesiems; taip pat buvo dalijamos informacinės skrajutės. Šios programos rėmuose buvo įsteigtas ŽIV/AIDS profilaktikos ir gydymo kabinetas Laisvės atėmimo vietų ligoninėje.

Vykdydant veiklą, susijusią su narkotikų kontrole ir prevencija bei ŽIV/AIDS prevencija, 2006 m. kalnimo vietose buvo įgyvendintos šios priemonės⁸¹:

- Kalinamųjų ištyrimas dėl hepatito B ir skiepijimas nuo hepatito B Panevėžio pataisos namuose, Pravieniškių 1-uosiuose pataisos namuose ir Vilniaus 1-uosiuose pataisos namuose. Kalnimo įstaigos buvo aprūpintos ŽIV ir narkotikų testais (2060 vienetų), prezervatyvais, ūkio reikmenimis;
- Visose kalnimo įstaigose buvo organizuojamos paskaitos apie narkotikų prevenciją, rodomi filmai apie narkotikus kalėjime;
- Buvo paruošti ir išplatinti informaciniai leidiniai apie lytiškai plintančias ligas;
- Dienos centras, veikiantis Pravieniškių 3-uosiuose pataisos namuose teikia metodinę paramą nuteistiesiems, norintiems spręsti savo polinkio vartoti narkotikus ar kitas psichotropines medžiagas bei alkoholizmo problemą ir pan.

2007 m. numatytas šių uždavinių sprendimas: sumažinti augantį nuteistųjų – narkomanų skaičių; užkardyti narkotinių ir psichotropinių medžiagų patekimą į kalnimo įstaigas. Numatyti šie programos vertinimo kriterijai: skaičius (procentas) nuteistųjų ir suimtųjų asmenų, supažindintų su narkomanijos prevencijos, gydymo ir reabilitacijos klausimais; taip pat nuteistųjų ir kalniamųjų, tikrintų dėl narkotikų ar psichotropinių medžiagų vartojimo, skaičius.

Narkotikų prevencija yra gana sudėtingas ir ilgalaikis procesas, reikalaujantis plataus mokymo kurso, o ne vienos paskaitos ar kelių seminarų. Be to, jei vienas nacionalinės programos įgyvendinimo kryptis yra narkotikų patekimo į kalnimo įstaigas užkardymas, tai reiškia, kad narkotikų vartojimas yra plačiai paplitęs reiškinys. Taigi, dėmesys turi būti skiriamas visiems šio reiškinio aspektams – prevencijai, gydymui, reabilitacijai.

Deja, Lietuvos pataisos įstaigų sistemoje stokojama įvairių rūšių – žalos mažinimo programų, pakaitinio gydymo – paslaugų, nors tokios programos plačiai taikomos bendruomenėje. Kalnimo įstaigų personalas suvokia, kad priklausomi nuo narkotikų kalniamieji turi būti aprūpinami steriliais švirkštais ir dezinfekcinėmis medžiagomis. Pastarosios, kaip ir prezervatyvai, yra prieinami daugumoje kalnimo įstaigų, tačiau žalos mažinimo programų įgyvendinimas kalnimo įstaigose didžiąja dalimi priklauso nuo politinių sprendimų ir politinės valios.

Yra išleistas specialus Sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl narkomanijos prevencijos priemonių, organizuojamų ir įgyvendinamų nepilnamečių kardomojo kalnimo ir pataisos įstaigoje, sąrašo patvirtinimo⁸². Numatytos šios narkomanijos prevencijos priemonės: seminarų narkomanijos ir ŽIV/AIDS temomis organizavimas nepilnamečiams skirtų tardymo izoliatorių ir pataisos įstaigų personalui; aprūpinimas informacine medžiaga apie narkomaniją ir ŽIV/AIDS; informacinės medžiagos (skrajučių) apie narkotikų poveikį jauno žmogaus organizmui paruošimas; testavimas dėl ŽIV, hepatito ir lytiškai plintančių ligų.

Už įsakymo įgyvendinimo kontrolę atsakinga Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

⁸¹ Pagrindiniai duomenys apie Kalėjimų departamento ir jam pavaldžių kalnimo įstaigų veiklą 2005 m. Duomenys pateikiami internete adresu: http://www.kalejimudepartamentas.lt/?item=vkl_at_mt&lang=1

⁸² Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl narkomanijos prevencijos priemonių, organizuojamų ir įgyvendinamų nepilnamečių kardomojo kalnimo ir pataisos įstaigoje, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 3-37).

8.2. Ištirimo dėl infekcinių ligų kalnimo įstaigų sistemoje strategija ir praktika

Ištirimas ir ankstyvas įvairių užkrečiamų ligų nustatymas yra labai svarbus siekiant sustabdyti epidemijos plitimą ir palengvinti jos pasekmes tiek atskiram asmeniui, tiek visuomenei.

Sveikatos būklės vertinimas ir tikrinimas.

Asmeniui, atvykusiam į pataisos įstaigą, Sveikatos priežiūros tarnyboje pildoma asmens sveikatos kortelė (medicininė forma Nr. 025-1/ap), jei ji nebuvo užpildyta asmeniui būnant ikiteisminio sulaikymo įstaigoje. Per trijų dienų laikotarpį atliekamas asmens sveikatos patikrinimas. Prevenciniai kalniamųjų sveikatos tikrinimai bei medicininiai tyrimai, jiems esant kalnimo įstaigoje, atliekami kartą per metus. Kaip teigia Kalėjimų departamento Sveikatos priežiūros skyriaus darbuotojai, šiuo atžvilgiu sveikatos priežiūra ir tikrinimas bausmių vykdymo sistemoje yra organizuotas daug efektyviau, nei bendruomenėje: kalniamiesiems sveikatos priežiūros ir tikrinimo paslaugos atliekamos nemokamai.

Asmenų psichinės sveikatos įvertinimą atlieka psichiatras ar bendrosios praktikos gydytojas (tuo atveju, kai psichiatro nėra). Šis įvertinimas taip pat įrašomas į naujai atvykusio asmens ambulatorinę kortelę. Paprastai nustatomas asmens polinkis į saviagresiją, narkotinė arba alkoholinė priklausomybė, įvertinamos smegenų traumos ir centrinės nervų sistemos pažeidimai, diagnozuojamas psichikos sutrikimas.

Šiuo metu galiojantis įsakymas dėl Kalėjimų departamentui prie Teisingumo ministerijos pavaldžiose įstaigose laikomų asmenų profilaktinio tyrimo dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų tvarkos patvirtinimo⁸³, reglamentuoja apžiūros tvarką: kaip ir kada asmenys, patenkantys į kalnimo įstaigas, yra tikrinami dėl pavojingų ir itin pavojingų ligų, tokių kaip ŽIV, hepatitas B ir C, tuberkuliozės ir pan. Profilaktinius patikrinimus atlieka gydytojai, dirbantys įstaigos sveikatos priežiūros tarnyboje. Šių patikrinimų rezultatai įrašomi į asmens medicinos kortelę.

Remiantis šio įsakymo nuostatomis kalniamųjų ir nuteistųjų tikrinimas dėl ŽIV atliekamas tokia tvarka: atvykus į bet kurią kalnimo įstaigą, pavaldžią Kalėjimų departamentui; praėjus 3 mėnesiams nuo atvykimo į tardymo izoliatorių ar pataisos įstaigą; praėjus 3 mėnesiams nuo ilgalaikio pasimatymo, likus 3 mėnesiams iki išėjimo į laisvę; kartą per metus – asmenims, esantiems pataisos įstaigoje; kitais atvejais – esant epidemiologinėms ar medicininėms indikacijoms.

Šiame įsakyme nustatyta, kad tikrinimas dėl Hepatito B ir C asmenims, laikomiems tardymo izoliatoriuose ir pataisos įstaigose, atliekamas esant epidemiologinėms ar medicininėms indikacijoms. Remiantis Kalėjimų departamento duomenimis⁸⁴ 2006 m. Panevėžio, Pravieniškių 1-ųjų ir Vilniaus 1-ųjų pataisos namų kalniamieji buvo tikrinti dėl hepatito B ir skiepijami nuo hepatito B.

Tikrinimas dėl tuberkuliozės (radiologinis patikrinimas ar fluorografija) yra atliekamas suimtiesiems, patekusiems į bausmių vykdymo sistemą; vėliau – du kartus per metus toks tyrimas atliekamas nuteistiesiems, atliekantiems bausmę pataisos namuose. Mikroskopiniai tyrimai atliekami esant epidemiologinėms ir medicininėms indikacijoms. Nors įstatymai reikalauja, kad tikrinimas būtų atliekamas du kartus per metus, dėl realiai egzistuojančių finansinių ir techninių galimybių (kalnimo įstaigų sistemoje yra tik vienas fluorografijos aparatas, aptarnaujantis šią sistemą nuo 1970 m.), šie tyrimai atliekami kartą per metus. Tačiau, remiantis Kalėjimų

⁸³ Bendras Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro ir Teisingumo ministro įsakymas, paskelbtas 2002 m. liepos 2 d. „Dėl Kalėjimų departamentui prie Teisingumo ministerijos pavaldžiose įstaigose laikomų asmenų profilaktinio tyrimo dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 71-2992).

⁸⁴ Pagrindiniai duomenys apie Kalėjimų departamento ir jam pavaldžių kalnimo įstaigų veiklą 2005 m. Duomenys pateikiami internete adresu: http://www.kalejimudepartamentas.lt/?item=vkl_at_mt&lang=1

departamento duomenimis⁸⁵, kalinimo įstaigų sistemoje dėl tuberkuliozės patikrinama iki 70 procentų asmenų, tuo tarpu bendruomenėje šis rodiklis tesiekia 30 procentų.

Prieš atliekant bet koki tyrimą, reikia gauti tiriamojo asmens sutikimą⁸⁶. Tikrovėje dėl tinkamo šios nuostatos laikymosi kyla tam tikrų abejonių⁸⁷. Tačiau oficialiai teigiama, kad testavimas bei konsultavimas prieš ir po jo atliekamas tik savanoriškai.

Be to, aukščiau paminėtas medicininis patikrinimas bei testavimas taip pat naudojamas alkoholio, narkotikų ir psichotropinių medžiagų vartojimo atvejams nustatyti. Visose kalinimo įstaigose, pavaldžiose Kalėjimų departamentui, naudojami greito vertinimo testai. Tačiau jie laikomi tik pirminiu tyrimo būdu, o norint patvirtinti šių testų rezultatus, turi būti atliekami laboratoriniai medžiagų tyrimai. Įstatymuose⁸⁸ nurodoma vienintelė organizacija Lietuvoje, turinti licenciją šiems klinikiškiems tyrimams atlikti – Mykolo Romerio universiteto Teismo medicinos laboratorija. Šiuo metu susidariusi situacija yra gana sudėtinga, kadangi kiekvieną kartą kraujo ar šlapimo mėginiai turi būti siunčiami į minėtą įstaigą kartu su klausimais, pateikiamais atitinkamos srities ekspertams siekiant nustatyti psichotropinių medžiagų rūšį ir jų kiekį kraujyje ir/ar šlapime. Tačiau, pasak Kalėjimų departamento atstovų, kalinimo įstaigoms aptiktos medžiagos kiekis yra mažiau svarbus, nei pats faktas, kas asmuo vartojo psichotropines medžiagas. O tai galima nustatyti naudojant Kalėjimų departamente ir kalinimo įstaigose turimus testais. Nors šie testai yra sertifikuoti ES ir atitinka visus jiems keliamus reikalavimus, pagal šiuo metu galiojančius įstatymus jie yra tik pagalbini priemonė, naudojama įtarimams patvirtinti ir padedanti teisingai suformuoti ekspertams adresuotus klausimus.

8.3. Kalinamų asmenų, sergančių narkomanija ir ŽIV/AIDS, gydymas ir slauga

Asmenys, turintys priklausomybių, jiems sutikus, gali būti gydomi pataisos įstaigoje atliekant laisvės atėmimo bausmę. Remiantis bendru Teisingumo ministro ir Sveikatos apsaugos ministro įsakymu dėl priklausomybės ligomis sergančių nuteistųjų gydymo laisvės atėmimo vietose⁸⁹ buvo patvirtinta tokio gydymo tvarka. Įstatyme numatyta, kad toks gydymas taikomas asmenims, turintiems priklausomybę nuo alkoholio, narkotikų ar psichotropinių medžiagų ir atliekantiems laisvės atėmimo bausmę kalinimo įstaigose.

Stacionarinis gydymas nuo narkotikų vartojimo atliekamas Laisvės atėmimo vietų ligoninės Psichiatrijos skyriuje. Gydymo trukmė – nuo 2 iki 4 savaičių. Tačiau šiuo metu nėra galimybių užtikrinti kalinamiesiems visų paslaugų, susijusių su stacionariu gydymu, konsultavimu ir psichologine – socialine reabilitacija, suteikimo dėl atitinkamą mokymą kursą išklausišio personalo trūkumo. Priklausomybių gydymas nėra sutvirtinamas specialia reabilitacija nė vienoje iš kalinimo įstaigų.

Turėtų būti įkurtas reabilitacijos centras pacientų su priklausomybėmis gydymui jiems esant kalinimo įstaigose. Pagrindiniai siūlomų reabilitacijos programų tikslai yra šie: padėti pacientui baigti vartoti narkotikus arba jų vartojimą sumažinti iki minimumo, nustoti švirkštis narkotikus; padėti pacientui pagerinti jo gyvenimo kokybę; <...>vykdyti ŽIV prevencijos priemones nustojus vartoti švirkščiamuosius narkotikus. Remiantis bendrais priklausomybės ligų

⁸⁵ Informaciją pateikė Kalėjimų departamento Sveikatos priežiūros skyriaus darbuotojai

⁸⁶ Toks reikalavimas yra nustatytas „Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme“ (Žin., 2004, Nr. 115-4284).

⁸⁷ Tarpinė ataskaita apie Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programos įgyvendinimą. UNDP konsultantai, 2006 m. rugpjūčio mėn., p. 36.

⁸⁸ Teisingumo ministro ir Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl priklausomybės ligomis sergančių nuteistųjų gydymo laisvės atėmimo vietose tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 39-1801).

⁸⁹ Teisingumo ministro ir Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl priklausomybės ligomis sergančių nuteistųjų gydymo laisvės atėmimo vietose tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 39-1801).

gydymo ir reabilitacijos standartais⁹⁰ psichologai ar socialinio darbo specialistai atlieka pagrindinį vaidmenį reabilitacijos programų įgyvendinime. Tačiau iš tikrųjų eiliniai specialistai, dirbantys sveikatos priežiūros tarnyboje (kur nėra psichologo ir socialinio darbuotojo etato⁹¹), yra priversti vykdyti asmenų, turinčių priklausomybių, sveikatos priežiūrą. Tačiau nė vienoje Lietuvos kalinimo įstaigoje nėra įsteigta jokio centro, išskyrus kelis pataisos namus, kuriuose psichologai ir socialiniai darbuotojai (tačiau ne sveikatos priežiūros specialistai, kaip numatyta įstatymuose) savo pačių iniciatyva teikia ambulatorines ir stacionarines reabilitacijos paslaugas asmenims, turintiems priklausomybių⁹².

- 2004 m. sausio 21 d. Vilniaus 2-uosiuose pataisos namuose buvo įkurta kalinamųjų, turinčių problemų dėl įvairių medžiagų vartojimo, reabilitacijos grupė. Į šią grupę priimami visi, norintys suprasti save, įvardinti savąsias silpnybes ir apsisprendę jų atsikratyti. Dvejų veiklos metų rezultatai rodo, kad tiek tokių grupių kūrimas, tiek darbas su nuteistaisiais leido pasiekti geidžiamų tikslų. Iš viso šioje grupėje buvo gydomi 28 nuteistieji; 13 iš jų jau yra išėję į laisvę.
- 2005 m. Pravieniškių 1-uosiuose pataisos namuose buvo įgyvendinamas projektas, susijęs su narkotikų ir ŽIV/AIDS prevencija, kuri rėmė Kanados ambasada Lietuvoje. Įgyvendinant šį projektą buvo pasirašyta sutartis su Lietuvos AIDS centru dėl 14 paskaitų narkotikų ir ŽIV/AIDS prevencijos tema, kurios buvo perskaitytos kalinamųjų grupėms.
- Nuo 2003 m. Pravieniškių 2-uosiuose pataisos namuose veikia Alternatyvios reabilitacijos centras. Šio centro tikslas – padėti kalinamiesiems atsikratyti priklausomybės nuo alkoholio ir narkotikų. Šiame centre gydomas 31 nuteistasis.
- Panevėžio pataisos namuose sėkmingai veikia dvi priklausomybės ligų gydymo ir psichologinės reabilitacijos grupės. Šiuo metu apie 40 nuteistųjų gydomi pagal Minesotos programą ir lanko paskaitas⁹³.

Šiuo metu didžiausias dėmesys Lietuvos pataisos įstaigų sistemoje kreipiamas į **narkotikų vartojimą ir narkotikų vartojimo prevenciją**. Pagrindinė Kalėjimų departamento veiklos kryptis yra narkotikų kontrolės ir prevencijos organizavimas kalinimo įstaigose. Remiantis CPT rekomendacijomis (2004 m.) svarbu, kad kalinimo įstaigų atsakingieji darbuotojai dėtų visas pastangas, siekdami sukurti tokią aplinką, kurioje asmenys, neturintys problemų dėl narkotikų vartojimo, neišsivientų neigiamų įpročių, o asmenys, turintys tokių problemų, sulauktų pagalbos siekiant atsikratyti šių problemų. Didelis dėmesys turi būti skiriamas efektyviam personalo mokymui apie narkotikus, kas padėtų pagrindą konstruktyviam, palaikymu paremtam bendravimui su kalinamaisiais. Be to, reikėtų pagalvoti ir dėl efektyvių mokomųjų programų, konsultavimo ir kitų kalinamiesiems teikiamos paramos formų įvedimo, kaip ir dėl laisvų nuo narkotikų zonų steigimo. Akivaizdu, kad siekiant suteikti pagalbą kalinamiesiems, turintiems priklausomybę nuo narkotikų, bet kokios prevencinės priemonės yra neatsiejamos nuo tikrai įvairiapusės gydymo programos.⁹⁴

Kalbant apie ŽIV/AIDS gydymą ir slaugą galima būtų nuodėti keletą specialių priemonių įgyvendinimo kalinimo įstaigų sistemoje pakopų. Susidūrus su ŽIV/AIDS užsikrėtusių asmenų apgyvendinimo problema, 1998 m. buvo įkurtas specialus padalinys. Remiantis Vidaus reikalų

⁹⁰ Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 47-1824).

⁹¹ Bendras Teisingumo ministro ir Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Kalėjimų departamentui prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos pavaldžių įstaigų sveikatos priežiūros tarnybų etatų tipinių normatyvų patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 39-1802).

⁹² Pagrindiniai duomenys apie Kalėjimų departamento ir jam pavaldžių kalinimo įstaigų veiklą 2006 m. Pateikiama http://www.kalejimudepartamentas.lt/statistika_2005_KD_ataskaita_200652312432.doc

⁹³ Pagrindiniai duomenys apie Kalėjimų departamento ir jam pavaldžių kalinimo įstaigų veiklą 2006 m. Pateikiama http://www.kalejimudepartamentas.lt/statistika_2005_KD_ataskaita_200652312432.doc

⁹⁴ CPT ataskaita apie 2004 m. vizitą Lietuvoje.

ministro įsakymu⁹⁵ asmenys, sergantys ŽIV/AIDS, laisvės atėmimo vietose buvo apgyvendinami atskirai, gavus jų pačių raštišką prašymą atskirti juos nuo kitų kalinamųjų arba jei drausmės komisija nusprendavo juos izoliuoti dėl jų nesaugaus ar neatsargaus elgesio.

Šis specialus padalinys buvo uždarytas 2002 m., ir nuo to laiko ŽIV/AIDS sergantys asmenys atlieka bausmę visose laisvės atėmimo vietose kartu su kitais kalinamaisiais. Remiantis Bausmių vykdymo kodekso nuostatomis kiekvienos kalnimo įstaigos administracija turi teisę izoliuoti AIDS sergančius asmenis nuo kitų kalinamųjų⁹⁶.

Narkotikų prevencijos ir narkotikų kontrolės kalnimo įstaigose programos rėmuose, 2003 m. gegužės 1 d. Laisvės atėmimo vietų ligoninėje buvo įkurtas ŽIV/AIDS prevencijos ir gydymo kabinetas. Pagrindinės šio kabineto funkcijos: asmenų, sergančių ŽIV/AIDS sveikatos priežiūra; konsultavimas prieš atliekant testą dėl ŽIV ir po jo; šviečiamoji veikla; prevencinių priemonių įgyvendinimas kalnimo įstaigose; tolesnė ŽIV užsikrėtusių ir sergančių AIDS asmenų priežiūra. Šiame kabinate dirba vienas visai kalnimo įstaigų sistemai gydytojas, teikiantis konsultavimo, gydymo ir priežiūros paslaugas⁹⁷.

Kalnimo įstaigų sistemoje susiduriama su tam tikromis su ŽIV/AIDS gydymu susijusiomis problemomis. Nors priklausomybė nuo narkotikų ir ŽIV/AIDS yra visos visuomenės problemos, padėtis kalnimo įstaigose yra ypatinga dėl specifinių būdingų aplinkybių: koncentruota bendruomenė, kurios nariai renkasi linę rizikingai elgtis, asmenų izoliavimas uždaro tipo įstaigose, perpildymas, prastos higieninės sąlygos ir pan. Dėl šios priežasties asmenų, sergančių ŽIV/AIDS ir kitomis infekcinėmis ligomis, skaičius yra gerokai didesnis, nei bendruomenėje apskritai.

Kalnimo įstaigų sistemoje yra pastoviai apie 250 ŽIV sergančių asmenų. Kadangi ŽIV infekcija „sensta“, jau yra 7 AIDS sergantys asmenys, atliekantys laisvės atėmimo bausmę. Jiems reikalingas brangus medikamentinis gydymas, kurio kaina apie 30 tūkstančių litų per metus, ir jis tęsiamas iki paciento gyvenimo pabaigos. Be to, didžioji dauguma ŽIV užsikrėtusių asmenų serga ir kitomis ligomis – hepatitu, tuberkulioze. Tačiau tai nėra vien kalnimo įstaigų sistemos problema, tai – visos visuomenės problema.

Akivaizdu, kad asmenys, pasižymintys antvisuomeniniu ar rizikingu elgesiu, atsiduria kalnimo įstaigose, ir čia mes susiduriame su visomis problemomis, kurios egzistuoja visuomenėje: narkomanija, ŽIV, tuberkulioze, hepatitu B ir C ir kt. Būdami laisvėje, šie žmonės nesirūpina savo sveikata, tačiau patekę į kalnimo įstaigų sistemą, informuoja apie savo sveikatos problemas, arba šios problemos yra nustatomos privalomos medicininės apžiūros metu⁹⁸.

Pasak Kalėjimų departamento atstovų, kalniamieji gauna pilną gydymą nemokamai, jiems būnant kalnimo įstaigoje. Jie yra skiepijami nuo hepatito B, o jei, atlikus tyrimą, paaiškėja, kad jie užsikrėtę hepatitu C, jiems taip pat taikomas atitinkamas gydymas, kurio kaina iki 60 tūkstančių litų. Tačiau kai tik jie išeina iš kalnimo įstaigų sistemos, visas gydymas nutrūksta. Gydytojai kritikuoja ydingą sveikatos apsaugos sistemą, kuri nesilaiko galiojančių įstatymų, o finansiniai resursai ir gydymas netinkamai organizuojami – asmenys, kuriems labiausiai jo reikia, gydymo kaip tik ir negauna⁹⁹.

Egzistuoja akivaizdi gydytojų, dirbančių bendruomenės sveikatos priežiūros įstaigose ir kalėjimų sistemoje, darbo apmokėjimo problema: gydytojų, dirbančių kalnimo įstaigų sistemoje

⁹⁵ Vidaus reikalų ministro įsakymas „Dėl vidaus reikalų ministro 1999 m. sausio 22 d. įsakymo Nr. 36 „Dėl nuteistųjų, infekuotų ŽIV, laikymo laisvės atėmimo vietose“ pakeitimo“ (Žin., 2000, Nr. 1-26).

⁹⁶ Bausmių vykdymo kodeksas (Žin., 2002, Nr. 73-3084; str. 70).

⁹⁷ 2005 m. šis centras suteikė paslaugas 311 kalinamųjų. Pagrindiniai duomenys apie Kalėjimų departamento ir jam pavaldžių kalnimo įstaigų veiklą 2006 m. Pateikiama internete adresu:

http://www.kalejimudepartamentas.lt/statistika_2005_KD_ataskaita_200652312432.doc

⁹⁸ Straipsnis „Prisons dispose of being the storm-centre of infections“ („Kalėjimai atsikrato savo infekcijų epicentro įvaizdžio“) internete adresu: <http://www.delfi.lt/news/daily/Health/article.php?id=15162709>.

⁹⁹ Pavyzdžiui, kai kalniamasis išeina į laisvę, su įrašu savo medicininėje kortelėje, kad jo gydymas nebaigtas, asmuo kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą, ir ten iš jo reikalaujama turėti kompensuojamą vaistų receptų knygelę, kuri išduodama tik asmenims, turintiems pastovią gyvenamąją vietą ir socialinį draudimą. Dauguma buvusių kalinamųjų neatitinka šių reikalavimų ir dėl to negauna jiems reikalingo gydymo.

atlyginimai yra gerokai mažesni. Todėl darosi sunku pasikviesti dirbti jauną gydytoją į kalinimo įstaigą: faktiškai, neužimta apie 50 procentų psichiatrų etatų.

8.4. Kalinamųjų, sergančių ŽIV, perkėlimo į kitas įstaigas ir išleidimo iš laisvės atėmimo vietų strategija

Nors yra sudarytos organizacinės, techninės ir teisinės sąlygos, užtikrinančios ŽIV/AIDS ir kitomis užkrečiamomis ligomis sergančių asmenų gydymą ir slaugą kalinimo įstaigose, kuriose šie asmenys atlieka laisvės atėmimo bausmę, egzistuoja akivaizdi problema užtikrinant slaugos ir gydymo tęstinumą, perkeliant šiuos asmenis iš vienos įstaigos į kitą ir išleidus juos į laisvę.

Nekontroliuojamas ŽIV sergančių asmenų perkėlimas iš vienos ikiteisminio sulaikymo įstaigos į kitą gali prisidėti prie ŽIV infekcijos plitimo visoje kalinimo įstaigų sistemoje. Panaši padėtis susiklosto ir išleidus kalinamuosius į laisvę, kai neužtikrinamas joks jų ryšys su sveikatos priežiūros sistema, kas sąlygoja ŽIV infekcijos atsiradimą tose visuomenės struktūrose, į kurias sugrįžta buvę kalinamieji¹⁰⁰.

Už kalinimo įstaigų sistemos nutrūksta bet koks ryšys ir pasikeitimas informacija tarp paslaugų teikėjų. Dažniausiai aiškinama, kad geresnis veiksmų, susijusių su išėjimu į laisvę, koordinavimas yra kompliktuotas procesas, nes konfidencialumą užtikrinantys įstatymai neleidžia įvardyti ŽIV sergančių asmenų. Tačiau specialios išėjimui į laisvę paruošimo programos, kuriose dalyvaujama laisva valia, nebūtinai prieštarauja konfidencialumą garantuojantiems įstatymams.

Reintegracijos į visuomenę programos¹⁰¹, kuri vykdoma kalinimo įstaigoje per visą bausmės atlikimo laikotarpį, rėmuose numatyta vykdyti keletą priemonių. Įgyvendinant teisinio ir socialinio švietimo programą kalinamieji yra ruošiami išėjimui į laisvę, bendrais bruožais supažindinant juos su Lietuvos Respublikos teisine sistema ir detalčiau su teisės aktais, aktualiais asmenims, besirengiantiems išeiti į laisvę iš kalinimo įstaigų ir kitų institucijų, įgyvendinančių aukščiau paminėtuose teisės aktuose įtvirtintas nuostatas. Ši programa vykdoma atskirų teminių kursų forma. ŽIV/AIDS prevencijos, slaugos ir gydymo atžvilgiu pristatoma keletas aktualių temų: Sveikatos priežiūros kurso metu kalinamieji supažindinami su sveikatos apsaugos sistema ir pagrindiniais įstatymais, reglamentuojančiais sveikatos priežiūros paslaugų teikimą; dėstant kursą apie ŽIV/AIDS ir narkomanijos prevenciją kalinamieji supažindinami su žala, kurią daro narkotikų vartojimas fizinei ir psichinei sveikatai, taip pat informuojama apie galimas neigiamas teises ir socialines pasekmes, ŽIV/AIDS perdavimo kelius ir apsisaugojimo nuo infekcijos būdus¹⁰².

Kalėjimų departamento prie Teisingumo ministerijos patvirtintoje instrukcijoje¹⁰³ reglamentuojamas parengiamasis darbas, atliekamas ruošiant asmenis paleidimui iš kalinimo įstaigų į laisvę. Ji taikoma visose kalinimo įstaigose, pavaldžiose Kalėjimų departamentui. Instrukcijoje numatomas pranešimų rengimas ir išsiuntimas į policijos komisariatų, pataisos inspekcijų, Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybą prie Socialinės apsaugos ir darbo

¹⁰⁰ ŽIV infekcijos protrūkis Lietuvos kalinimo įstaigų sistemoje. Situacijos vertinimas ir atsako formavimas. UNAIDS. Viena, 2002 m.

¹⁰¹ Reintegracijos į visuomenę programos tikslas yra sudaryti sąlygas asmenims, atlikusiems laisvės atėmimo bausmę, sugrįžti į bendruomenę, tokiu būdu sumažinant pakartotinio nusikalstamumo riziką. Pagrindiniai programos tikslai yra šie: teisinis ir socialinis kalinamųjų švietimas, visuomeniškai reikšmingų gyvenamosios vietos ir įdarbinimo problemų, finansinės paramos teikimas. Kalėjimų departamento direktoriaus įsakymas „Dėl Tipinės naujai atvykusių į pataisos įstaigas nuteistųjų adaptacijos programos ir Tipinės nuteistųjų integracijos į visuomenę programos patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 87-3192).

¹⁰² Kalėjimų departamento direktoriaus įsakymas „Dėl Asmenų, kuriuos rengiamasi paleisti iš laisvės atėmimo vietų, teisinio ir socialinio švietimo programos patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 1-29).

¹⁰³ Kalėjimų departamento direktoriaus įsakymas „Dėl Nuteistųjų paleidimo iš laisvės atėmimo vietų parengiamojo darbo instrukcijos patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 36-1302).

ministerijos, savivaldybių socialinės globos ir rūpybos skyrius (vaiko teisių apsaugos tarnybas), teritorines darbo biržas siekiant spręsti klausimus, susijusius su atleistų nuo baudmės atlikimo ar paleistų iš kalinimo įstaigos asmenų integravimu į visuomenę įstatymų numatyta tvarka¹⁰⁴.

Tačiau, vis dėlto, trūksta konkrečių priemonių, taikomų kalinamųjų atžvilgiu, rengiant juos paleidimui iš laisvės atėmimo vietų, ir asmenų, vartojančių švirkščiamus narkotikus ir sergančių ŽIV, priežiūros tęstinumo. Ši informacija paprastai reikalinga užsiregistruojant darbo biržoje, pašalpai gauti ir pan.¹⁰⁵ Šiuo metu ŽIV sergantys asmenys, prieš išeidami į laisvę, tik vieną kartą susitinka konsultacijai su gydytoju iš Lietuvos AIDS centro, tačiau kaip jau buvo minėta anksčiau, tai yra tik laikina priemonė. Be to, šie susitikimai yra iš esmės informacinio pobūdžio, o visos prieinamos paslaugos, susijusios su ŽIV/AIDS apsiriboja Lietuvos AIDS centro Vilniuje teikiamomis paslaugomis. Šios paslaugos mažesnių miestų ar rajonų savivaldybių lygmenyje Lietuvoje praktiškai neegzistuoja¹⁰⁶.

Nuteistųjų ir asmenų, paleistų iš laisvės atėmimo vietų, socialinės adaptacijos 2004 – 2007 m. programos¹⁰⁷ įgyvendinimas per laikotarpį iki 2008 m turi konkretų strateginį tikslą – nuosekliai ir kompleksiškai keisti nuteistų ir asmenų, paleistų iš laisvės atėmimo vietų, resocializacijos strategiją. Viena numatytų uždavinių, siekiant šio tikslo, yra sumažinti sergamumą tuberkulioze ir priklausomybės ligomis. Atitinkamo laikotarpio pasiekimų vertinimo kriterijai yra šie: nuteistųjų, sergančių tuberkulioze ir paleidžiamų iš laisvės atėmimo vietų, bendro skaičiaus mažėjimas (procentais); skaičius nuteistųjų, dalyvavusių mokymuose apie priklausomybės ligas, jų gydymą ir reabilitaciją, gaunamų žinių nauda (analizuojant pokalbių metu surinktus duomenis).

Kaip jau buvo pažymėta anksčiau, socialinės adaptacijos programoje numatytos konkrečios priemonės, susijusios su sveikatos priežiūros problemomis. Tačiau nė viena iš jų nėra skirta konkrečiai žmonėms, sergantiems ŽIV/AIDS.

Egzistuoja vienintelė nuostata¹⁰⁸, numatanti, kad laisvės atėmimo vietoje laikomas sergantis asmuo, kuriam reikalinga stacionarinė medicinos pagalba, paleidimo dieną jo rašytiniu sutikimu pervežamas į valstybės ar savivaldybės asmens sveikatos priežiūros viešąją įstaigą. Tuo atveju, jei laisvės atėmimo vietos gydymo įstaigoje laikomas sunkiai sergantis asmuo, kurio paleidimo dieną pagal gydytojo išvadą negalima pervežti į valstybės ar savivaldybės asmens sveikatos priežiūros viešąją įstaigą, paliekamas laisvės atėmimo vietos gydymo įstaigoje. Jeigu šis asmuo nesutinka pasilikti, pataisos įstaigos administracija privalo nedelsdama iškvietti Sveikatos apsaugos ministerijos ir Teisingumo ministerijos atstovus bei ligonio sutuoktinį, sugyventinį arba artimuosius giminaičius. Jeigu paleidžiamas asmuo ir toliau nesutinka pasilikti laisvės atėmimo vietos gydymo įstaigoje, jo ir (arba) jo sutuoktinio, sugyventinio ar artimųjų giminaičių rašytiniu sutikimu pervežamas į valstybės ar savivaldybės asmens sveikatos priežiūros viešąją įstaigą ar kitą sveikatos priežiūros įstaigą.

Tačiau ambulatorinio gydymo ir slaugos teikimo atveju niekur nenumatytas perkėlimas į asmens sveikatos priežiūros viešąją įstaigą.

¹⁰⁴ Bausmių vykdymo kodeksas (Žin., 2002, Nr. 73-3084).

¹⁰⁵ Yra priimtas Vyriausybės nutarimas „Dėl socialinės paramos teikimo asmenims, grįžusiems iš laisvės atėmimo, kardomojo kalinimo vietų, socialinės bei psichologinės reabilitacijos įstaigų, ir šių asmenų įdarbinimo“ (Žin., 1996, Nr. 119-2796).

¹⁰⁶ ŽIV infekcijos protrūkis Lietuvos kalinimo įstaigų sistemoje. Situacijos vertinimas ir atsako formavimas. UNAIDS. Viena, 2002 m.

¹⁰⁷ Vyriausybės nutarimas „Dėl Nuteistųjų ir asmenų, paleistų iš laisvės atėmimo vietų, socialinės adaptacijos 2004 – 2007 m. programos patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 23-709).

¹⁰⁸ Bausmių vykdymo kodeksas (Žin., 2002, Nr. 73-3084; str. 181).

9. Išvados

Pagrindiniai prioritetai, formuojant Lietuvos atsaką į ŽIV/AIDS plitimą, yra suformuoti šalies ŽIV/AIDS prevencijos programoje. Šiuo metu Valstybinė ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programa yra pagrindinis dokumentas sveikatos strategijos srityje, kuriame išvardyti pagrindiniai šalies atsako į ŽIV tikslai. Programa buvo kuriama remiantis įvairiais tarptautiniais dokumentais, priimtais ŽIV/AIDS kontrolės, mažinimo ir prevencijos klausimais bei valstybės nuostata ir toliau likti žemo ŽIV/AIDS paplitimo šalimi iki 2010.

Šalies ŽIV/AIDS prevencijos programoje numatyta daug priemonių, kurios užtikrintų ŽIV/AIDS ir su jais susijusių infekcijų plitimo prevenciją kalinimo įstaigose.

Tarpinė Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programos vykdymo apžvalga buvo atlikta 2006 m. liepos mėn. Joje buvo pateiktas padarytos pažangos įvertinimas. Nepaisant visų pastangų įgyvendinti prevencines priemones Lietuvoje šis priemonių nepakanka, stengiantis pristabdyti ir toliau didėjančią ŽIV plitimo tempą. Šioje sistemoje yra keletas ypatingai silpnų grandžių, kuriose egzistuoja tolesnio ŽIV plitimo pavojus artimiausioje ateityje. Viena tokių grandžių, reikalaujanti skubaus dėmesio dėl savo ypatingo pažeidžiamumo ir realaus ŽIV protrūkio pavojaus, yra kalinimo įstaigos. Remiantis ekspertų prognozėmis didžioji dalis programoje numatytų rodiklių, atspindinčių darbo su kalinamaisiais ir švirkščiamųjų narkotikų vartotojais efektyvumą, taip ir liks nepasiekti pasibaigus programos įgyvendinimo laikotarpiui. Apžvalgoje labai kritiškai atsiliepiama apie prevencines priemones, įgyvendinamas kalinimo įstaigų sistemoje.

Atsižvelgiant į aukščiau išdėstytą medžiagą galima padaryti tam tikras išvadas dėl Lietuvos strategijos ŽIV/AIDS prevencijos srityje ir švirkščiamųjų narkotikų vartotojų sveikatos priežiūros kalinimo įstaigos sąlygomis.

1. Nors Lietuvos Vyriausybė pasirašė ir/arba ratifikavo pagrindinius tarptautinius ir regioninius dokumentus dėl kovos su ŽIV/AIDS, vis dėlto, ji neįvykdė visų prisiimtų tarptautinių įsipareigojimų. Daugiausia abejonių kelia Dublino deklaracijos „Dėl partnerystės kovoje su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje“, kuria buvo siekiama užtikrinti, kad iki 2010 m. 80% asmenų, esančių didžiausios rizikos grupėje ir labiausiai ŽIV/AIDS pažeidžiamų (įskaitant kalinius), būtų įtraukta į plataus masto prevencines programas, nuostatų įgyvendinimas. Tas pats pasakytina ir apie platų prevencinių priemonių įgyvendinimą, gydymą nuo narkotinės priklausomybės, žalos mažinimo programas švirkščiamųjų narkotikų vartotojams Lietuvoje (pvz., adatų ir švirkštų keitimo programas, dezinfekcinio skysčio ir prezervatyvų dalijimą, savanorišką konsultavimą ir ištyrimą dėl ŽIV, pakaitinį gydymą nuo opioidinės priklausomybės, LPS diagnostiką ir gydymą). Lietuvos Vyriausybė dar neįvykdė savo įsipareigojimų, išdėstytų Vilniaus deklaracijoje „Dėl priemonių stiprinant atsakus į ŽIV/AIDS Europos Sąjungoje ir kaimyninėse šalyse“. Lietuvos, kaip ir kitų šalių atstovai, deklaravo savo pasiryžimą suteikti visiems prieinamas, įperkamas, laisvas nuo smerkimo ir nediskriminuojančias ŽIV/AIDS bei su kitomis lytiškai plintančiomis infekcijomis susijusias paslaugas, taip pat prevencinę informaciją ir veiklą, savanorišką ir konfidencialų konsultavimą ir testavimą, prezervatyvų dalijimą, gydymą nuo narkotinės priklausomybės ir žalos mažinimo paslaugas narkotikų vartotojams; teikti visiems prieinamą, įperkama, laisvą nuo smerkimo ir nediskriminuojančią efektyvią, tinkamą ir saugią slaugą, gydymą ir paramą, taip pat ir antiretrovirusinį gydymą bei žalos mažinimo priemones. Tačiau beveik visos aukščiau išvardytos priemonės yra vis dar neprieinamos asmenims, laikomiems Lietuvos kalinimo įstaigose.
2. Lietuvos įstatymai įtvirtina nuostatą, kad prieš įstatymus visi lygūs, ir kiekvienam piliečiui yra garantuojamos sveikatos priežiūros paslaugos. Be to, teisės aktai užtikrina gydymą ir kalinamiesiems, išsaugantį jų sveikatą ir orumą, o jiems teikiamos gydymo paslaugos turi būti lygiavertės paslaugoms, kurios teikiamos visiems kitiems Lietuvos piliečiams. Taigi,

nėra teisnių barjerų savo efektyvumą įrodžiusių intervencijų įgyvendinimui, kurias rekomenduoja PSO/UNODC/UNAIDS, kalinamų asmenų atžvilgiu. Tačiau praktikoje kalnimo įstaigose netaikomas nei pakaitinis gydymas nuo opioidinės priklausomybės, nei adatų keitimo programos, išskyrus minimalias žalos mažinimo priemonės, tokias kaip dezinfekcinis skystis. Tiems asmenims, kuriems yra išsivysčiusi narkotinė priklausomybė, nesiūlomas jokios ilgalaikės reabilitacijos paslaugos, išskyrus stacionare teikiamas psichiatro paslaugas. O tai jau yra kalnimo asmens teisės gauti sveikatos priežiūros paslaugas, lygiavertes toms, kurios teikiamos visiems Lietuvos gyventojams, pažeidimas.

3. Kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Lietuvos kalnimo įstaigose tampa akivaizdu, kad egzistuoja atskira kalėjimų sveikatos priežiūros sistema pavaldi sistemai, daugiau ar mažiau atskirtai nuo bendrosios sveikatos apsaugos. Šiuo metu sveikatos priežiūra Lietuvos kalnimo įstaigose yra pavaldi Teisingumo ministerijai. Lygiai taip pat akivaizdu, kad stinga bendrų veiksmų reglamentavimo ir koordinavimo tarp Teisingumo ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijos, aiškaus vaidmenų bei atsakomybės pasiskirstymo teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kalnimo įstaigų sistemoje. Nors sveikatos priežiūros sektoriui, jo plėtrai, organizavimui ir bendrai strategijai vadovauja Sveikatos apsaugos ministerija, tenka pripažinti, kad šios ministerijos dalyvavimas sveikatos priežiūros procese kalnimo įstaigos sąlygomis apsiriboja patikrinimais ir kalnimo asmenų skundų dėl sveikatos priežiūros nagrinėjimu. Kadangi nėra aiškaus funkcijų pasiskirstymo tarp atskirų ministerijų ir Kalėjimų departamento, kartais specialūs teisės aktai ir taisyklės yra priimamos, tinkamai nepasikonsultavus ir nekoordinuojant veiksmų šių dokumentų rengimo fazėje, o tai gali sukelti įvairių sunkumų kalnamiems asmenims.
4. Skirtingi finansavimo šaltiniai, iš kurių apmokamos ŽIV infekuotų asmenų, esančių laisvės atėmimo vietose, sveikatos priežiūros paslaugos. Apskritai, asmenys, sergantys užkrečiamosiomis ligomis (ŽIV/AIDS), yra draudžiami valstybės lėšomis. Tačiau sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos suimtiesiems ir nuteistiesiems, yra apmokamos iš Kalėjimų departamentui numatyto ir jo administruojamo biudžeto. Kadangi nėra atskiros biudžeto eilutės, skirtos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimui, šios lėšos skiriamos pagrinde personalo išlaidoms ir reikalingų medikamentų įsigijimui. Numatyto biudžeto nepakanka (biudžeto apribojimai gali priversti kalnimo įstaigos administraciją kreipti didesnę dėmesį saugumo aspektams sveikatos priežiūros reikalavimų vykdymo sąskaita). Be to, dėl bendro visuomenės nusistatymo šios problemos negauna tinkamo atgarsio, nes manoma, jog kriminaliniai nusikaltėliai tiesiog negali turėti geresnių sąlygų, nei visi kiti žmonės. Toks požiūris paaškina prastą sveikatos priežiūros kokybę ir nedidelį teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų bei programų kiekį – šios paslaugos ir programos laikomos nebūtina prabanga.
5. Šis tyrimas parodė, kad ypač šlubuoja įvairių prevencinių priemonių įgyvendinimas kalnimo įstaigų sistemoje. Nepaisant šiuo metu gerai veikiančio patikros dėl sergamumo įvairiomis infekcinėmis ligomis mechanizmo, kalnimo įstaigose nesukurta prevencinės veiklos sistema. Faktiškai, prevencinis darbas narkomanijos ir ŽIV/AIDS srityje apsiriboja tik švietimu ir bendrąja prevencija, tačiau nėra specialių prevencinių priemonių, orientuotų į asmenis ar asmenų grupes, esančias padidintos rizikos zonoje.
6. Nors sukurtos organizacinės, techninės ir teisinės prielaidos užtikrinti asmenų, sergančių ŽIV/AIDS bei kitomis infekcinėmis ligomis, gydymą ir slaugą įstaigoje, kurioje nuteistieji atlieka laisvės atėmimo bausmę, egzistuoja akivaizdi problema dėl gydymo ir slaugos tęstinumo, perkeliant nuteistuosius iš vienos kalnimo įstaigos į kitą ar paleidžiant nuteistuosius iš kalnimo įstaigos. Asmenų, sergančių ŽIV, perkėlimas ar išleidimas,

neužtikrinant reikiamos priežiūros, gali paskatinti ŽIV plitimą tuose visuomenės sluoksniuose, į kuriuos šie žmonės patenka.

Nėra beveik jokio ryšio ar apsikeitimo informacija su paslaugų teikėjai, dirbančiais už kalnimo įstaigos ribų. Dažniausiai aiškinama, kad labai sudėtinga koordinuoti paleidimą iš kalnimo įstaigos, nes konfidencialumą garantuojantys įstatymai neleidžia įvardinti ŽIV užsikrėtusio asmens. Tačiau dalyvavimas specialiose savanoriškose paruošimo išėjimui į laisvę programose nebūtinai prieštarauja konfidencialumą saugantiems įstatymams.

10. Rekomendacijos

Įsipareigojimų deklaracijoje, priimtoje Jungtinių Tautų organizacijos Generalinės asamblėjos specialiosios sesijos ŽIV/AIDS klausimais (UNGASS deklaracija) metu, teigiama: „Siekiant suformuoti efektyvų atsaką į [ŽIV/AIDS] epidemiją esminis vaidmuo tenka tvirtam vadovavimui visuose visuomenės sluoksniuose.“ Tai ypač teisingai apibūdina padėtį kalvinimo įstaigų sistemoje. Reikalingas politinis vadovavimas, siekiant tikslų, numatytų tarptautiniuose įsipareigojimuose (pvz., Dublino deklaracija) ir skiriant finansavimą, užtikrinantį tokią pačią kalvinamųjų sveikatos priežiūrą, kaip ir visų kitų visuomenės narių. Nepaprastai svarbią reikšmę turi pastovus veiksmų koordinavimas ir sklandumo užtikrinimas tarp įvairių struktūrų vadovų.

Rekomenduojama atlikti norminių aktų, reglamentuojančių trijų pagrindinių subjektų, atsakingų už sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kalvinimo įstaigose – Sveikatos apsaugos ministerija, Teisingumo ministerija ir Kalėjimų departamentas - vaidmenį, funkcijas ir atsakomybę, pakeitimus.

Siekiant efektyvaus atsako į ŽIV/AIDS būtina laikytis ir įgyvendinti pagrindinius principus bei remtis ilgainiui savo teisingumą įrodžiusia praktika, apibendrinta įvairiuose tarptautiniuose dokumentuose.

Rekomendacijos dėl kalvinimo įstaigų, pateikiamos tarpinėje ataskaitoje apie Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2008 m. programos įgyvendinimą Lietuvoje (atliktoje 2006 m. rugpjūčio mėn.), turi būti itin aktyviai įgyvendinamos laisvės atėmimo vietose:

- pradėti taikyti pakaitinį gydymą nuo opioidinės priklausomybės ir adatų keitimą visų tipų laisvės atėmimo vietose;
- skatinti bendradarbiavimą su NVO, dirbančiomis kalvinimo įstaigose prevencinį darbą, vykdančiomis švietimą tarp kalvinamųjų „lygus su lygiu“ principu ir teikiančiomis įvairiapusę paramą kalvinimo įstaigoje esantiems asmenims;
- medicinos personalas turėtų atlikti labiau globojantį vaidmenį kalvinių atžvilgiu, o visi medicininiai tyrimai visada turi būti atliekami tik laisva valia ir visada tik iš anksto gavus pačių tiriamųjų sutikimą juos atlikti;
- svarbu, kad ŽIV sergantys asmenys būtų pastoviai specialistų tiriami siekiant užtikrinti, kad jiems būtų taikomas antiretrovirusinis gydymas, kai tik atsiranda poreikis jį taikyti.

Kalvinimo įstaigose vykdoma narkotikų ir žalos mažinimo strategija turi būti plėtojama suteikiant informaciją ir paslaugas, labiausiai atitinkančias kalvinamųjų sveikatos ir socialinius poreikius. Strategijos sudėtinės dalys:

- Turi būti paruošti aiškūs protokolai ir savitarpio supratimo memorandumas prieš pradėdant taikyti pakaitinio gydymo nuo opioidinės priklausomybės programą tam, kad būtų išvengta problemų, perkeliant kalvinamuosius iš vienos kalvinimo įstaigos į kitą, iš kalvinimo įstaigos į bendruomenę, iš areštinių į kalvinimo įstaigas ir atgal.
- Medžiaga žalos mažinimo klausimais turėtų būti prieinama tiek suimtiesiems, tiek nuteistiesiems, esantiems kardomojo kalvinimo ar pataisos įstaigose, tiek ir suimtiesiems, laikomiems policijos areštinėse. Turi būti sukurta aiški aprūpinimo šia medžiaga tvarka, konkretūs standartai ir numatytas tiekimo įvertinimas.
- Mokomieji kursai, skirti tiek kalvinamiesiems, tiek kalvinimo įstaigų personalui, kuriose interaktyviai nagrinėjamos prevencijos ir žalos mažinimo temos (t.y. kursai apie saugų narkotikų vartojimą ir saugius lytinius santykius) turi būti pastoviai rengiami, o jų organizavimas visokeriopai skatinamas.
- Siekiant išvengti kalbos ir kultūrinių barjerų visa medžiaga, kur tai aktualu, turi būti prieinama ir rusų kalba, kaip ir kitomis kalbomis.
- Prezervatyvai turi būti dalijami ne tik prieš ilgalaikius pasimatymus su partneriu iš laisvės, bet taip pat prieinami nuteistiesiems viso jų bausmės atlikimo termino pataisos įstaigoje metu.

- Reikia spręsti problemą dėl kalinamųjų daromų tatuiruočių ir auskarų vėrimo, kadangi tai sukelia papildomą užsikrėtimo ŽIV, hepatitu B ir C riziką.
- Visoms rizikos grupėms kalinimo įstaigoje, taip pat ir personalui kuo greičiau turi būti pasiūlyta skiepytis nuo hepatito B. Švirksčiamųjų narkotikų vartotojų skiepijimas nuo hepatito B turi teigiamą poveikį jų sveikatai, pagerindamas bendrą jų sveikatos būklę.
- Turi būti įgyvendinamas glaudus bendradarbiavimas ir ryšiai su bendruomenėje veikiančiais paslaugų teikėjais, taip pat stiprinamas bendradarbiavimas su valstybės institucijomis ir NVO, sujungiant bendram darbui pilietinės visuomenės ir bendruomenėje išikūrusių paslaugų teikėjų prevencijos, reabilitacijos, resocializacijos srityje, pagrindinį dėmesį skiriant konkrečioms rizikingo elgesio asmenų grupėms – tiek kalinimo įstaigoje, tiek paleidus juos iš laisvės atėmimo vietų.

Itin svarbus personalo mokymas tam tikrose srityse; šios studijos autorių nuomone, mokymas yra esminis dalykas. Siūloma:

- Nustatyti konkrečius personalo, dirbančio kalinimo įstaigose, mokymo poreikius; šie poreikiai turi būti vertinami, atsižvelgiant į besikeičiančią situaciją įstaigose, pvz., vis jaunesnį asmenų, esančių kalinimo įstaigose, amžių.
- Kursai personalui prevencijos ir žalos mažinimo temomis turi būti ir toliau reguliariai vykdomi.
- Rengti kursus narkotikų tematika siekiant padėti personalui atsikratyti neigiamo požiūrio į narkotikų vartotojus.
- Kai to reikalauja situacija, personalui, pradėjusiam dirbti kalinimo įstaigoje, parengti įvadinį kursą ir suteikti galimybę dirbti su labiau patyrusiu kolega.

Dezinfekcinis skystis neatstoja adatų keitimo programų; atvirkščiai, kalinimo įstaigos sąlygomis jo panaudojimas yra nepakankamai veiksminga strategija dėl riboto galiojimo termino. Jei jis naudojamas tik remiantis principu „geriau, negu nieko“, tuomet reikia labai išsamiai informuoti kalinamuosius apie tinkamą jo panaudojimą. Kitaip jie netinkamai naudojami dezinfekciniu skysčiu, tačiau jausis esą saugūs.

Būtina suformuoti platų ir daugelį sektorių apimančią atsaką į Lietuvos kalinimo įstaigose plačiai paplitusias užkrečiamas ligas (ŽIV/AIDS, tuberkuliozė, hepatitas, lytiškai plintančios infekcijos).

Taip pat būtina įgyvendinti finansinius mechanizmus („kalinamojo krepšelis“ arba speciali eilutė Kalėjimų departamento biudžete), kurie užtikrintų tinkamą ŽIV/AIDS prevencijos, gydymo ir priežiūros paslaugų finansavimą laisvės atėmimo vietose.

Reikalinga reglamentuoti ir užtikrinti tęstinį narkomanų ir ŽIV sergančių asmenų gydymą ir priežiūrą, juos perkeltiant iš vienos kalinimo įstaigos į kitą ar paleidžiant iš laisvės atėmimo vietos. Specialios informacinės sistemos sukūrimas, kuris įgalintų įvairias valstybės institucijas (kalinimo įstaigas, specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus) keistis duomenimis, užtikrintų pastovaus ŽIV/AIDS sergančių asmenų monitoringo ir pagalbos jiems sistemą.

Riboto veikimo monitoringo ir vertinimo sistema trukdo tinkamai įvertinti visuomenės sveikatos programos efektyvumą, ypač mėginant pasiekti tikslines gyventojų grupes. Svarbu, kad plataus monitoringo ir efektyvumo vertinimo (M&E) sistema veiktų laisvės atėmimo vietose. M&E gali padėti nustatyti bendrą programų efektyvumą ir veiksmingumą, ypač kai jos taikomos toms pačioms tikslinėms asmenų grupėms skirtingoje aplinkoje ir/arba kai jas įgyvendina skirtingi paslaugų teikėjai. Svarbiausia yra gera programų kokybė ir kalinamųjų biologinio elgesio sekimas laisvės atėmimo vietose kas 2 – 5 metai.