

# Снижение вреда в тюрьмах: модель Молдовы

МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА СНИЖЕНИЯ ВРЕДА



OPEN SOCIETY INSTITUTE  
Public Health Program



# Снижение вреда в тюрьмах: модель Молдовы

*Джефф Хувер, Ральф Юргенс*

**Июль 2009**

**Международная программа снижения вреда**



**OPEN SOCIETY INSTITUTE**  
Public Health Program

© Институт «Открытое общество», 2009. Все права защищены.

Редакторы: Пол Сильва, Роксан Сосье, Даша Шкурпела

Дизайн и верстка: Юдит Ковач | Createch Ltd.

Координаты для получения более подробной информации:

Международная программа снижения вреда

Программа «Общественное здравоохранение»

Институт «Открытое общество»

[www.soros.org/health](http://www.soros.org/health)

тел: 1 212 548 0600

email: [ihrd@sorosny.org](mailto:ihrd@sorosny.org)

### **Программа «Общественное здравоохранение»**

Программа «Общественное здравоохранение» Института «Открытое общество» выступает за построение общества, основанного на принципах социального включения, соблюдения прав человека, справедливости, в котором законы, нормы и деятельность в области здравоохранения научно обоснованы и отражают вышеуказанные принципы.

Программа сотрудничает с лидерами и организациями гражданского общества в деле защиты прав человека и здоровья представителей маргинализованных слоев общества и в адвокации повышения степени прозрачности и подотчетности политики и практики в области здравоохранения. Деятельность программы «Общественное здравоохранение» работает в пяти стратегических направлениях: грантовая деятельность, развитие потенциала, адвокация, стратегическое сотрудничество, мобилизация и увеличение финансирования. Программа «Общественное здравоохранение» работает в странах Центральной и Восточной Европы, Южной и Восточной Африки, Юго-Восточной Азии, и в Китае.

### **Международная программа снижения вреда**

Международная программа снижения вреда (IHRD) является проектом Программы общественного здравоохранения Института «Открытое общество». IHRD ставит перед собой цель снижения риска ВИЧ-инфицирования и других вредных последствий инъекционного употребления наркотиков, а также продвижения политики, направленной на защиту потребителей запрещенных наркотиков от стигмы и обеспечение их гражданских прав. С 1995 IHRD оказала поддержку более 200 программам в странах Центральной и Восточной Европы, бывшего Советского Союза и Азии. В своей деятельности IHRD руководствуется принципом, согласно которому люди, неспособные или не желающие отказаться от употребления наркотиков, тем не менее, могут изменить свою жизнь к лучшему, чтобы сохранить свое здоровье и здоровье своих близких. С 2001 года IHRD считает приоритетным направлением адвокацию расширения доступа к программам обмена игл, нарколечению и лечению ВИЧ-инфекции, а также реформирование дискриминационной политики и практики, и расширение участия людей, употребляющих наркотики и живущих с ВИЧ, в формировании политики, влияющей на их жизни.

# Содержание

<b>Список сокращений</b>	5
<b>Об этом докладе</b>	7
<b>Благодарности</b>	9
<b>1. Введение</b>	11
<b>2. Предыстория и внедрение программы</b>	17
2.1 Начало обмена игл	18
2.2 Переход от эксперимента к следующей фазе развития	24
2.3 Преодоление противодействия	26
2.4 Текущая ситуация с наркотиками, ВИЧ, обследованием и лечением	30
2.5 Персонал, работающий по программам снижения вреда в тюрьмах	32
<b>3. Оказание услуг</b>	37
3.1 Аутрич-услуги по принципу “равный – равному”	37
3.2 Обучение	45
3.3 Бюджет	45
<b>4. Оценка проекта</b>	47
<b>5. Проблемы и вызовы</b>	61
5.1 Противодействие со стороны администрации и персонала колоний	61
5.2 Финансовые ограничения	64
<b>6. Рекомендации исполнителей программы</b>	67

<b>Вставки</b>	Вставка 1: <i>Как проводится отбор волонтеров-аутичей</i>	23
	Вставка 2: <i>Высказывания волонтеров в колониях Брэнзшт и Крикова</i>	34
	Вставка 3: <i>Места лишения свободы в Молдове</i>	39
	Вставка 4: <i>Метадоновая терапия для наркозависимых заключенных</i>	54
<b>Ссылки</b>		71

# Список сокращений

В настоящем докладе встречаются следующие сокращения:

АРТ	антиретровирусная терапия
АРВ	антиретровирусный препарат
ГФ СТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
НПТ	организация «Новаторские проекты в тюрьмах»
МЗ	Министерство здравоохранения
НПО	неправительственная организация
МТ	метадоновая терапия
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ТБ	туберкулез



## Об этом докладе

В настоящем докладе говорится о внедрении программ снижения вреда в исправительных учреждениях Молдовы и приводится описание как достигнутых успехов, так и не решенных пока проблем. Исследования для отчета проводились в Молдове в августе 2007 г. и октябре 2008 г. в ходе семи посещений исправительных колоний и одного посещения СИЗО, а также во время встреч в Департаменте пенитенциарных учреждений и в офисе организации «Новаторские проекты в тюрьмах» (НПТ) – неправительственной организации (НПО), которая оказывает услуги по снижению вреда в пенитенциарных учреждениях. Среди опрошенных были заключенные исправительных колоний и СИЗО, сотрудники НПО и сотрудники Фонда Сорос Молдовы, представители руководства и персонала пенитенциарной системы на национальном и местном уровнях.

Масштабы и глубина исследований, проведенных в каждой из колоний и в СИЗО, были различны в силу ряда факторов, в том числе длительности и времени посещения, обязанностей сотрудников и наличия у них возможности дать интервью, а также доступа к заключенным, их способности и желания беседовать с исследователями. Где это уместно, в тексте приводятся ссылки на источники информации, наблюдений, мнений, а также прямые цитаты. За все ошибки и неточности несут ответственность авторы исследования.



# Благодарности

Авторы благодарны за помощь, предоставленную им сотрудниками Департамента Пенитенциарных Учреждений Министерства Юстиции Республики Молдова и организации «Новаторские проекты в тюрьмах» в ходе поездок в Молдову в августе 2007 и октябре 2008 г. Мы выражаем особую благодарность президенту организации «Новаторские проекты в тюрьмах», координатору программ Ларисе Пинтилей, Вячеславу Тонкоглазу – бывшему заместителю Директора Департамента Пенитенциарных Учреждений, работающему в настоящий момент консультантом организации, и Владимиру Трофиму, бывшему Генеральному Директору Департамента Пенитенциарных Учреждений Республики Молдова (в период до конца 2008 г.).

Они щедро делились своим временем, ресурсами и наблюдениями.

Авторы также выражают свою признательность за оказанную помощь двум переводчикам, Ольге Ончеа и Елене Анточ. Они безупречно обеспечивали необходимый перевод на румынском, русском и английском языках.



# 1. Введение

Во многих странах уровень ВИЧ-инфицированности среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, значительно выше, чем среди общего населения<sup>1</sup>. Распространенность вируса гепатита С среди заключенных еще выше<sup>2</sup>. Большинство заключенных, живущих с ВИЧ, заразились еще до того, как попали в тюрьму. При этом риск инфицирования в местах лишения свободы, особенно в результате общего использования зараженного инъекционного инструментария для употребления наркотиков, весьма высок. Даже в тех странах, где были вложены значительные средства в мероприятия по сокращению спроса и предложения наркотиков в тюрьмах, не удалось остановить инъекционное употребление<sup>3</sup>. В нескольких странах сообщалось о вспышках ВИЧ-инфекции в тюрьмах в связи с совместным использованием инъекционного инструментария, и эти случаи продемонстрировали, с какой скоростью ВИЧ может распространяться среди заключенных, если не принять эффективных мер профилактики инфицирования<sup>4</sup>.

Важность программ профилактики ВИЧ в тюрьмах, в том числе комплексных программ снижения вреда и метадоновой терапии (МТ), была признана во всем мире еще в самом начале эпидемии. После проведения первых консультаций по профилактике и контролю ВИЧ в тюрьмах в 1987 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), реагируя на многочисленные документальные свидетельства ВИЧ-инфицирования в тюрьмах всего мира, выпустила в 1993 году «Рекомендации по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах». Говоря об охране здоровья и о профилактике ВИЧ, ВОЗ подчеркивает в своих рекомендациях, что «все заключенные имеют право на такое медицинское обслуживание, в том числе профилактическое, которым пользуются все

члены общества, без какой-либо дискриминации, в том числе в отношении правового статуса или национальности»<sup>5</sup>.

С начала 1990-х годов во все большем числе стран внедряются программы контроля ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Однако во многих программах отсутствуют необходимые мероприятия, такие как обмен игл и шприцев или МТ. Но последнее, не относится к Молдове, и опыт этой страны в части создания и расширения комплексных программ по ВИЧ-инфекции, включая упомянутые мероприятия, описан в настоящем докладе.

Почти десять лет назад руководство пенитенциарной системы Молдовы признало, что невозможно (как это невозможно для тюремной администрации в любой другой стране мира<sup>6</sup>) полностью исключить (а) проникновение запрещенных наркотиков на территорию пенитенциарных учреждений и (б) половые контакты между заключенными. Руководители системы исполнения наказаний поняли, что меры по предупреждению проникновения наркотиков в тюрьмы могут лишь сократить, но не остановить поступление наркотиков, а делать вид, что употребления наркотиков в тюрьмах не происходит, и не принимать меры по снижению вреда – значит повышать риск распространения ВИЧ среди заключенных. В Молдове и других странах многие заключенные попадают в тюрьму уже будучи наркозависимыми и нередко продолжают употребление наркотиков в тюрьме. Но некоторые другие заключенные именно в тюрьме впервые начинают употреблять наркотики, нередко с целью снизить психическое напряжение и адаптироваться к обстановке тесноты и возможного насилия<sup>7</sup>. Результаты исследований свидетельствуют о том, что лица, вводящие наркотики в инъекциях в тюрьме, гораздо чаще пользуются общим инъекционным инструментарием, чем живущие среди гражданского (общего) населения и употребляющие наркотики за пределами тюрем<sup>8</sup>. Поскольку в тюрьму легче пронести наркотики, чем иглы и шприцы, последние часто в дефиците. Вместе с тем, в тюрьмах также имеют место половые контакты, в том числе изнасилования и иные формы сексуального насилия, которые могут привести к заражению ВИЧ и другими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), если не обеспечить доступность презервативов и не принять мер по предотвращению случаев полового насилия<sup>9</sup>.

Продemonстрировав стратегический подход и прагматизм, власти Молдовы решили всерьез заняться профилактикой ВИЧ. В результате принятых мер, начиная с 1999 г. местные неправительственные организации ведут образовательные программы по ВИЧ/СПИДу и обеспечивает широкий спектр услуг по снижению вреда внутри пенитенциарных учреждений, включая обмен инъекционного инструмента-

рия, распространение презервативов и бритвенных принадлежностей, психологическую поддержку и консультирование. Прошло десять лет, а Молдова по-прежнему остается одной из немногих стран мира, где в тюрьмах осуществляется комплекс мероприятий по снижению вреда. Лишь несколько стран, в том числе большинство из 15 государств бывшего Советского Союза<sup>10</sup>, обеспечили заключенным на бесплатных, анонимных и конфиденциальных условиях доступ к различным средствам защиты, способным значительно сократить риск для их здоровья и в конечном итоге спасти многие жизни.

Неправительственные организации, предоставляющие услуги снижения вреда и ведущие образовательную деятельность в этой области, являются нетипичными НПО, поскольку они преследуют одну, строго определенную цель. Организация «Медицинские реформы в пенитенциарных учреждениях» с помощью нескольких консультантов (включая Алексея Леорда и Думитру Латычевски) начала и вела такие программы до 2002 года, когда была создана новая организация «Новаторские проекты в тюрьмах», которая и приняла на себя дальнейшее руководство программами. Организация работает только в тюрьмах и занимается только тем, что помогает сохранить здоровье заключенным, которым свойственно рискованное поведение. Сотрудники НПО выражают надежду, что в будущем их клиенты полностью откажутся от наркотиков – ведь это единственный надежный способ исключить все риски, связанные с их употреблением. Но при этом организация понимает и стремится удовлетворить насущную потребность в расширении и совершенствовании услуг по снижению вреда.

С 2005 года Медицинское Управление Департамента Пенитенциарных Учреждений расширило спектр профилактических программ в тюрьмах, начав внедрение метадоновой терапии. Ни у программы снижения вреда, ни у программы МТ, которая осуществляется под руководством Департамента пенитенциарных учреждений, процесс становления не был легким. Помимо прочего, и НПО, и Департамент столкнулись финансовыми трудностями. В результате по состоянию на октябрь 2008 г. НПТ еще не удалось расширить свой проект снижения вреда и охватить все тюрьмы и следственные изоляторы. При этом число заключенных, пользующихся программой МТ, остается небольшим, хотя постоянно растет (см. вставку 4).

Таким образом, еще предстоит решить много проблем, чтобы обеспечить доступность всего комплекса услуг по информированию и снижению вреда для всех лиц, содержащихся в следственных изоляторах или отбывающих наказание в тюрьмах Молдовы. Но эти проблемы не могут и не должны заслонить собой тот факт, что

за период с 1999 года, когда первый заключенный получил чистый шприц, достигнуты чрезвычайно важные положительные результаты. Более двух третей взрослых заключенных в Молдове отбывают наказание в учреждениях, где доступны услуги по снижению вреда. Во всех тюрьмах, где предоставляются услуги снижения вреда, опыт таких программ был однозначно успешным – иглы никогда не использовались в качестве оружия против персонала тюрем и других заключенных, употребление наркотиков не увеличилось, а имеющиеся данные указывают на благоприятное воздействие в части снижения числа случаев заражения ВИЧ и гепатитом С.

Благодаря тому, что до начала и в ходе программы проводятся всестороннее обучение и информирование, практически все, включая персонал тюрем – от охранников до администрации – и самих заключенных, осведомлены о риске заражения ВИЧ и о видах рискованного поведения. Это помогло уменьшить уровень ассоциируемой с ВИЧ стигмы и дискриминации, улучшив тем самым жизнь заключенных с ВИЧ.

Внедрение и расширение мер снижения вреда в тюрьмах Молдовы с годами стали привлекать серьезное внимание на международном уровне. Представители пенитенциарных систем нескольких стран – включая Азербайджан, Болгарию, Канаду, Литву, Польшу и Украину – приехали в Молдову и посетили тюрьмы, где имеются службы снижения вреда. Гости поговорили с администрацией тюрем, медицинскими работниками, заключенными, работающими аутрич волонтерами, и клиентами программ. Они познакомились с имеющимися данными и выслушали отзывы о программе, которые неизменно указывали на успешное в той или иной степени достижение главной цели проекта: улучшение охраны здоровья заключенных, причем *без* каких-либо ощутимых негативных изменений – например, без увеличения употребления наркотиков.

Важно и то, что принятие мер по снижению вреда в последние годы сопровождается резким сокращением числа лиц, содержащихся в следственных изоляторах или отбывающих наказание, а также другими инициативами по реформированию пенитенциарной системы с целью улучшения условий в тюрьмах, как для заключенных, так и для персонала. Такие меры, как снижение переполненности тюрем, расширение видов трудовой деятельности заключенных, улучшение питания и повышение зарплаты персонала тюрем, давно считаются важнейшими, хотя порой игнорируемыми, компонентами деятельности, направленной на профилактику распространения инфекционных заболеваний в местах лишения свободы и охрану здоровья лиц, содержащихся в следственных изоляторах и отбывающих наказание<sup>11</sup>.

Пенитенциарным системам других стран следует тщательно изучить опыт Молдовы и по возможности адаптировать его к своим условиям. В конечном итоге прагматичные комплексные меры, принимаемые в местах лишения свободы, способствуют здоровью и благополучию не только заключенных, но и всех членов общества.

Один из самых важных уроков, который можно извлечь из опыта Молдовы, состоит в том, что успеху инициатив по снижению вреда очень способствует активное участие и содействие со стороны руководства самого высокого уровня. Как генеральный директор, так и медицинский начальник Департамента Пенитенциарных Учреждений Молдовы уже на ранних этапах энергично поддержали идею реализации программ обмена игл и шприцев и программ МТ. Они не побоялись воспользоваться своим авторитетом, чтобы помочь программам преодолеть потенциальные и реальные препятствия. Они отдавали распоряжения администрациям тюрем на местном уровне организовать проекты обмена игл и шприцев и в полной мере сотрудничать с провайдерами услуг. Даже в случае первоначального неприятия проекта их подчиненные обязаны были выполнять приказ. Опыт показал, что отношение к проекту на местах изменилось к лучшему, как только с персоналом была проведена разъяснительная работа и стали заметны позитивные результаты программы.



## 2. Предыстория и внедрение программы

Внедрение снижения вреда в тюрьмах Молдовы было совместной инициативой тюремного персонала и гражданского общества. В 1997 году Департамент Пенитенциарных Учреждений в сотрудничестве с организацией «Медицинский реформы в тюрьмах» разработали проектную заявку по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа/ИППП в пенитенциарных учреждениях.

Заявка была профинансирована Фондом Сорос Молдовы и Международной программой снижения вреда Института «Открытое общество», Нью-Йорк<sup>12</sup>. Первоначальной целью программы было разработать и инициировать оптимальные стратегии по борьбе с ВИЧ в тюрьмах. Многие сотрудники пенитенциарной системы, включая Вячеслава Тонкоглаза (бывшего Зам. Директора Департамента Пенитенциарных Учреждений, в настоящее время являющегося консультантом НПП), поддерживали программы профилактики ВИЧ инфекции, но были против концепции снижения вреда: «Я думал, что это странная идея. Это звучало так, словно мы соглашаемся с употреблением наркотиков в тюрьмах и содействуем ему»<sup>13</sup>.

Но Тонкоглаз и его коллеги изменили свои мнения, познакомившись с результатами первой деятельности НПО – анонимного опроса заключенных, проведенного в 1999 г.

Именно в 1999 г. ВИЧ впервые признали серьезной проблемой здравоохранения в Молдове в целом. Эпидемия сильно затронула тюрьмы. Первый случай ВИЧ-инфекции в колонии был зарегистрирован в Молдове в октябре 1996 г.<sup>14</sup>, а в отчете

за 1999 год говорилось, что все 47 ВИЧ-положительных заключенных находились в одной и той же колонии № 18 в Брэнешть. Все они употребляли инъекционные наркотики и были осуждены по делам, связанным с наркотиками. При этом в стране остро стояли проблемы стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, и многие жители Молдовы считали, что можно заразиться при обычном прикосновении к ВИЧ-инфицированному человеку.

Согласно данным опроса инъекционное употребление наркотиков было широко распространено во всей пенитенциарной системе страны. Одними и теми же иглами и шприцами пользовались порой до 12 заключенных, а некоторые заключенные для введения наркотиков использовали самодельный инструментарий. В результате опроса выяснилось, что запрещенные наркотики проносятся на территорию колоний главным образом во время свиданий или охранниками и другим тюремным персоналом. Опрос также показал, что между заключенными имеют место частые половые контакты, которые способствуют распространению инфекций, передаваемых половым путем<sup>15</sup>.

Вооруженные данными опроса и сведениями о механизмах и причинах эффективности мероприятий по снижению вреда, сотрудники НПО обратились к руководству Департамента пенитенциарных учреждений с предложением организовать пилотный проект снижения вреда в одной из колоний. Сначала руководство отнеслось к идее скептически. Однако результаты опроса помогли изменить это мнение. Как сказал Вячеслав Тонкоглаз, результаты опроса были важны потому, что они «подтвердили реальное положение вещей. Хотя работники колоний и не хотят это признавать, но наркотики в тюрьме есть...и люди будут их употреблять, если они есть. Мы предложили подумать теперь о том, как снизить уровень и риск ВИЧ-инфицирования»<sup>16</sup>.

## 2.1 Начало обмена игл

**Критерии отбора.** НПО и руководство уголовно-исполнительной системы договорились об организации первого проекта снижения вреда в учреждении в с. Брэнешть – колонии усиленного и строгого режима, где в то время содержались около 1000 заключенных-мужчин. Это учреждение было выбрано потому, что именно там содержалось наибольшее число заключенных с известным ВИЧ-положительным статусом и наибольшее число осужденных за преступления, связанные с наркотиками, а

средний возраст заключенных был самым молодым (24–26 лет) и для большинства это был первый тюремный срок. В Брэнешть потребность в такой программе была наиболее высока из-за относительно высокого уровня ВИЧ и наркопотребления, и власти предполагали, что проект будет иметь больше шансов на успех, поскольку заключенные в силу своей молодости и первого срока были менее жесткими по характеру, чем в других колониях.

## **Обучение по вопросам безопасности и законности**

Принятое решение было доведено до сведения местных администраций исправительных учреждений. Затем НПО была организована серия тренингов с заключенными и тюремным персоналом разного уровня. У тренингов были две главные цели: информирование и просвещение по вопросам ВИЧ-инфекции и разъяснение философии снижения вреда и ее практического применения.

По словам координатора НПО Ларисы Пинтилей, большинство сотрудников колоний и заключенных почти ничего не знали о ВИЧ и гепатите С – ни как они передаются, ни как предупредить заражение. Единственной определенностью был страх. Заключенные, например, игнорировали и избегали тех, о ком было известно (или имелись подозрения), что они ВИЧ-положительные. Охранники и другой персонал также избегали тех, кого считали ВИЧ-инфицированными. В тот же время сотрудники поначалу проявили почти единодушную враждебность к самой идее снижения вреда. Они беспокоились о своей личной безопасности (опасались уколов иглой или использования игл как оружия) и считали, что раздача средств инъекционной безопасности была бы поощрением употребления запрещенных наркотиков.

Виталий Морозан, который в 2007 г. исполнял обязанности начальника учреждения в с. Брэнешть, в 1999 году во время начала проекта заведовал там же вопросами охраны и безопасности. Он сказал: «Я никогда ранее не слышал о снижении вреда. Но я был против. Мы боялись давать иглы осужденным...мы думали, что это все равно, что дать им нож. Еще мы считали, что так будет легче пронести наркотики на территорию колонии. Почти все так думали. Только медсанчасть была за, и это потому, что они заранее изучили вопрос и в целом были более открыты для обсуждения проблемм здоровья»<sup>17</sup>.

Во время тренингов сразу же были даны ответы на оба главных вопроса – о безопасности и законности –, вызывающих озабоченность. Снижение вреда на самом

деле усилит безопасность, говорили они, поскольку снизит имеющееся количество использованных и потенциально зараженных игл и поможет предупредить новые заражения ВИЧ. Кроме того, не будет никаких изменений официальных правил относительно запрета наркотиков.

И заключенным, и охране напомнили, что в случае выявления запрещенных наркотиков заключенным грозит дисциплинарное взыскание и, возможно, предъявление новых уголовных обвинений. Вместе с тем, сотрудникам колонии напомнили, что и законодательством Молдовы, и правилами внутреннего распорядка заключенным разрешено иметь иглы и шприцы<sup>18</sup>. Они, помимо прочего, используются для введения разрешенных лекарств (например, инсулина при диабете). 3 декабря 1999 г. был принят Приказ № 115 «Об организации пилотной программы снижения вреда в исправительных учреждениях», разрешивший начать в колонии пилотный проект по обмену игл и шприцев.

Поначалу проект осуществлялся силами работников медсанчасти. Заключенные должны были обращаться в медсанчасть за средствами инъекционной безопасности, презервативами и информационными материалами.

## **Внесение изменений в проект для расширения охвата**

Однако проект внедрялся медленно – за первые четыре-пять месяцев с момента создания удалось обменять лишь 40–50 шприцев, а услугами проекта воспользовались менее трети тех заключенных, о которых было известно, что они употребляют наркотики<sup>19</sup>. Сотрудники НПО и медсанчасти задали многим заключенным вопросы о причине низкой востребованности обмена. Выяснилось, что заключенные не решаются воспользоваться услугами программы, поскольку не верят в их анонимность и конфиденциальность. Николае Бодруг, главврач медсанчасти учреждения в с. Брэнешть с 1999 года, сказал об этом прямо: «Вначале клиенты думали, что раз в проекте работают сотрудники медсанчасти, у них будут неприятности в случае обращения»<sup>20</sup>. Заключенные опасались, что подвергнутся давлению или окажутся в штрафном изоляторе, поскольку сам факт их обращения за иглами и шприцами будет означать, что они занимаются запрещенной деятельностью (т.е. употребляют наркотики).

Еще одним препятствием было то, что медработники не всегда оказывались на месте в нужный заключенным момент. Пункт обмена был обычно открыт в часы

работы медперсонала – около восьми часов в день с понедельника по пятницу. Это означало, что по вечерам и в выходные возможность воспользоваться услугами проекта была ограничена или отсутствовала.

## **Круглосуточный обмен силами самих заключенных**

Сотрудники НПО и администрация учреждения в Брэнешть разработали план по изменению проекта. Они решили, что обмен будет осуществляться силами самих заключенных – специально обученных работе волонтеров-аутич. Как сказал доктор Бодруг: «Чтобы обеспечить реальную анонимность обмена игл, мы сформировали группу «вторичного обмена» из восьми заключенных, которые работали на всей территории колонии. В результате значительно повысился уровень доверия и конфиденциальности». С принятием этого решения проект перешел в свою вторую стадию.

### **Лариса Пинтилей разговаривает с волонтером в колонии в Крикова**



На второй стадии восемь волонтеров из числа заключенных были обучены работе по снижению вреда на четырех объектах в жилых блоках колонии (помещения барачного типа с одновременным проживанием от 70 и более человек). Для работы на каждом объекте были назначены по два волонтера-аутрича, которые выдавали необходимые материалы из запасов, хранящихся в отдельном шкафу или тумбочке неподалеку от их жилой зоны. Услуги проекта стали доступны 24 часа в сутки и семь дней в неделю, поскольку клиенты и непосредственные поставщики услуг жили рядом. Из интервью с волонтерами стало известно, что большинство заключенных обращаются к ним вечером. Один из волонтеров сказал: «Мне тоже нужно спать, люди это понимают и обращаются только когда я рядом и не сплю». И самое важное – заключенные доверяли волонтерам-аутричам, которые были тщательно отобраны из числа самих заключенных и, согласно негласному тюремному кодексу поведения, никогда и никому не сообщали о том, кто к ним обращался<sup>21</sup>. Волонтеры не ведут учета фамилий, имен, помимо количества шприцев, презервативов и т.д., которые ими были выданы. Затем эти сведения о количестве выданных материалов передаются начальнику медсанчасти. (См. вставки 1 и 2 – дополнительная информация о волонтерах и их высказывания). Вся работа ведется в сотрудничестве с тюремным врачом. Врач выступает в роле супервизора проекта и как связующее звено между волонтерами, персоналом колонии и сотрудниками НПО.

Как сообщает координатор НПО Лариса Пинтилей, после этих изменений резко возросло количество обращений в пункт обмена. Вскоре 65–70% заключенных, о которых было известно, что они употребляют наркотики, стали обращаться к услугам проекта через волонтеров. За период декабрь 1999 декабрь 2000 гг. волонтеры в колонии Брэнешт обменяли 2840 шприцев<sup>22</sup>. Более того, по словам Пинтилей, почти 100% выданных шприцев и игл были впоследствии возвращены. Заключенные говорили, что довольны новой системой и чувствуют себя более комфортно, обращаясь за услугами.

## ВСТАВКА 1.

### Как проводится отбор волонтеров-аутричей

Заключенные являются не только клиентами программ снижения вреда, проводимых в тюрьмах Молдовы. Часть из них непосредственно занимаются оказанием услуг в рамках программы. Предоставляемые ими материалы – иглы, шприцы, презервативы, спиртовые салфетки, мази для ухода за венами, дезинфектанты и информационные буклеты – раздают заключенные-волонтеры, специально обученные НПО, которая предоставляет услуги снижения вреда.

Сотрудники НПО определяют, кто из заключенных хотел бы участвовать в такой работе. В качестве первого шага перед началом проекта в том или ином учреждении обычно проводятся групповые собрания или тренинг. На этих собраниях и тренингах всем заключенным рассказывают о проекте и объясняют, как он будет проводиться. В конце каждого собрания ведущие предлагают заключенным, которым интересно было бы поработать в проекте волонтерами, сообщить об этом начальнику медицинской службы колонии и сотрудникам НПО.

НПО отводит сотрудникам колоний ведущую роль в процессе отбора волонтеров в начале проекта и при необходимости по ходу проекта. Сотрудники НПО отмечают, что начальники медицинской службы регулярно общаются с данной категорией заключенных и потому с наибольшим успехом может указать на подходящих кандидатов. В некоторых случаях начальники медицинских служб колоний используют собственные формальные или неформальные критерии отбора. Наталья Чоран, начальник медицинской службы колонии в с.Руска (интервью 23 августа 2007 г.), сказала, что она и ее коллеги в первую очередь обращались к ВИЧ-положительным заключенным и предлагали им стать волонтерами - поскольку, по их мнению, такие заключенные более склонны обращать внимание на вопросы здоровья и на факторы риска, а также чаще по собственному опыту (как люди, употреблявшие наркотики) знакомы с тем, на какие виды рискованного поведения нацелен проект. Кроме того, по словам Чоран, они обращались к заключенным с "хорошим характером" – к людям "открытым" и "дружелюбным".

Лариса Пинтилей, координатор НПО, подчеркнула, что в качестве волонтеров могут быть отобраны только те, кому другие заключенные полностью доверяют, иначе услугами проекта никто не будет пользоваться. Кроме того, она уточнила, что волонтеры "должны быть готовы заниматься такой работой и строго соблюдать правила".

Заключенным не платят за работу аутричами. Тем не менее, НПО регулярно, обычно один раз в месяц, стимулирует их работу, путем выдачи специальных пакетов, куда входят продукты питания, сигареты и гигиенические принадлежности. Эти пакеты считаются важным стимулом для волонтеров, поскольку в колонии все эти предметы в дефиците. Вместе с тем, волонтеры несомненно гордятся своей работой. Один волонтер на вопрос, почему он работает уже больше трех лет, ответил: "Я этим занимаюсь, потому что это хорошее дело – это помогает предупредить заражение и спасает жизнь людям".

## 2.2 Переход от эксперимента к следующей фазе развития

В своем измененном виде проект завершил пилотную фазу и был реализован во втором исправительном учреждении – колонии № 4 в г. Крикова – в 2002 году. К концу 2007 г. НПО уже были организованы службы снижения вреда в шести исправительных учреждениях, а в 2008 г. к ним добавилась еще одна колония. Сегодня программа действует в шести мужских и в одной женской колонии. Уже много лет НПО надеется начать работу в восьмой колонии, но по состоянию на октябрь 2008 г. с достижением этой цели придется пока подождать из-за финансовых ограничений. По словам Владимира Трофима, на тот момент генерального Директора Департамента Пенитенциарных Учреждений, «нам хотелось бы охватить все 100 процентов осужденных»<sup>23</sup>. (См. вставку 4 – дополнительные сведения о пенитенциарных учреждениях, в которых работает НПО).

Решение о начале работы проекта в конкретном учреждении принимает Генеральный Директор Департамента, советуясь с руководством НПО. Вначале НПО проводит оценку потребностей с целью установить, насколько программа нужна и будет ли востребована. В числе наиболее важных критериев такой оценки – количество и процент заключенных, отбывающих срок по делам, связанным с наркотиками. Другая важная часть оценки – проведение анонимных опросов: заключенных спрашивают о характере и частоте употребления наркотиков, об уровне осведомленности о ВИЧ-инфекции и о дискриминации в связи с ВИЧ.

Как только решение принято, издается приказ о реализации проекта в конкретном пенитенциарном учреждении. Как и в Брэнешть, после этого НПО проводит специальные тренинги для персонала колоний и для заключенных.

В течение многих лет руководство Департамента и НПО не решались включить в проект учреждения предварительного заключения (так называемые «следственные изоляторы», или СИЗО). Тому было несколько причин: переполненность СИЗО и, зачастую, худшие условия содержания, чем в колониях для осужденных, и трудности с организацией раздачи материалов силами обученных добровольцев из числа заключенных из-за быстрой сменяемости их состава. Тем не менее, с обеих сторон существовало понимание того, что и в СИЗО имеют место случаи рискованного поведения, и целесообразно рассмотреть вопрос о реализации проекта или хотя бы отдельных его компонентов после значительного снижения переполненности СИЗО

и улучшения условий содержания. В октябре 2008 г. во всех СИЗО вместе взятых содержится чуть более 1000 человек, в то время как в 2005 г. их было почти 3000. Владимир Трофим сказал, что «сегодня это [внедрение проекта в следственных изоляторах] можно было бы сделать.» Он добавил, что будет гораздо легче «начать это сейчас, при такой широкой поддержке проекта и незначительном противодействии ему, поскольку все знают, что проект хороший». В завершение он сказал, что «будет готов выслушать» рекомендации относительно внедрения проекта в следственных изоляторах.

В ходе посещения одного из следственных изоляторов (СИЗО № 11 в г. Бэлць) в октябре 2008 г. начальник учреждения Тудор Паскару сказал, что не имел возможности участвовать в проводившихся НПО тренингах по ВИЧ и снижению вреда и потому почти ничего не знает о проекте. «Единственное, что мы у себя делаем – это раздаем презервативы и информационные брошюры, а для ВИЧ-инфицированных заключенных НПО предоставляет также машинки для стрижки волос», добавил он<sup>24</sup>. Он подчеркнул, что употребление наркотиков в следственных изоляторах встречается намного реже, чем в местах исполнения наказания, поскольку содержащимся в СИЗО разрешено только одно короткое свидание в месяц в присутствии охранника, а сотрудник СИЗО, пойманный на попытке пронести внутрь наркотики, будет немедленно уволен, подвергнут уголовному преследованию и осужден. Однако Паскару признал, что употребление наркотиков все же происходит и что «было бы неплохо иметь такой проект снижения вреда у себя в учреждении, «поскольку это позитивный проект», который, насколько он слышал от коллег, «принес много положительных результатов не только заключенным, но и персоналу и в конечном счете всему народу Молдовы».

Такая открытость свидетельствует о том, что в последние семь лет проект был широко признан пенитенциарной системой и правительством Молдовы в целом и рассматривается как своего рода «лучшая практика». Хотя Департамент не предоставляет прямого финансирования НПО, организация размещается в главном здании Департамента в Кишинэу, и правительство предоставляет помещение бесплатно. Местные тюрьмы также дают помещения для хранения принадлежностей снижения вреда не препятствуют тому, что НПО платят медицинским работникам тюрем напрямую за то время, которое они посвящают работе в проекте.

В 1998–1999 годах в городе Сорока был начат первый проект снижения вреда среди гражданского населения Молдовы, и к октябрю 2008 г. такие проекты действовали в 20 населенных пунктах страны. Снижение вреда считается одним из

главных компонентов сегодняшней стратегии государства в борьбе с эпидемией ВИЧ. В Национальной программе о мерах по профилактике и контролю ВИЧ/СПИДа и инфекций, передающихся половым путем, на 2006–2010 годы<sup>25</sup> указано, что обмен игл и МТ являются важными элементами всесторонних ответных мер, и что Министерство юстиции отвечает за «обеспечение проведения мероприятий и реализацию мер по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД-инфекцией и ИППП в пенитенциарных учреждениях путем совершенствования программ, базирующихся на стратегии «снижение вреда» и заместительной терапии». В новом законе «О профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции» от 2007 г. имеется статья о «деятельности по предупреждению ВИЧ/СПИД-инфекции в пенитенциарных учреждениях». В этой статье говорится: «Министерство юстиции обеспечивает:

- а) обучение и воспитание персонала и заключенных с целью повышения их компетентности и знаний в области предупреждения ВИЧ/СПИД-инфекции, формирования безопасного и ответственного поведения, до- и послетестового консультирования, тестирования на маркеры ВИЧ;
- б) реализацию программ снижения вреда путем бесплатного предоставления дезинфектантов, шприцев и презервативов в пенитенциарных учреждениях;
- в) доступ к бесплатному АРВ-лечению и бесплатному лечению оппортунистических болезней»<sup>26</sup>.

Действия государства в этом направлении частично финансирует Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ СТМ), а частично – госбюджет<sup>27</sup>. (См. вставку 4 – дополнительные сведения о программе МТ в пенитенциарных учреждениях Молдовы).

## 2.3 Преодоление противодействия

Противодействие концепции снижения вреда вообще и к обмену шприцев поначалу было широко распространено во всех тюрьмах. Как в свое время в Брэнешть большинство представителей администрации и персонала тюрем никогда раньше не слышали о такой стратегии. Их первые (и весьма бурные) возражения были основаны

на том, что такая стратегия противоречит их первоочередной долгосрочной задаче обеспечения законности и наказания нарушителей закона.

Например, Георге Кирилэ, начальник женской тюрьмы в Руске, сказал, что в период подготовки к началу проекта в 2003 г. больше всего возражений было у охранников. «Одна из их обязанностей – обеспечить, чтобы никто не мог пронести наркотики в учреждение», – сказал Кирилэ, – «и они спрашивали: ‘Зачем это делать? Еще немного, и мы начнем раздавать им наркотики’<sup>28</sup>».

В большинстве случаев у начальников медсанчасти возражений было гораздо меньше или не было вовсе. Главная причина этого состояла в том, что именно на них в первую очередь возложена ответственность за здоровье заключенных. Они не понаслышке знают о последствиях ВИЧ, гепатитов и ИППП, не говоря уже о ранах и абсцессах, образующихся при введении наркотиков тупыми или грязными иглами либо заменяющими их инструментами – например, авторучками.

Примечательным исключением была Наталья Чоран, начальник медсанчасти колонии в с. Руска. Она с самого начала была против этого проекта, поскольку опасалась, что доступность служб снижения вреда приведет к увеличению числа передозировок и случаев «неадекватного» и «опасного» поведения<sup>29</sup>. Чоран добавила, что без приказа со стороны вышестоящего руководства не стала бы участвовать в таком проекте.

Но судя по интервью с Чоран в 2007 г., впоследствии она полностью изменила свое мнение. Во-первых, сказала она, никакие из ее опасений не сбылись – не произошло увеличения числа передозировок и случаев «опасного» поведения. Еще более важными факторами, побудившими ее изменить мнение, по ее словам, были повышение уровня информированности и понимания проблемы ВИЧ-инфекции как среди персонала, так и среди заключенных, в результате проводимых НПО тренингов и снижение числа случаев ВИЧ-инфицирования в женской колонии. Она отметила, что в итоге этих важных перемен повысился уровень безопасности, как для персонала, так и для заключенных<sup>30</sup>.

Чоран была не единственной из тех, кто поначалу возражал против концепции снижения вреда, а затем принял и по достоинству оценил ее. Виталий Морозан, исполняющий обязанности начальника учреждения в Брэнешть, сказал следующее: «У нас был приказ генерального директора начать проект, и мы его начали. Признаюсь, поначалу я не был согласен. Но со временем я увидел сокращение числа случаев инфицирования ВИЧ... и эта тенденция сохранилась»<sup>31</sup>.

Морозан добавил, что с тех пор стал добровольным и постоянным защитником проекта и старается по возможности, пользуясь своим авторитетом, убеждать дру-

гих. «Мы были экспериментальной площадкой, поскольку наше учреждение было первым, и проект у нас шел дольше, чем у других. К нам приезжали из других колоний, где планировалось начать проект. У них всегда поначалу были опасения, даже когда я рассказывал им обо всех этапах проекта и объяснял, почему он эффективен. Лучший, самый убедительный способ преодолеть их страхи и возражения – это дать возможность поговорить с персоналом и заключенными. Практически все они хорошо отзываются о проекте».

Анатолий Визитиу, начальник медсанчасти учреждения № 4 в Крикова, говорил о важности хороших результатов и положительных отзывов, о которых узнал во время поездки в Брэнешть. Он сказал, что после посещения Брэнешть стал уговаривать своего тогдашнего начальника колонии участвовать в проекте. По словам Визитиу, начальника и других сотрудников поразили рассказы о достигнутых в Брэнешть результатах – помимо прочего, в части снижения распространения гепатита С, а также тот факт, что проект не привел к увеличению количества выброшенного на территории колонии инъекционного инструментария. Он добавил, что в разговоре с персоналом и заключенными старался сосредоточиться на практических аспектах. «В конечном счете», – сказал Визитиу, «они [охранники и заключенные] должны понимать, что пользоваться новыми иглами и шприцами не просто рекомендация – это еще и гораздо разумнее»<sup>32</sup>.

Такое же мнение выразил и Эдуард Тимофей, исполнявший обязанности начальника колонии № 4 в Крикова во время визита в октябре 2008 г. Он сказал, что когда стал работать в этом учреждении в 2005 г. (через три года после начала там проекта), у него были возражения<sup>33</sup>. «Но обсудив проект с другими, получив больше информации и пройдя тренинг, я понял, почему проект важен». Эдуард Тимофей подтвердил, что «поначалу были некоторые проблемы, но сегодня весь персонал принимает и поддерживает программу». Он добавил: «Сотрудники знают, почему нужно оставить пункты проекта в покое: если попытаться за ними следить и выяснять, кто обменивает инъекционный инструментарий, заключенные скоро перестанут пользоваться услугами проекта, и уровень инфекций возрастет. Нашей главной целью должна быть профилактика распространения ВИЧ и гепатита С». Когда Э. Тимофея спросили, каков уровень употребления наркотиков в колонии, он ответил, что трудно с точностью оценить, насколько распространено употребление наркотиков, но подчеркнул, что заключенные, которые хотя и употребляют наркотики или имеют наркотическую зависимость, все равно будут их употреблять независимо от наличия инъекционного инструментария. «Тот факт, что мы обеспечиваем доступ-

ность игл и другого инъекционного инструментария, не способствует увеличению наркопотребления, но снижает наносимый им вред». При этом Тимофей пожалел, что в колонии №4 в Крикова пока нет программы ОЗТ. С ним согласился и начальник медсанчасти Визитиу, который сказал, что такая программа «сократит поступление наркотиков на территорию колонии и снизит агрессивность заключенных благодаря тому, что они будут получать метадоновую терапию». «Здесь у нас уже 15–20 заключенных попросили метадоновую терапию».

И НПО, и персонал колоний подчеркивают важность проведения тренингов и обучения на регулярной основе и не только в начале проекта. Причина в том, что во всех колониях очень быстро меняется состав заключенных и сотрудников. Те, кто оказался здесь впервые, как правило, очень мало осведомлены о ВИЧ и ничего не знают о снижении вреда, а потому инстинктивно относятся к проекту с недоверием. Проблему озабоченности персонала по поводу ВИЧ решают путем предоставления большого объема информации о путях передачи вируса и о защите от заражения. Персоналу рекомендуют вести себя так, как если бы все заключенные были ВИЧ-положительными. Это значит, например, что персонал должен всегда надевать резиновые перчатки при соприкосновении с кровью или другими жидкими средами организма. Разъяснительная работа с персоналом по вопросам безопасности не только помогает преодолеть недоверие и страх, но и сокращает число случаев нарушений прав и дискриминации на основе фактического или предполагаемого ВИЧ-статуса.

Начальник колонии в Брэнешть, Морозан, рассказал о своем подходе к этой работе: «Мы для начала говорим всем новым сотрудникам, что они должны соблюдать внутренние правила – без вопросов. А потом мы просим начальника медицинской части объяснить им, как работает проект и как должны вести себя сотрудники по отношению к проекту. Каждому сотруднику – и старому, и новому, рекомендуют обсуждать любые вопросы или проблемы в связи с проектом и т.п. с вышестоящим начальником. Как правило, такие проблемы затем доводятся до руководства учреждения на еженедельных собраниях. Любые ответы, комментарии или решения по итогам такого обсуждения затем передают рядовым сотрудникам их непосредственные начальники». Как добавила координатор проекта НПО Лариса Пинтилей, персоналу также объясняют, что деятельность проекта не является противозаконной, что волонтеров нельзя наказывать за их работу, а следует стимулировать, чтобы они могли делать свое дело ради пользы и заключенных, и персонала»<sup>34</sup>.

## 2.4 Текущая ситуация с наркотиками, ВИЧ, обследованием и лечением

По приблизительным подсчетам, в Республике Молдова употребляют наркотики в инъекциях от 77 000 до 116 000 человек<sup>35</sup>. В период с 1987 г. (когда в Молдове был зарегистрирован первый случай ВИЧ-инфекции) по 1 января 2007 г. было зарегистрировано 2 527 случаев ВИЧ-инфекции, плюс 873 в Приднестровье, всего 3 400 случаев<sup>36</sup>.

Как и в других странах региона, рост эпидемии ВИЧ происходит в первую очередь в результате инъекционного употребления наркотиков. Вспышка ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, произошла в 1997 – 1998 гг., когда были диагностированы, соответственно, 404 и 408 новых случаев ВИЧ, из которых 87,9% и 84,8%, соответственно, приходились на долю лиц, употребляющих инъекционные наркотики. В последние годы среди новых случаев ВИЧ стабильно снижается доля людей, когда-либо употреблявших наркотики в инъекциях – до 38,2% в 2006 г., и одновременно с этим растет число случаев заражения ВИЧ половым путем. При этом общее количество новых случаев ВИЧ растет непрерывно и стремительно – от 356 в 2004 г. до 535 в 2005 г. и 616 в 2006 г.<sup>37</sup>.

Как сообщает Лариса Пинтилей, самым популярным инъекционным наркотиком в Молдове (в том числе в местах лишения свободы) является самодельный опий-содержащий продукт, приготовляемый из ацетилованного экстракта маковой соломки. Этот наркотик, известный на местном жаргоне как «ширка», более популярен, чем героин или амфетамины, которые стоят дороже.

Национальное антинаркотическое законодательство в последнее время было смягчено с целью перенести основное внимание с потребителей на наркодилеров. Употребление наркотиков само по себе является не уголовным преступлением, а административным правонарушением согласно статье 44 КОАП<sup>38</sup>.

Владимир Царану, который до 2008 г. был начальником Медицинского Управления Департамента пенитенциарных учреждений, сообщил, что по его подсчетам, ежегодно от 400 до 600 человек, впервые попадающие в пенитенциарную систему, являются потребителями инъекционных наркотиков. В это число входят как осужденные, отбывающие наказание в колонии, так и лица, содержащиеся в СИЗО. Царану сказал, что по официальным данным, около 120 лиц, попавших в места лишения свободы к концу 2006 года, состоят на учете как наркопотребители. Он добавил: «Умножьте на десять и получите реальное число»<sup>39</sup>.

Царану сказал, что число ВИЧ-положительных заключенных постоянно меняется, но наблюдается общая тенденция к снижению. В 1992 г. по его словам, заключенных с ВИЧ, «возможно», было 200, а пять лет спустя их стало около 160. В октябре 2008 г. исполняющий обязанности начальника медицинского Управления Виктор Вовк сказал, что, по его оценкам, ВИЧ-положительных заключенных на тот момент было 145<sup>40</sup>. Он сообщил о росте числа заключенных, желающих обследоваться на ВИЧ, и сказал, что департамент ведет большую работу с целью обеспечить «каждому заключенному, желающему обследоваться на ВИЧ, возможность такого обследования».

До недавнего времени обследование на ВИЧ было малодоступно для заключенных. Лишь время от времени в каждом учреждении проводились кампании по обследованию на ВИЧ с охватом небольшого числа желающих. Спрос почти всегда превышал предложение. Одна из волонтеров в Руске, с которой беседовали 23 августа 2007 г., сказала: «У меня уже три года нет возможности сдать анализ крови. Я знаю, что у меня гепатит С, так что, может быть, и ВИЧ тоже есть». Другая женщина-волонтер в Руске высказала пожелание, чтобы колонии регулярно посещали сотрудники СПИД-центра Минздрава и давали заключенным возможность пройти обследование на ВИЧ. По словам Олега Бурджуи, начальника мед. службы в колонии № 15 в Крикове во время первой серии интервью в 2007 г., он мог удовлетворить просьбу заключенного о прохождении обследования на ВИЧ (помимо специальных кампаний по обследованию), только если тот сообщал ему о недавнем рискованном поведении – таком, как незащищенный половой контакт или использование грязной иглы для инъекций. В этом случае заключенного направляли в главную больницу пенитенциарной системы в Прункуле. Бурджуа отметил, что очень редко слышал подобные просьбы – хотя бы потому, что заключенные по понятным причинам не хотели признаваться в таком поведении<sup>41</sup>.

Неспособность пенитенциарной системы обеспечить обследование заключенных на ВИЧ в достаточном объеме свидетельствует о давно существующем дефиците ресурсов. По состоянию на август 2007 года, например, Владимир Царану, тогдашний начальник медицинского Управления пенитенциарной системы, приблизительно оценил, что система получает «лишь 40% от требующихся нам средств» для обеспечения адекватного уровня медицинского обслуживания<sup>42</sup>. Он надеялся, что ситуация улучшится благодаря поступлению нового финансирования в 2008 году.

При содействии ГФ СТМ в 2004 г. в Молдове впервые стала доступна антиретровирусная терапия. Сейчас она существует как в пенитенциарной системе, так и

за ее пределами. Как сообщил Виктор Вовк, общим итогом с 2004 г. по октябрь 2008 г. АРТ получили 89 заключенных, из них 30 получали АРТ на момент интервью. Как он сам, так и его предшественник на этом посту, сообщили, что у департамента имеется «возможность охватить всех, кто желает получать АРТ или нуждается в ней, пока они находятся в колонии».

Координатор проекта НПО Л.Пинтилей и другие активисты в сфере охраны здоровья указывают, что в Молдове, как и в других странах<sup>43</sup>, распространенность гепатита С среди заключенных значительно выше, чем распространенность ВИЧ. В 2006 году, например, гепатит С был обнаружен почти у двух третей (62%) из 70 заключенных-женщин, обследованных в Руске<sup>44</sup>. Однако по состоянию на октябрь 2008 г. из-за высокой стоимости препаратов, применяемых для лечения гепатита С, не было возможности обеспечить их наличие ни в пенитенциарной системе Молдовы, ни в целом по стране<sup>45</sup>. По причине высокой стоимости не было доступно заключенным и обследование на вирус гепатита С (и гепатита В) – в числе «многого другого, что мы хотели бы предложить, но не можем из-за недостатка финансов»<sup>46</sup>. Медработники обеих существующих автономно одна от другой систем здравоохранения (для общего населения и для пенитенциарных учреждений) могут лишь выдавать препараты для лечения симптомов гепатита С.

## **2.5 Персонал, работающий по программам снижения вреда в тюрьмах**

По состоянию на октябрь 2008 года, проекты снижения вреда работают в 20 населенных пунктах Молдовы. Большинство проектов осуществляются неправительственными организациями при поддержке Глобального Фонда (через Фонд Сорос – Молдова). Фонд Сорос также оказывает поддержку местным представителям правительства, участвующим в предоставлении услуг снижения вреда. НПП – единственный проект снижения вреда в пенитенциарной системе страны. В организации работает несколько сотрудников (координатор, ассистенты, и бухгалтер). Офис организации расположен в помещении Департамента пенитенциарных учреждений в Кишинэу. Организация также платит начальникам медицинских частей, где работают проекты, на контрактной основе за осуществление ежедневного контроля

за деятельностью волонтеров и аутричей, за обеспечение их в достаточном объеме необходимыми материалами и за регулярный сбор данных о работе проекта. Начальники медицинских служб постоянно поддерживают связь с сотрудниками НПТ по телефону; и не реже одного раза в месяц координатор, консультант или ассистент посещают каждое из учреждений.

НПТ также по мере необходимости привлекает консультантов. Большинство из них – социальные работники, которые помогают проводить тренинги по вопросам ВИЧ, инъекционного употребления наркотиков и по другим темам, представляющим интерес для заключенных.

И наконец, у организации более 20 волонтеров- аутричей из числа заключенных. Они занимаются непосредственным оказанием услуг снижения вреда, работая в специально отведенных пунктах, размещенных поблизости от места их проживания в исправительном учреждении. Предполагается, что большинство из них употребляют или ранее употребляли наркотики, однако прямые вопросы об этом не поощряются из соображений конфиденциальности и анонимности. В некоторых учреждениях волонтеры уже имеют серьезный «стаж» работы по проекту – до четырех лет. (См. вставку 1 – дополнительная информация о процедуре отбора волонтеров, и вставку 2 – высказывания волонтеров).

Стоит отметить что в местах лишения свободы с заключенными работают и многие другие НПО; которые оказывают социальную поддержку для больных туберкулезом, содействие в получении образования, обеспечивают правовую помощь, религиозное наставничество и т.д. Такой деятельностью заняты как местные, так и иностранные НПО. Например, во время проведения исследования для данной публикации один из авторов посетил колонию (№ 15 в Крикова) в день, когда там находилась с визитом группа из 60 врачей – представителей американской религиозной организации, которые проводили бесплатный офтальмологический осмотр всем желающим заключенным. Нам сообщили, что эта организация приезжает с такими визитами по два – три раза в год<sup>47</sup>.

## ВСТАВКА 2.

### Высказывания волонтеров в колониях Брэнешть и Крикова

Сотрудники НПО «Новаторские Проекты в тюрьмах» Молдовы утверждают, что особенно ценят стабильность и непрерывность в оказании услуг. С этой точки зрения они очень гордятся достигнутым успехом в колонии Брэнешть - первом учреждении, где начался проект (в 1999 г.). К августу 2007 г. каждый из четырех заключенных, наблюдающих за пунктами снижения вреда в колонии Брэнешть, уже работал волонтером проекта по крайней мере два года, а один был волонтером уже четыре года. Их возраст составлял от 28 до 45 лет.

Тюремная администрация разрешила одному из исследователей взять интервью у четырех добровольцев в частично приватной беседе в ходе посещения учреждения 21 августа 2007 г. Хотя интервью проводилось со всеми волонтерами одновременно, в помещении помимо заключенных, исследователя и двух переводчиков не было ни охранников, ни представителей администрации колонии.

В ходе второго посещения колоний и СИЗО Молдовы в октябре 2008 г. второму исследователю позволили взять интервью у трех волонтеров в колонии № 15 Крикова без свидетелей, в присутствии лишь одного из переводчиков.

Некоторые из наиболее значимых сведений, наблюдений и замечаний, полученных в ходе интервью, приводятся ниже. Из соображений конфиденциальности сведения, по которым можно было бы установить личность каждого из заключенных (в том числе источники цитат), не указаны.

- Четверо из семи волонтеров сказали, что ранее употребляли наркотики в инъекциях. Они также признали, что ранее неоднократно допускали рискованное поведение, даже когда знали, на какой риск они идут. Иногда у них просто не было выбора. По словам одного из волонтеров, «Я несколько лет находился в другой колонии до того, как меня перевели сюда. Там проекта еще не было, поэтому все время приходилось пользоваться общими иглами. Мы их сами затачивали, если они тупились». Один из волонтеров сказал, что никогда не употреблял наркотики до того, как попал в колонию, и добавил: «А тут я провожу половину своей жизни с людьми, употребляющими наркотики – соблазн был слишком велик, да и делать больше было нечего». Далее он сказал: «Лучший выход, конечно, не употреблять. Когда кто-то подходит ко мне в первый раз и просит иглу, я обычно отказываю или, по крайней мере, пытаюсь его отговорить колоться. Но, в конце концов, если уж он будет употреблять, лучше пусть хотя бы делает это чистым инструментом». Еще один волонтер сказал, что «люди употребляют или не употребляют по самым разным причинам. Если имеется чистый инструмент для инъекций, это вовсе не означает, что они с большей вероятностью начнут употреблять наркотики»

- “Есть такое мнение, что все исходящее от начальства всегда плохо. Поэтому лучше, если они будут подходить к нам, когда им что-то нужно. Некоторые из них наши друзья...и даже те, кого мы не очень хорошо знаем, тоже не чужие. Обычно мы их уже давно видим, и они нас давно видят. Они нам доверяют. Они знают - мы никому не скажем, что они к нам подходили и за чем подходили. Если бы я кому-то рассказал, меня бы по меньшей мере избили”. Другой волонтер заметил, что некоторые заключенные все равно побоятся сами подойти. “Поэтому человек может обменять много игл и шприцев, не только для себя. Он может принести инструменты, которыми пользовались другие, и обменять для них”
- Некоторые из волонтеров упоминали о необходимости проводить и метадоновую терапию, говоря, что многие заключенные хотели бы принимать терапию, вместо того чтобы продолжать употреблять. “Я знаю 30 человек, которые хотели бы перейти на метадон”, сказал один из них.
- Трое из волонтеров – все они ранее употребляли наркотики в инъекциях – сообщили, что у них положительный анализ на ВИЧ. Все они сказали, что открыто говорят о своем ВИЧ-положительном статусе в колонии, добавив, что редко, если вообще когда-либо испытывают открытую дискриминацию в связи со своим ВИЧ-статусом. Они объяснили отсутствие дискриминации со стороны персонала колонии и других заключенных косвенным воздействием проекта и его информационного компонента.
- Один волонтер сказал, что поскольку его ВИЧ-положительный статус известен, другие заключенные слушают его, когда он рассказывает им, как и зачем нужно предохраняться при инъекционном употреблении наркотиков и при половом контакте. Он добавил, что советует им обследоваться на ВИЧ, когда это возможно.



## 3. Оказание услуг

### 3.1 Аутрич-услуги по принципу «равный – равному»

Как уже отмечалось, проект НПО организован так, что материалы для снижения вреда распространяют волонтеры – аутричи из числа самих заключенных по принципу «равный – равному», и это позволяет клиентам получать услуги без страха, что об этом узнает тюремная администрация. Заключенные доверяют друг другу (в разумных пределах) в большей степени, чем сотрудникам тюрьмы, независимо от их должности и специальности. Заключенный, который доносит на своих – например, сообщает начальству о том, что другой заключенный обменивает иглы или шприцы – рискует быть избитым, если об этом станет известно.

НПО и медперсонал тюрьмы вместе определяют потенциальных волонтеров и проводят их обучение (см. вставку 1). Формальной системы мониторинга работы волонтеров нет, однако главврачи медсанчасти, которым НПО платит зарплату за осуществление общего контроля за деятельностью проекта в их учреждении, часто находят способ косвенным путем оценить качество оказания услуг по снижению вреда. В колонии № 4 в Крикове, например, Анатолий Визитиу, начальник медицинской службы, время от времени приватно обсуждает проект с заключенными, предупреждая, что их замечания останутся конфиденциальными. Он спрашивает заключенных об их впечатлениях о проекте и работе волонтеров с целью определить, получают ли клиенты то, что им нужно, наиболее удобным и адекватным способом. Также Визитиу обязательно спрашивает у нескольких заключенных, предоставляют ли волонтеры информацию о ВИЧ и правилах инъекционной безопасности<sup>48</sup>.

Количество укомплектованных волонтерами пунктов снижения вреда составило от двух до четырех в зависимости от учреждения. Эти пункты располагались в местах проживания волонтеров, будь то большая камера на 100 человек или маленькая – всего на два спальня места. Материалы хранятся в небольших металлических или деревянных шкафчиках с полками внутри. Дверь шкафчика закрыта, кроме момента раздачи материалов. Запираются шкафчики только в женской колонии в Руске, где открыть шкафчик может только волонтер своим ключом. По словам начальника мед. службы в Руске, шкафчики там запирают, чтобы не воровали<sup>49</sup>. Опрошенные волонтеры в других учреждениях сказали, что и они, и медицинский персонал, решили не запирают шкафчики на ключ, поскольку это указывало бы на недоверие к другим заключенным и отвращало бы их от участия в проекте. Ни один из опрошенных волонтеров в мужских тюрьмах не заметил каких-либо признаков воровства. Один волонтер добавил: «Да я все равно постоянно сам там нахожусь». Другой сказал: «У нас внутренние правила очень строгие. Никто ничего не трогает в мое отсутствие».

**Волонтеры предоставляют не только расходные материалы,  
но и информацию о ВИЧ-инфекции и здоровье**



### ВСТАВКА 3.

## Места лишения свободы в Молдове

В пенитенциарной системе Молдовы 17 учреждений: восемь тюрем (исправительных колоний), тюремная больница, колония для несовершеннолетних, пять мест предварительного заключения (СИЗО) и две “временно не действующие” (т.е. в настоящее время закрытые) колонии. По состоянию на 30 октября 2008 г. в восьми колониях содержались 6 986 заключенных и “чуть больше 1000” в пяти следственных изоляторах, что значительно меньше, чем в предыдущие годы, как показано ниже<sup>ii</sup>.

#### Динамика тюремного населения

Год	Общее тюремное население, включая содержащихся в СИЗО <sup>iii</sup>
1992	10 258
1995	9 781
1998	10 521
2001	10 037
2004	10 591

НПО, предоставляющая услуги и обучение снижения вреда, активно работает в шести колониях уже на протяжении нескольких лет, а недавно начала работать и в седьмой. Как только позволит финансирование, планируется расширить проект, охватив последнюю, восьмую колонию для взрослых. После этого встанет задача внедрить проект и в местах предварительного заключения.

Исследование, проведенное в августе 2007 г., включало в себя поездки в пять из шести колоний, где на тот момент действовал проект. В октябре 2008 г. исследователи посетили две из колоний (№ 4 и № 15 в Крикова), в которых побывали ранее в 2007 г., а также следственный изолятор

Четыре из пяти колоний относятся к учреждениям “полузакрытого типа” – это означает, что заключенных, как правило, не запирают в камерах, а позволяют им самостоятельно перемещаться по территории колонии. Пятая колония – № 15 в Крикове – является учреждением “закрытого типа” с более строгими ограничениями для заключенных. По словам Руслана Галуца, начальника службы режима и надзора этой колонии (интервью от 24 августа 2007 г.), там содержатся рецидивисты и лица, осужденные за “особо тяжкие” преступления – например, за умышленное убийство.

Внизу приведены краткие описания учреждений, которые посетили исследователи:

#### 1) Колония № 18 в Брзнешть

- Расположение: в 50 км (31 милье) от Кишинэу
- Количество заключенных (мужчины): около 1000 (август 2007 г.); 521 (30 октября 2008)
- Тип учреждения: "полузакрытое"
- Год начала проекта снижения вреда: 1999  
Количество отдельных пунктов снижения вреда: 4

#### 2) Колония № 4 в Крикова

- Расположение: в 20 км (12 милях) от Кишинэу
- Количество заключенных (мужчины): около 1 000 (август 2007 г.); 802 (30 октября 2008 г.)
- Тип учреждения: "полузакрытое"
- Год начала проекта снижения вреда: 2002
- Количество отдельных пунктов снижения вреда: 3

#### 3) Колония № 9 в Прункул

- Расположение: окрестности Кишинэу
- Тип учреждения: "полузакрытое"
- Количество заключенных (мужчины): 675 (август 2007 г.);
- Год начала проекта снижения вреда: 2005
- Количество отдельных пунктов снижения вреда: 2

#### 4) Колония № 7 в Руска

- Расположение: в 50 км (37 милях) от Кишинэу
- Тип учреждения: "полузакрытое"
- Количество заключенных (женщины): 280 (август 2007 г.);
- Год начала проекта снижения вреда: 2003
- Количество отдельных пунктов снижения вреда: 3

#### 5) Колония № 15 в Крикова

- Расположение: в 20 км (12 милях) от Кишинэу
- Тип учреждения: "закрытое"
- Количество заключенных (мужчины): 571 (август 2007 г.);
- Год начала проекта снижения вреда: 2005
- Количество отдельных пунктов снижения вреда: 2

### **Сведения об учреждениях**

Пять из шести колоний, где действовал проект в августе 2007 г., были мужскими колониями. Все шесть колоний различаются по условиям проживания заключенных. В некоторых большинство заключенных спят в больших общих камерах, где количество коек, зачастую тесно поставленных, может достигать 100. Впрочем, в последнее время в результате сокращения числа заключенных камеры, особенно большие, менее переполнены. В каждой

колонии обычно имеется и по несколько камер меньшего размера со спальными местами для 2–15 заключенных. Как правило, заключенные содержатся вместе вне зависимости от срока или статьи, по которой они осуждены. ВИЧ-положительные заключенные содержатся вместе со всеми, кроме больных открытой формой туберкулеза, которые (как и все заключенные с открытым туберкулезом) должны быть направлены на лечение в главную тюремную больницу. Однако в одной из колоний, которую посетили исследователи, все ВИЧ-положительные заключенные жили в отдельной камере, потому что (как объяснили исследователям) они предпочитали не находиться вместе с другими заключенными<sup>4</sup>.

Во всех пяти колониях предусмотрена трудовая деятельность для заключенных. По словам представителей администрации и сотрудников колоний, у которых брали интервью в августе 2007 г., участие в трудовой деятельности добровольное. В большинстве случаев заключенные должны подать просьбу о разрешении на работу, и многие рабочие места находятся не на территории колоний (за исключением учреждений “закрытого типа”). К возможностям трудовой деятельности относятся изготовление обуви, строительство, деревообработка и сельскохозяйственные работы (т.е. посевная и сбор урожая). Представители администрации колоний подчеркивали, что заключенным платят за работу, а деньги вносятся на их личный счет. Как было отмечено в ходе посещений в августе 2007 г., в некоторых колониях уровень участия в трудовой деятельности был довольно высок – до 50% всех заключенных. По словам генерального директора Владимира Трофима, “заключенные очень заинтересованы в работе из-за недавних изменений в законодательстве – теперь один день работы засчитывается за три дня срока, да и зарплата неплохая”<sup>4</sup>. Владимир Трофим с воодушевлением рассказывал о принимаемых мерах, направленных на то, чтобы дать заключенным больше возможностей для занятости и профессиональной подготовки, а также предоставить им более интересную работу. Он сказал, что по состоянию на 30 октября 2008 г. рабочие места имелись почти для 4000 заключенных.

Следственным изолятором, которые исследователи посетили в октябре 2008 г., был СИЗО № 11 в Бельцах, старейшее учреждение в Молдове, построенное в 1812 г. В нем три сектора (закрытый, полуоткрытый и открытый) и на 31 октября 2008 г. 409 заключенных, в том числе 16 женщин и 8 несовершеннолетних (для сравнения – 1000 мужчин, 60 женщин и 50 несовершеннолетних в среднем содержались там в 2002 году).

## Ссылки

- i. Интервью с Владимиром Трофимом, 30 октября 2008.
- ii. International Centre for Prison Studies (Международный центр пенитенциарных исследований), Prison Brief for Moldova (Обзор тюрем Молдовы). London: King's College, 2008. На сайте [http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief/wpb\\_country.php?country=155](http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief/wpb_country.php?country=155) (последний просмотр 16 января 2009 г.).
- iii. Данные из обзора тюрем Молдовы, выше, прим. 1.
- iv. Одно важное исключение было отмечено в Брэнешть: там “низшим в иерархии” заключенным была отведена отдельная камера.
- v. Интервью в колонии № 15 в Крикове, 30 октября 2008 г.
- vi. Интервью с Владимиром Трофимом, 30 октября 2008 г.

Некоторые волонтеры оформляют свои шкафчики, размещая на них или на соседних стенах информационные брошюры, буклеты, или плакаты. Независимо от внешнего вида, в каждом шкафчике имеются; шприцы разных размеров, презервативы, спиртовые салфетки, некоторые лекарства – например, троксевазин (препарат, применяемый при нарушении проходимости вен), брошюры и листовки с информацией о ВИЧ и правилах инъекционной безопасности. До 2007 г. (когда из-за недостатка финансирования эта практика была прекращена) раздавались также бритвенные принадлежности, поскольку совместное использование бритвенных станков нередко встречается в тюрьмах стран с низким и средним уровнем доходов и подвергает заключенных опасности заражения гемоконтактными инфекциями<sup>50</sup>. Помимо снижения риска гемоконтактных инфекций – в частности, гепатита С – есть еще один важный аргумент в пользу раздачи бритвенных станков через проекты снижения вреда: благодаря этому повод обратиться к волонтеру появляется у каждого заключенного, а не только у тех, кто делает что-то противозаконное, запрещенное или порицаемое другими. Таким образом, пользоваться услугами проекта становится обычным делом, и обратиться к волонтеру легко даже тому, кто в ином случае не решился бы на это, боясь, что о его поведении станет известно.

С периодичностью примерно в 10 дней волонтеры приносят начальнику медицинской службы контейнер с использованным материалом. Они подписывают форму, в которой указано количество использованных шприцев и игл в ведре. В обмен на это волонтеры получают чистые шприцы и иглы. Однако они могут попросить и получить их больше или меньше в зависимости от спроса и тенденций. Кроме того, согласно инструкции, начальник медсанчасти должен быть готов выдать волонтеру дополнительное количество игл и шприцев, если они закончились раньше срока возврата использованных материалов. Использованные шприцы и иглы сжигаются на территории учреждения.

Каждый раз при посещении медицинской службы для возврата использованных шприцев и игл волонтеры сообщают о количестве и видах других выданных заключенным материалов – в том числе презервативов, лекарств, спиртовых салфеток, брошюр и т.д. Запасы этих материалов пополняются по мере необходимости, в основном исходя из спроса и тенденций использования.

Важно отметить, что во время таких бесед волонтер сообщает начальнику медсанчасти только сведения о количестве выданных игл, шприцев, презервативов, брошюр и т.д. При этом никто не называет имен, кодовых номеров или каких-либо других данных. Затем начальники медсанчасти передают полученные сведения в

НПО, а организация использует их для планирования будущих поставок материалов. Кроме того, НПО приводит эти данные в отчетах, которые регулярно направляет финансирующим организациям и руководству пенитенциарной системы.

### **Использованные шприцы обрабатывают раствором хлорамина и затем сжигают**



Некоторые волонтеры и персонал тюрем смогли сообщить приблизительные данные о количестве клиентов и выданных материалов. Ниже приводятся примеры таких данных:

- Среднее число клиентов (сюда входят и те заключенные, которым не нужны иглы и шприцы, а требуются только презервативы или информационные брошюры):
  - Колония № 4 в Крикова (20 августа 2007 г.): около 10 в день (на каждого волонтера)

- Брэнешть (21 августа 2007 г.): по подсчетам четырех волонтеров: 50–60 в день, 30 в день, 70–80 в день, 40–50 в день, соответственно.
  - Прункул (22 августа 2007 г.): 700 в месяц (на каждого волонтера)
  - Колония № 15 в Крикова (30 октября 2008 г.): по подсчетам одного из волонтеров, у него 15–20 клиентов в день, а по подсчетам другого – до 40, «но редко менее 30».
- Среднее число розданных материалов:
    - Брэнешть (21 августа 2007 г.): 800 шприцев каждый по всему учреждению еженедельно (на каждого волонтера)
    - Прункул (22 августа 2007 г.): 600 шприцев и 600 презервативов раздается каждый месяц на одном пункте (на каждого волонтера)
    - Руска (23 августа 2007 г.): 1100 игл обменено в июле 2007 г. по всему учреждению (из слов начальника медицинской службы )
    - Колония № 15 в Крикова: по подсчетам двух волонтеров – от 400 до 500 шприцев и игл в месяц и 200 шприцев и игл в месяц, соответственно. По подсчетам одного волонтера, он раздает 400 презервативов в месяц, а другой сказал, что раздает порядка 50–60 в месяц.

На всех пунктах имеется широкий набор шприцев разных размеров. Самыми популярными, по словам Ларисы Пинтилей и опрошенных волонтеров-аутричей, являются размеры 1, 2 и 5 мл. Обеспечить наличие шприцев разного размера очень важно: оценка программы обмена игл и шприцев в Германии показала, что многие заключенные не обращались в программу, поскольку там не было наиболее востребованных размеров шприцев<sup>51</sup>.

Помимо этого, координатор проекта Лариса Пинтилей сказала, что по состоянию на август 2007 года организация раздала в среднем 7 600 шприцев и игл ежемесячно во всех шести колониях. Количество выданных презервативов варьировало от 1500 до 3000 в месяц, добавила она. Пинтилей отметила существенные различия между колониями, причем самый высокий спрос был отмечен в Брэнешть (где заключенные моложе и более значительная их часть отбывает наказание по обвинениям, связанным с наркотиками). Она также сообщила, что наблюдается повышение спроса шприцев весной и летом.<sup>52</sup> Общее количество обмененных игл и шприцев

в тюрьмах Молдовы выросло с 3 650 в 2000/2001 гг., когда проект осуществлялся только в колонии Брэнешть, до 84 280 в 2006/2007 гг.

## 3.2 Обучение

Как уже отмечалось, обучение с самого начала было одним из основных направлений работы НПО. Организация проводит обучение на регулярной основе во всех учреждениях, где действует проект, уделяя основное внимание новым заключенным и недавно принятым на работу сотрудникам. На тренингах обсуждаются все аспекты ВИЧ-инфекции, включая вопросы ее распространения и профилактики заражения, а также другие актуальные заболевания, такие как гепатит и ИППП. Затем ведущие тренингов объясняют, как работает проект снижения вреда, и какие задачи перед ним ставятся. Они также подчеркивают конфиденциальный характер проекта, призывают заключенных пользоваться его услугами и объясняют соответствующие вопросы законодательства и политики – например, тот факт, что волонтеры, раздавая иглы и шприцы, не занимаются противозаконной деятельностью, и что заключенные по закону могут иметь инъекционный инструментарий, но при обнаружении запрещенных веществ будут наказаны.

Тренинги проводят как сотрудники НПО, так и приглашенные консультанты. В первые несколько лет в каждом учреждении проводилось до шести тренингов в месяц. Хотя из-за финансовых ограничений НПО была вынуждена сократить количество тренингов, и организация, и персонал тюрем считают их крайне необходимыми. Георге Кирилэ, начальник учреждения в Руске, сказал: «Гораздо лучше работать с теми, кто хорошо информирован – как с сотрудниками, так и с заключенными»<sup>53</sup>.

## 3.3 Бюджет

В ноябре 2008 г. Пинтилей сообщила общий бюджет деятельности НПО в семи исправительных учреждениях<sup>54</sup>. Из общей суммы в размере 37 541 дол. США, 12 650 долларов пошли на оплату труда, 9 240 долларов на закупку презервативов, шприцев и других материалов снижения вреда, 2 244 доллара на административные расходы и 13 407 доллара на «прочие расходы» из которых 2 300 доллара были потрачены на стимуляцию волонтеров.



## 4. Оценка проекта

В некотором смысле трудно оценить воздействие работы проекта по снижению вреда. Обстановка в тюрьмах не бывает статичной; постоянно происходит смена состава заключенных, что мешает собирать статистически актуальную информацию. В отсутствие строгой статистики есть соблазн сделать выводы на основе единичных наблюдаемых случаев и общих тенденций. Но в интересах аккуратности и возможности распространения модели проекта, этому искушению поддаваться нельзя.

В ответ на вопрос о воздействии Лариса Пинтилей сообщила, что за все эти годы и НПО и тюремная администрация накопили многочисленные убедительные подтверждения положительного воздействия проекта. «Каждый раз по мере внедрения проекта в очередную колонию, мы наблюдаем уменьшение количества новых случаев ВИЧ инфекции и вирусных гепатитов В и С. Главная цель проекта достигается: каждый нуждающийся заключенный, в колонии где проводится проект имеет доступ к стерильному инструментарию, презервативам, информационным материалам, тестированию на ВИЧ и получению АРВ или заместительной терапии. В Молдавских тюрьмах практически отсутствуют случаи дискриминации по отношению к ВИЧ – инфицированным заключенным. Но в то же время, мы признаем ограниченность наших данных и мы не можем представить научные доказательства того, что снижение количества инфекций обусловлено проектом. Мы бы хотели получить дополнительное финансирование и помощь для проведения досконального исследования эффективности проекта»<sup>55</sup>.

Обзор проведенных исследований и другой имеющейся информации о программах обмена игл и шприцев в тюрьмах всего мира указывает на то, что рандомизированные клинические исследования, которые считаются золотым стандартом оценки эффективности, было бы очень трудно, если вообще возможно, провести

в тюремных условиях<sup>56</sup>. Во всех странах, где изучались программы обмена игл и шприцев в тюрьмах, этическими комитетами были отклонены предложения о проведении рандомизированных клинических исследований на том основании, что в свете имеющихся обширных доказательств эффективности программ обмена игл и шприцев среди общего населения, а также других факторов, сравнение исходов у двух аналогичных групп заключенных, имеющих и не имеющих доступа к программам обмена, было бы неэтичным. Обзор исследований показывает, что «во всех тюрьмах, кроме одной, где общее использование инструментария не прекратилось из-за того, что не было обеспечено достаточное количество игл и шприцев, все имеющиеся оценки указывают либо на прекращение общего использования инъекционного инструментария при реализации ПОШ [программы обмена игл и шприцев, либо на значительное снижение]»<sup>57</sup>. В обзоре говорится следующее:

*Ни в одной из оценок не было отмечено новых случаев ВИЧ-инфицирования. В пяти тюрьмах из шести, где проводились анализы на ВИЧ и гепатит, не было отмечено случаев сероконверсии, а самоотчеты других тюрем также указывали на отсутствие новых случаев инфицирования. В еще одной тюрьме, где путем повторного тестирования выявлялись случаи ВИЧ, гепатита В (HBV) и гепатита С (HCV), не было отмечено сероконверсии ВИЧ и HBV, но отмечены четыре случая сероконверсии HCV, один из которых несомненно произошел уже в тюрьме»<sup>58</sup>.*

Далее отмечается:

*Кроме того, доказано, что с осуществлением ПОШ ассоциировались дополнительные положительные эффекты, в том числе: сокращение случаев передозировок и смертности от передозировок, более частые контакты заключенных с программами лечения наркозависимости; сокращение числа абсцессов, улучшение взаимоотношений между заключенными и персоналом, повышение уровня осведомленности о путях передачи инфекции и рискованном поведении и повышение уровня безопасности персонала в результате снижения числа случайных травм инъекционным инструментарием в ходе досмотра камер»<sup>59</sup>.*

И наконец, в обзоре указано, что «ни в одной из тюрем, где действовали ПОШ, не отмечено случаев использования шприцев в качестве оружия» и что «наличие стерильного инъекционного инструментария не привело к увеличению числа употребляющих наркотики заключенных, к более интенсивному употреблению наркотиков в целом или к увеличению количества наркотиков в тюрьмах»<sup>60</sup>.

Подобные благоприятные результаты были зарегистрированы, хотя не всегда с такой научной строгостью, и в пенитенциарных учреждениях Молдовы.

## Сокращение случаев ВИЧ-инфицирования

Несколько эпидемиологических исследований, проведенных в тюрьмах Молдовы после начала проекта, показывают, что с годами процент заключенных с ВИЧ-инфекцией сокращается. Лариса Пинтилей и начальники медицинских служб колоний, где проводится проект, также сообщают о снижении числа новых случаев инфицирования ВИЧ, гепатитом С и ИППП.

- Колония № 18 Брэнешть: руководитель медицинской службы колонии Николай Бодруг сослался на результаты нескольких кампаний по забору крови на анализ, проведенных после начала проекта в колонии Брэнешть в 1999 г. Он сказал, что по результатам одной из первых кампаний ВИЧ-инфекция была «у каждого девятого» заключенного, а по итогам последней по времени кампании лишь «каждый семнадцатый» заключенный оказался ВИЧ-положительным<sup>61</sup>.
- Колония № 9 Прункул: руководитель медицинской службы колонии Игорь Жалба сказал, что кампания по забору крови на анализ, проведенная в 2005 г. – в год начала проекта в этой колонии – выявила восемь ВИЧ-положительных результатов из 128 обследованных заключенных. Год спустя ни у одного из 35 обследованных заключенных не был обнаружен ни один случай инфицирования ВИЧ. И.Жалба добавил также, что среди 35 обследованных в 2006 г. было диагностировано пять случаев сифилиса. Хотя у начальника медицинской службы не было под рукой данных за 2005 год для сравнения, по его словам «тогда явно было больше случаев [сифилиса]»<sup>62</sup>.

- Колония № 7 Руска: По словам начальника колонии Георге Кирилэ, в его учреждении был самый высокий во всей уголовно-исполнительной системе процент ВИЧ-положительных заключенных – 12%, или 24 человека – на момент начала проекта в 2003 г. Эти данные были основаны на результатах анализа крови, проведенного, по его словам, добровольно всем заключенным. Два года спустя общее число ВИЧ-положительных заключенных составило 11 человек. Эта цифра, по словам Кирилэ, также была основана на результатах кампании обследования всех заключенных<sup>63</sup>.

Колония № 15 в Крикове: тогдашний руководитель медицинской службы колонии Олег Бурдужа сказал, что кампания по забору крови на анализ, проведенная в 2005 г., выявила 16 случаев ВИЧ-инфекции. Два года спустя, по его словам, в результате очередной кампании было диагностировано лишь семь случаев. Бурдужа указал, что в обоих случаях кампаниями обследования была охвачена примерно одна десятая всех заключенных, находившихся в учреждении на тот момент<sup>64</sup>.

Хотя такая динамика может быть результатом воздействия нескольких факторов, подавляющее большинство употребляющих инъекционные наркотики заключенных в тюрьмах Молдовы сообщают, что никогда не пользуются общим инъекционным инструментарием<sup>65</sup>. В сочетании с доказательствами распространенности употребления инъекционных наркотиков в местах лишения свободы и данными о росте числа заражений ВИЧ-инфекцией людей, употребляющих наркотики, среди общего населения<sup>66</sup>, есть основания считать, что программа НПТ по снижению вреда успешно достигла своей главной цели – позволила сократить рискованное поведение и помогла заключенным защититься от вреда, наносимого наркотиками.

Что не менее важно, опыт Молдовы соответствует опыту других пенитенциарных систем, реализовавших программы обмена игл и шприцев: сотрудники исправительных учреждений подчеркивают, что проект не привел к негативным последствиям, зато, по наблюдениям тех, кто непосредственно работает с заключенными, персоналом колоний и медиками, принес много важных дополнительных преимуществ.

## **Сокращение количества инъекционных приспособлений, выброшенных на территории колонии**

Начальник учреждения в Руске Георге Кирилэ сказал, что с начала проекта в 2003 году наблюдается отсутствие выброшенных на территории учреждения инъекционных приспособлений. В результате, по его словам, повысился уровень безопасности, как заключенных, так и персонала<sup>67</sup>.

## **Создание положительной мотивации у заключенных**

По словам Кирилэ, проект помог сформировать у заключенных мотивацию в большей степени заботиться о собственном здоровье. Одна из причин, по его мнению – то, что заключенные поверили в готовность и способность администрации поддержать их и помочь им. По словам Кирилэ, «У них теперь есть необходимая информация для того, чтобы просить и требовать помощи» для сохранения своего здоровья, не ограничиваясь вопросами употребления наркотиков или ВИЧ-инфекции<sup>68</sup>. Замечания Кирилэ повторил и Олег Бурдужа, тогдашний начальник медицинской службы учреждения № 15 в Крикова. Он отметил, что по мере того, как «охранники и заключенные больше узнают о ВИЧ, они более склонны принимать меры, чтобы защитить себя»<sup>69</sup>.

## **Снижение уровня ИППП среди заключенных**

Бурдужа сказал: «Мы заметили по медицинским картам сокращение случаев сифилиса и других ИППП, включая трихомоноз». Он объяснил эти тенденции наличием презервативов благодаря проекту снижения вреда<sup>70</sup>.

## **Снижение риска для персонала колоний**

Руслан Галупа, начальник службы безопасности учреждения № 15 в Крикова, сказал, что проект позволил повысить уровень безопасности и защищенности охранников и другого персонала колонии. Он привел три основные причины<sup>71</sup>:

- До начала проекта большинство сотрудников ничего не знали о ВИЧ-инфекции. Проводимые в рамках проекта учебные занятия дают персоналу подробную информацию о передаче ВИЧ и защите от инфекции. Эти знания помогают им принимать более разумные решения и снижают страх перед неизвестным.
- Охранникам гораздо реже попадаются выброшенные на территории колонии иглы и шприцы. А те, которые попадают, с меньшей вероятностью заражены ВИЧ или вирусом гепатита С, поскольку с учетом постоянной доступности чистых игл для заключенных, этот инструментарий, скорее всего, использовался лишь одним человеком.
- До начала проекта употреблявшие наркотики заключенные были нередко вынуждены использовать инъекционный инструментарий повторно или совместно с другими. Многие прятали иглы и шприцы у себя в одежде или под кроватью. Это серьезно повышало риск укулов иглой и других травм для тюремного персонала при досмотре заключенных или жилых помещений. Но с началом проекта заключенные могут избавляться от использованных игл сравнительно быстро и безопасно, поскольку знают, что при необходимости получают новые. В результате персонал колонии значительно меньше подвержен риску травматизма.

Следует отметить, что в отличие от программ обмена игл и шприцев в тюрьмах Западной Европы<sup>72</sup> в рамках проводимого в Молдове проекта заключенным не выдают пластиковые контейнеры для инъекционного инструментария. Отсутствуют правила, которые предписывали бы заключенным хранить инъекционный инструментарий в специальных контейнерах или в каком-то определенном месте жилой зоны. Вначале решение не выдавать пластиковые контейнеры было принято по экономическим причинам, а впоследствии стало ясно, что проект успешен и безопасен и без таких контейнеров, поэтому было решено, что они не нужны<sup>73</sup>.

## **Сокращение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ**

Два респондента – Олег Бурдужа, тогдашний начальник медицинской службы учреждения № 15 в Крикова, и Георге Кирилэ, начальник учреждения в Руске, сказали, что благодаря проекту удалось снизить уровень стигмы и дискриминации со стороны

как персонала, так и заключенных в отношении тех заключенных, о которых было известно или предполагалось, что они ВИЧ-положительные. Причиной, по мнению обоих респондентов, были информированность и понимание проблемы. В результате обучения и широкой доступности брошюр и других информационных материалов большинство заключенных и сотрудников знают, как и почему может передаваться ВИЧ, т.е., к примеру, что он не может передаваться при обычном прикосновении или совместном использовании посуды и бытовых предметов.

Бурдужа сказал, что и до начала проекта ВИЧ-положительных заключенных нередко игнорировали другие заключенные, обрекая на положение отверженных. Он добавил, что по сравнению с началом проекта в 2005 году заключенные с ВИЧ в гораздо большей степени интегрированы в тюремном сообществе.

Бурдужа также указал, что такое явное снижение связанной с ВИЧ стигмы и дискриминации подчеркивает необходимость регулярного обучения и просвещения. Это единственный, по его мнению, способ не потерять достигнутое, если учесть, что в колонию постоянно прибывают новые заключенные и почти так же часто на работу приходят новые охранники. По его наблюдениям, большинство новичков допускают дискриминацию и стигму на основании фактического или предполагаемого ВИЧ-статуса заключенных, поскольку мало что знают о заболевании.

## **Влияние на общество в целом**

Лариса Пинтилей выразила мнение, что просветительские элементы проекта не могут не оказать положительного влияния на общество в целом<sup>74</sup>. «Заключенные, отбыв срок, выходят из колонии. Те из них, кто уже знает о ВИЧ-инфекции и снижении вреда, с большей вероятностью будут продолжать принимать меры по защите собственного и чужого здоровья и за стенами тюрьмы. Их личный пример и объяснения повлияют на их семьи, друзей, партнеров по употреблению наркотиков, половых партнеров. Так будет достигнута существенная польза не только для здоровья каждого из них, но и для здоровья всего общества».

Охрана общественного здоровья выиграет в еще большей степени, по мнению Пинтилей, из-за того, что тюрьмы являются особо опасной средой для распространения ВИЧ, гепатита С, туберкулеза и ИППП. Снижение частоты этих заболеваний в тюрьмах – важный шаг к снижению заболеваемости среди общего населения.

#### ВСТАВКА 4.

### **Метадоновая терапия для наркозависимых заключенных**

Молдова начала применение метадоновой терапии (МТ) в октябре 2004 г. и была первой из стран бывшего СССР, внедрившей МТ в пенитенциарных учреждениях в июле 2005 г.

Имеются обширные документальные подтверждения преимуществ проведения метадоновой терапии (МТ) в тюрьмах<sup>i</sup>. Международные организации, в том числе Управление ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС, рекомендуют: “[т]юремные администрации в странах, где ОЗТ предоставляется гражданскому населению, должны срочно внедрять программы ОЗТ и распространять их как можно скорее”<sup>ii</sup>.

Как отметил Виктор Вовк, заместитель начальника Медицинского Управления Департамента пенитенциарных учреждений, на 1 октября 2008 г. в программах МТ участвовали 40 заключенных молдавских тюрем, в то время как в августе 2007 г. их было 22<sup>iii</sup>. С момента начала программы в 2005 г. метадон общим итогом получили 120 заключенных, находясь в местах лишения свободы.

Виктор Вовк сказал, что число участвующих в программе заключенных постепенно растет, с тех пор как упрощены критерии приема в программу, а сама программа внедрена в еще большем числе учреждений, в том числе в женской колонии в Руске<sup>iv</sup>.

#### ***История программ МТ в тюрьмах***

Первый шаг к внедрению МТ в тюрьмах был сделан в 2003 году, когда сотрудники Фонда Сорос-Молдова обратились в Департамент пенитенциарных учреждений с предложением ввести МТ в тюрьмах одновременно с началом программ метадоновой терапии среди гражданского населения Молдовы или вскоре после этого. Помимо прочего, сотрудники Фонда указали на успех проекта НПО по снижению вреда и высказали предположение, что МТ дополнит работу этого проекта, предоставив дополнительные возможности заключенным, стремящимся снизить вред, наносимый наркотиками их здоровью.

В департаменте дали предварительное согласие, но сказали, что принимающим решение руководителям потребуется дополнительная информация о том, как будет работать такая программа. В мае 2004 г. Владимир Царану, начальник Медицинского Управления Департамента, совместно с Владимиром Трофимом, генеральным директором Департамента, и Думитру Латичевски<sup>v</sup>, отправились в Канаду с ознакомительной поездкой, которую профинансировала Международная программа снижения вреда в Нью-Йорке и организовала Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу. Гости посетили программы МТ в нескольких тюрьмах и вне тюрем, пообщались со специалистами, участвовавшими в разработке и осуществлении программы МТ в пенитенциарной системе, поговорили с заключенными, принимающими МТ. Встретились они и с сотрудниками тюрем, которые сказали, что поначалу относились к программе скептически, но потом полностью под-

держали ее, увидев ее положительное влияние не только на здоровье заключенных, но и на обстановку в тюрьмах. У Царану также появилась возможность познакомиться с экспертами-консультантами из Нидерландов, которые с ним и с его коллегами объехали несколько колоний Молдовы.

Вскоре после поездки в Канаду все уполномоченные государственные органы дали добро на программу. Покидая Канаду, Владимир Трофим сказал канадским коллегам, что он убедился в преимуществах программы и незамедлительно начнет ее в пенитенциарных учреждениях у себя в стране. Сотрудники возглавляемого Царану департамента начали объяснять суть программы администрации и персоналу колоний, особенно работникам медсанчасти (которым и предстояло проводить лечение заключенных метадонем). После этого брошюры о программе, в которых особо подчеркивались преимущества МТ для охраны здоровья, были разосланы в несколько колоний. Заключенным, которые соответствовали критериям, предлагали подавать просьбы об участии в программе.

Критерии допуска к участию в программе как в тюрьмах, так и среди населения в целом, поначалу были очень строгими и резко ограничивали доступность программ. Критерии были следующими: 1) наркотическая зависимость не менее двух лет, причем основным методом введения наркотика являются инъекции; 2) ВИЧ-положительный статус; 3) прием АРТ и 4) очевидные доказательства сильного желания участвовать в программе и в особенности, прекратить употреблять наркотики. Для соблюдения четвертого критерия заключенный, например, мог направить письмо администрации колонии с указанием того, как и почему употребление наркотиков разрушило его жизнь.

В первый период подачи заявок с просьбой об участии в программе обратились всего 10 заключенных. В июле 2005 г. четверо из них были отобраны специальной комиссией в составе представителей администрации пенитенциарной системы. Вначале все четыре участника были помещены в специальную тюремную больницу, чтобы администрация могла вести тщательный мониторинг программы. Но уже через год обязанность выдавать метадон была делегирована медицинским работникам колоний на местах.

В последнее время упрощены критерии отбора в программу, а проведенная международными экспертами оценка продемонстрировала и другие позитивные изменения, которые привели к повышению доступности и качества МТ в исправительных учреждениях<sup>vi</sup>. Главный документ, регулирующий применение МТ в Молдове, приказ Министерства здравоохранения от 2003 года “О заместительной терапии для наркозависимых”, был изменен в 2008 году. Сейчас для участия в программе МТ нужно только осознанное согласие пациента с опиоидной зависимостью. Пациент не должен быть моложе 18 лет. Наличие ВИЧ, туберкулеза и гепатита С являются дополнительными показаниями для МТ<sup>vii</sup>. Среди других важнейших изменений – возможность продолжать МТ в поддерживающих дозах в местах лишения свободы дольше полугода. Ранее пациенты должны были в течение шести месяцев постепенно снижать свою дозу метадона<sup>viii</sup>.

Несмотря на позитивные изменения, общее число получающих МТ заключенных остается очень низким. Виктор Вовк отметил, что если вначале было трудно убедить директоров колоний в необходимости начать МТ в их учреждении, “сейчас это изменилось,

и персонал относится к этому с большей толерантностью и пониманием<sup>ix</sup>. Он добавил: “Сегодня многие начальники колоний хотели бы завести у себя программу МТ. Мы все видим хорошие результаты. Заключенные теперь тоже знают о программе, и многие хотят и стремятся начать лечение”. Один из тех, кто своими глазами увидел позитивные результаты программы – Константин Бырка, ответственный за проведение программы в колонии № 15 в Крикове с 2007 года. По его словам, “эту программу следовало начать гораздо раньше. У нас сократились многие проблемы. Заключенные на метадоне чувствуют себя намного лучше, они гораздо более дисциплинированы – не ищут постоянно наркотик, как раньше, а реально стараются выздороветь<sup>x</sup>”.

Получающие МТ заключенные, с которыми одному из исследователей удалось поговорить почти без свидетелей<sup>xi</sup>, также подолгу рассказывали о позитивном влиянии лечения на их здоровье и общее состояние. Один из заключенных, живущий с ВИЧ, сказал: “До того как начать [лечение], я большую часть времени лежал в медсанчасти. Теперь я чувствую себя хорошо”. Другой сказал: “Раньше я был нервным, неуравновешенным, все время думал только о том, как достать наркотик. Теперь я стал спокойнее и увереннее; я могу принимать правильные решения и думать о будущем”. Третий заключенный добавил: “Метадоновая терапия – большое облегчение. Я теперь могу думать о том, что мне нужно, а не только о наркотиках, как раньше. Моя мать, братья и сестры все очень рады, и я знаю, что когда освобожусь, смогу помогать им, а не буду для них постоянной обузой”.

## ***Вызовы и препятствия***

Нынешний и бывший руководители Медицинского Управления Департамента пенитенциарных учреждений признали, что с момента своего начала программа столкнулась с многочисленными проблемами. Вот некоторые из них:

### **Ограниченная доступность МТ для населения в целом**

Несмотря на недавнее значительное увеличение числа принимающих МТ пациентов среди гражданского населения (с 17 в июле 2007 г. до примерно 140 в августе 2008 г.), а также несмотря на многие другие серьезные улучшения в организации МТ в Молдове<sup>xii</sup>, общее число получающих МТ остается очень низким – менее одного процента от предполагаемого числа употребляющих опиаты в инъекциях. По состоянию на август 2008 года программы МТ действуют лишь в столице Кишинэу и в другом крупном городе – Бельцах.

Хотя программы МТ Министерства здравоохранения и Департамента исправительных учреждений не связаны между собой, низкая доступность МТ населению в целом негативно влияет на доступность и непрерывность МТ в исправительных учреждениях. Руководители медицинских служб и их персонал тесно сотрудничают с Министерством здравоохранения, чтобы заключенных, принимавших МТ в местах лишения свободы, автоматически допускали в программы метадоновой терапии по их освобождению из колонии. “Мы активно работаем над обеспечением непрерывности лечения. Мы даем им [принимающим МТ заключенным перед освобождением] справку с указанием их дозы, чтобы

они могли попасть в программу метадоновой терапии в течение одного часа с момента освобождения”<sup>xiii</sup>, – сказал Бырка. – “Если возникают проблемы, мы их решаем совместно с нашими коллегами из программ для гражданского населения. Но у заключенных, которые не из Кишинэу или Бельц, возникает проблема”.

### **По-прежнему низкая доступность МТ в исправительных учреждениях**

Все согласились с тем, что необходимо значительно увеличить количество мест в программах метадоновой терапии и количество исправительных учреждений, в которых такие программы действуют: заключенные и сотрудники колоний, где существуют программы МТ, говорили о том, что многие другие заключенные хотели бы и должны были бы иметь возможность воспользоваться программой; заключенные и персонал колоний, где программы МТ отсутствуют, говорили, что давно пора эти программы расширить, чтобы было охвачено и их учреждение, а международный эксперт, оценивавший МТ в Молдове, призвал расширить доступ к таким программам<sup>xiv</sup>.

Также важно в приоритетном порядке сделать программы доступными хотя бы в некоторых местах предварительного заключения и обеспечить, чтобы заключенные, получавшие МТ на момент ареста, могли не прерываясь продолжать терапию и в предварительном заключении. Преодоление абстинентного синдрома без какой-либо помощи может быть приравнено к жестокому и необычному наказанию, а пациенты, не имеющие возможности продолжить лечение в период содержания под стражей, впоследствии нередко возвращаются к употреблению наркотиков в инъекциях<sup>xv</sup>. В ходе посещения СИЗО в Бельцах один из исследователей провел частично приватное интервью с заключенным, живущим с ВИЧ, который до ареста был клиентом метадоновой программы. Его доставили в СИЗО накануне; у него начинался синдром отмены метадона – заключенный был в панике и просил о помощи. Совершенно очевидно, что он должен был бы иметь возможность продолжать терапию без перерыва.

### **Возражения со стороны представителей других государственных структур**

По словам Царану, весьма серьезная проблема возникла с самого начала как непосредственный результат широкой и постоянной доступности российских средств массовой информации. Почти все молдаване, особенно люди постарше, знают русский язык. Поэтому мимо них не проходят “антиметадоновые” публикации, которые регулярно появляются в российских газетах и других СМИ. Царану сказал, что такие сюжеты оказали сильное влияние на Министерство юстиции Молдовы, чье резкое сопротивление программам МТ удалось преодолеть только благодаря серьезным усилиям Минздрава. Чиновникам Министерства юстиции в итоге было отдано распоряжение не препятствовать разрешенному законом использованию метадона для лечения наркотической зависимости. Главная битва, по словам Царану, была выиграна Министерством здравоохранения, когда ему удалось получить разрешение на программы МТ в рамках общей системы медицинского обслуживания. К тому времени как к этой деятельности подключился Департамент пенитенциарных учреждений, победа уже была практически одержана.

### “Утечка” мета

И нынешний, и бывший руководители медицинской службы Департамента исправительных учреждений говорили о том, что поначалу высказывались опасения относительно возможной “утечки” метадона. Царану сообщил о случаях, когда заключенные в программах МТ пытались дать взятку медработникам, чтобы те позволили им передать метадон заключенным, не участвующим в программе. Он также упомянул о ситуациях, когда другие заключенные заставляли участников программ вызвать у себя рвоту после приема дневной дозы метадона. Затем выделенное с рвотой вещество высушивалось, и его употреблял другой заключенный.

При этом Царану и Вовк указали, что эти проблемы удалось успешно решить по примеру других пенитенциарных систем, применяющих программы МТ<sup>xvi</sup>. Теперь метадон выдают под строгим контролем в присутствии трех человек, наблюдающих за приемом дозы: врача, фельдшера и охранника. Клиент, выпив дозу, не уходит еще по крайней мере десять минут, и его заставляют говорить, чтобы убедиться, что он проглотил дозу. Вовк указал и на другую причину отсутствия проблемы “утечек” метадона в данный момент: поскольку в каждой колонии в программе МТ участвуют по несколько человек, такая группа саморегулируется, и ее члены защищают друг друга. “Если на кого-то оказывает давление другой заключенный, группа его защищает. Если члены группы не могут справиться с проблемой своими силами, они ставят в известность медперсонал, и человеку помогают. Такая система хорошо работает, и “утечек” не бывает”<sup>xvii</sup>.

### Дефицит метадона

Метадон хранится в сейфе в тюремной аптеке, оборудованной охранной сигнализацией. Инструкциями по организации метадоновой программы установлено, что в колонии одновременно не должно храниться более 10-дневного запаса метадона. Это правило, по словам Царану, было в свое время установлено по той причине, что метадон официально в Молдове запрещен и считается опасным наркотиком. Он добавил, что такое правило очень мешает, поскольку создает трудности в связи с необходимостью частой транспортировки метадона для обеспечения регулярных поставок. Он выразил надежду на упрощение этого порядка в будущем, когда программа займет более прочное положение и к ней привыкнут некоторые ключевые фигуры, особенно ее оппоненты в правоохранительных органах.

### Ссылки

- i. Р. Юргенс, А. Болл, А. Верстер. Меры, направленные на снижение уровня распространения ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков в местах лишения свободы, *Lancet Infectious Diseases* 2009; 9: 57–66; ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС. *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: лечение наркотической зависимости. Аргументы в пользу действий – серия аналитических обзоров*. На сайте [www.who.int/hiv/du/prison/en/index.html](http://www.who.int/hiv/du/prison/en/index.html) или [www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html](http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html).

- ii. Там же.
- iii. Интервью с Виктором Вовком 30 октября 2008.
- iv. В 2005 году программа была впервые начата в колонии № 16; к октябрю 2008 г. она стала доступна еще в четырех учреждениях: колониях № 6, 7, 15 и 18.
- v. Эксперт в области здравоохранения, который в течение нескольких лет, занимая различные посты, внес большой вклад в развитие целого ряда медицинских программ в тюрьмах Молдовы, а сейчас управляет грантами ГФ СТМ в Женеве.
- vi. Subata E. *Evaluation of Opioid Substitution Therapy in the Republic of Moldova*. Вильнюс: Вильнюсский наркологический центр, 2008.
- vii. Там же.
- viii. Там же.
- ix. Интервью с Виктором Вовком, 30 октября 2008 г.
- x. Интервью в Крикове, 30 октября 2008.
- xi. В присутствии переводчиков, а также заключенных, принимающих МТ.
- xii. Subata, выше, прим. 6.
- xiii. Интервью в Крикове, 30 октября 2008 г.
- xiv. Там же.
- xv. ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС, выше, прим. 1, со ссылкой на публикации Gruer L, Macleod J (1997). Interruption of methadone treatment by imprisonment [letter]. *British Medical Journal*, 314: 1691; Shewan D, Gemmell M, Davies JB (1994). Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons. *Soc Sci Med*, 39(11): 1585–1586.
- xvi. Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу. Поддерживающая терапия метадонам в исправительных учреждениях: Обзор фактов. Торонто, 2008. Имеется на английском <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=163> и на русском языках <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=164>.
- xvii. Интервью с Виктором Вовком, 30 октября 2008 г.



## 5. Проблемы и вызовы

В своих попытках организовать постоянно действующие, надежные и комплексные службы снижения вреда для максимально возможного числа заключенных НПО и ее союзники сталкивались и продолжают сталкиваться с многочисленными проблемами и вызовами. Некоторые трудности, особенно связанные непосредственно со структурой проекта, удалось преодолеть. Менее преодолимые барьеры, как правило, упираются в одну главную проблему: хронический дефицит средств, как у НПО, так и у ее государственных партнеров.

В этом разделе перечислен ряд наиболее значимых прошлых, настоящих и продолжающихся проблем. Все участники проекта согласились с тем, что первая из проблем в разделе 5.1 возникает постоянно, и ее адекватное решение очень важно.

### 5.1 Противодействие со стороны администрации и персонала колоний

Как отмечено ранее в этом отчете, тюремный персонал на всех уровнях почти всегда поначалу выступает против проекта. Это препятствие преодолевалось с помощью двойной стратегии – «командной» и «информационной». Командный элемент был довольно прост: издавался соответствующий приказ по регламентированию внедрения проекта в конкретном пенитенциарном учреждении. Начальник каждой тюрьмы и начальник медицинской службы учреждения назначались ответственными за вне-

дрение проекта в своем учреждении и были обязаны исполнить приказ Департамента и начать проект в своем учреждении.

Но при этом Владимир Трофим (на тот момент являвшийся Директором Департамента Пенитенциарных Учреждений) подчеркивал, что внедрение проекта в том или ином учреждении должно сопровождаться обязательным обучением персонала. Тренинги для всего персонала – от начальника до охранников – призваны повысить информированность о ВИЧ и других актуальных вопросах охраны здоровья. Проект необходимо разъяснить как с точки зрения его концепции, так и с точки зрения практического выполнения. Трофим отметил, что по его опыту «охранники хотят *в точности* знать, как действовать и реагировать в конкретных ситуациях – например, что они должны делать, если найдут у заключенного иглу или шприц»<sup>75</sup>.

Он добавил, что и персонал колонии, и заключенные должны знать и понимать конкретные законодательные вопросы и общий правовой контекст. Сотрудников колоний, по его словам, особенно успокаивает и обнадеживает то, что «мы четко обозначаем дисциплинарный элемент. Мы говорим заключенным, что в обмен на предоставляемую им помощь они должны соблюдать все установленные требования устава исполнения наказания. Например, они должны знать, что если у них будут обнаружены наркотики, к ним будут приняты меры дисциплинарного воздействия... это закон. Это важно понять и охранникам, потому что это поможет им увидеть, что допуская осуществление проекта снижения вреда и позволяя ему беспрепятственно работать, они не все пускают на самотек»<sup>76</sup>.

Другой важный шаг в преодолении сопротивления персонала, по словам Трофима, состоит в том, чтобы сообщить сотрудникам конкретную информацию о рисках для здоровья и о том, как себя обезопасить. Он сказал: «Ведущие тренингов объясняют виды и степень риска для персонала, в особенности в части ВИЧ-инфекции. Охранники, узнав, что риск минимален при соблюдении элементарных мер предосторожности, ведут себя гораздо более спокойно и открыто». Он добавил, что очень эффективна и важна следующая политика: «разъяснить, что все сотрудники должны принять за правило обращаться с каждым заключенным так, как если бы он был ВИЧ-положительным. Это не означает, что их надо бояться или подвергать дискриминации. Это лишь означает, что следует, например, надевать перчатки при личном досмотре заключенных или при соприкосновении с физиологическими жидкостями. Мы напоминаем, что это всегда следует делать в уважительной манере»<sup>77</sup>.

Трофим подчеркнул важность проведения непрерывного и регулярного обучения, причем не только перед началом проекта в том или ином учреждении:

«Обучение должно продолжаться все время, поскольку в учреждение приходят новые люди – и новые заключенные, и новые охранники. Крайне редко кто-либо из них раньше слышал о снижении вреда, поэтому естественно, что они относятся с недоверием. Цикл повторяется, и получившие достаточную подготовку, почти всегда хорошо воспринимают проект»<sup>78</sup>.

Координатор НПО Лариса Пинтилей решительно подтвердила замечание Трофима о необходимости постоянного обучения. «Регулярное обучение», – сказала она, «необходимо для преодоления возможных проблем и обеспечения эффективности проекта». Имели место случаи, когда у охранников было личное негативное отношение к проекту. Они выполняли распоряжения, но не всегда с удовольствием. Они не старались сделать все возможное, чтобы проект развивался эффективно, хотя должны были»<sup>79</sup>.

Пинтилей привела в качестве примера один случай, когда охранник задержал волонтера, выходящего из медсанчасти с новым запасом материалов для пункта снижения вреда. Охранник, сообщила она, запер волонтера на несколько часов в изоляторе. Волонтера освободили только после того, как о случившемся доложили начальнику медицинской службы Охранник, которого наняли на работу недавно, сказал, что не знал о проекте и предположил, что волонтер занимался чем-то запрещенным.

Пинтилей добавила, что такие случаи редки. Однако, по ее словам, они будут происходить чаще в отсутствие всестороннего и постоянного обучения, как сотрудников, так и заключенных. Она выразила обеспокоенность тем, как повлияет недавнее сокращение проводимого обучения из-за недостатка финансирования (см. ниже) на способность проекта предоставлять максимально возможный объем информации и помощи, как персоналу, так и заключенным.

Когда финансирование было лучше, сказала Пинтилей, «мы проводили до четырех лекций в месяц в каждом учреждении – два для заключенных и два для сотрудников». С тех пор как обучение пришлось сократить из-за дефицита средств, некоторые заключенные жалуются на недостаток специализированной поддержки. «Государственные психологи и социальные работники в колониях занимаются общими проблемами здоровья и психологического благополучия, а психологи и социальные работники проекта все время обращают внимание на специфические вопросы, связанные с употреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией», – добавила она<sup>80</sup>.

Одним из направлений, которым пришлось пожертвовать из-за проблем с финансированием, была деятельность социальных работников НПО по подготовке

наркозависимых и ВИЧ инфицированных заключенных к освобождению и дальнейшей социальной реабилитации. Консультанты помогали налаживать социальные связи с родными, давали рекомендации по поводу общения, поиска жилья и установления в случае необходимости контактов с проектами снижения вреда после выхода на свободу. Мы приглашали к участию всех заключенных, но подчеркивали, что эти консультации будут особенно полезны для людей, употребляющих наркотики, и людей с ВИЧ»<sup>81</sup>.

## 5.2 Финансовые ограничения

Как уже отмечалось, недостаточный уровень финансирования не позволил обеспечить все необходимые услуги и обучение, предоставляемые наркозависимым и ВИЧ инфицированным заключенным.

Лиλιана Герман из Фонда Сорос-Молдова признала, что «трудно привлечь средства в Молдове и для Молдовы» в дополнение к финансированию ГФ СТМ<sup>82</sup>. Она отметила, что Департамент пенитенциарных учреждений, несмотря на острый дефицит финансирования собственной деятельности, софинансирует работу по снижению вреда и внес 5000 долларов, помимо того, что с самого начала поддержал метадоновую терапию. Фонд Сорос-Молдова из собственного бюджета дополнительно выделил в 2008 НПО средства на обучение персонала колоний и профинансировал проведение двух оценок программы заместительной терапии в Молдове, в том числе в тюрьмах<sup>83</sup>.

По словам Пинтилей, дефицит финансирования в 2008 г. достиг приблизительно 14000 долларов США. Одним из следствий недостатка средств было то, что НПО пришлось на время отказаться от планов расширения проекта и охвата еще нескольких колоний. Пинтилей добавила, что пока «Мы не прекратим проект, хотя и беспокоимся, что нам, возможно, придется сократить его объем в части некоторых услуг».

«Основные» материалы – презервативы, шприцы, иглы и другие предметы инъекционной безопасности – по-прежнему есть в наличии; при этом важно будет вскоре снова обеспечить наличие бритвенных принадлежностей для раздачи заключенным.

В НПО регулярно поступают просьбы как от заключенных, так и от администрации колоний о дополнительной помощи, включая просьбы о выдаче питатель-

ных добавок к рациону ВИЧ-положительным заключенным, особенно тем, кто не получает продуктовых передач от родственников и друзей с воли.

Игорь Жалба, начальник медицинской службы учреждения в Прункул, сказал, что его колония остро нуждается в дополнительных витаминах, бритвенных принадлежностях и препаратах для лечения заболеваний печени. По его словам, из-за бюджетных сокращений в пенитенциарной системе здравоохранения значительно сократилось наличие таких препаратов, которые часто бывают необходимы заключенным из-за высокой заболеваемости гепатитом С<sup>84</sup>.

## **Охват мест предварительного заключения программами снижения вреда**

Дополнительное финансирование потребуется и для внедрения проекта в местах предварительного заключения. Это будет связано с новыми трудностями и вызовами, поскольку проект опирается на помощь постоянных волонтеров, нередко работающих по проекту в течение нескольких лет. Из-за быстрой сменяемости заключенных в местах предварительного заключения, а также из-за специфических условий содержания в таких учреждениях, для организации проекта в СИЗО придется разработать новые подходы. Несмотря на первоначальные сомнения, и Владимир Трофим, на тот момент генеральный директор Департамента пенитенциарных учреждений, и Лариса Пинтилей, координатор НПО, были готовы рассмотреть возможность внедрения проекта в местах предварительного заключения при условии дополнительного финансирования. В частности, они признали, что некоторые направления деятельности по проекту, например, тренинги для персонала и заключенных и исследования для определения уровня ВИЧ-инфекции, рискованного поведения, знаний, психологических установок и потребностей заключенных в отношении ВИЧ и других инфекционных заболеваний можно и нужно начать без промедления. По мнению Владимира Трофима, «сейчас подходящий момент, чтобы начать», и это подтверждается тем фактом, что начальник СИЗО в г. Бельцы Тудор Паскару выразил готовность внедрения проекта в своем учреждении.

## **Ограничения в части сбора данных**

Как отметил начальник медицинской службы учреждения в Брэнешть Николае Бодруг, одним из отрицательных элементов подхода «равный – равному» является

то, что администраторы проекта лишены возможности собирать определенного рода данные. Например, он отметил, что строгая политика конфиденциальности не позволяет с точностью определить число людей, употребляющих инъекционные наркотики в колонии. «Мы можем дать лишь приблизительную оценку исходя из количества выданных шприцев», – сказал он. При этом Бодруг добавил, что с таким ограничением придется смириться. Самое важное, по его словам, это «снизить риск и улучшить состояние здоровья заключенных, а не собрать точную информацию о количестве заключенных, употребляющих наркотики»<sup>85</sup>.

## **Расширение МТ в колониях и местах предварительного заключения**

Как подробнее рассматривается во вставке 4, в последнее время в некоторых тюрьмах Молдовы внедряется МТ как дополнение к оказываемым услугам снижения вреда и еще одна важная альтернатива для заключенных с тяжелой опиоидной зависимостью, позволяющая снизить риск инфицирования ВИЧ, гепатитом С и другими инфекциями и добиться других благоприятных результатов. Согласно международным рекомендациям, в пенитенциарных системах целесообразно внедрять как программы обмена игл и шприцев, так и другие мероприятия по снижению вреда, в том числе МТ, доступные для всех нуждающихся в них заключенных<sup>86</sup>. Все опрошенные для целей данного исследования согласились, что программы МТ должны быть более доступны и в пенитенциарной системе Молдовы, и в обществе в целом, а увеличение числа принимающих МТ заключенных не только принесет пользу каждому из этих заключенных по отдельности, но и поможет улучшить условия содержания в местах лишения свободы в целом. Еще одной важной задачей будет обеспечить возможность людям, принимающим МТ на свободе, продолжать лечение и в местах предварительного заключения. Благодаря многочисленным положительным переменам в Департаменте Пенитенциарных Учреждений в последние годы, а также дальновидной позиции руководства Департамента, сейчас настало подходящее время для того, чтобы планировать расширение и дальнейшее развитие проекта и обеспечить необходимое финансирование.

## 6. Рекомендации исполнителей программы

В последние десять лет пример Молдовы продемонстрировал, что комплексные услуги снижения вреда и МТ могут быть успешно внедрены в тюрьмах даже в странах с ограниченными ресурсами. Хотя многие проблемы пока не решены, работа, проделанная Департаментом пенитенциарных учреждений, организацией НПО и другими участниками программы, представляет собой лучшую международную практику, которая может и должна послужить примером и помочь другим странам и пенитенциарным системам внедрить подобную практику у себя.

Сотрудники как НПО, так и пенитенциарной системы Молдовы, постоянно подчеркивали, что преимущества комплексных услуг по снижению вреда и МТ для здоровья отдельных заключенных, для всей пенитенциарной системы и для общественного здравоохранения в целом с лихвой компенсируют потенциальные опасения, что, к примеру, обмен игл и раздача презервативов будут способствовать распространению противозаконного и аморального поведения. Исполнители проекта указали на то, что в тюрьмах Молдовы не зафиксировано фактов роста употребления наркотиков после внедрения программы обмена игл и шприцев, а также подчеркнули, что невозможно полностью прекратить поступление запрещенных наркотиков в тюрьмы или употребление наркотиков заключенными. По их мнению, «аморальным» как раз было бы лишить заключенных средств защиты от возможного вреда.

Несколько человек, опрошенных для целей настоящего доклада, высказали рекомендации для отдельных лиц, организаций и пенитенциарных систем, готовых выполнить международные рекомендации путем внедрения комплексных программ по ВИЧ-инфекции в тюрьмах, включая обмен игл и шприцев и МТ. Вот некоторые из высказанных замечаний:

**Владимир Трофим, генеральный директор Департамента пенитенциарных учреждений на момент проведения интервью:**<sup>87</sup>

- Рекомендации руководству пенитенциарной системы: «Самое важное – научиться брать на себя ответственность за то, что вы делаете. Если ваша судьба – принимать решения, нужно, чтобы они были максимально реалистичными. Вы должны помогать людям, если у вас есть такая возможность. Чтобы им помочь, не требуются обширные специальные знания... нужна лишь готовность помогать».
- Рекомендации НПО: «Убедите человека, такого как я – государственного чиновника на руководящем посту, в ценности и важности вашего проекта. Нередко ваша способность развивать эту деятельность зависит от воли одного конкретного лица. Ключ к успеху – настойчивость. НПО не должны бояться, особенно если есть статистика, подтверждающая их правоту. Например, меня убедили результаты первого анонимного опроса, проведенного НПО в 1999 году. Виды и масштабы употребления наркотиков в тюрьмах стали для меня шоком, и я понял, что в ответ на это мы должны предпринять нечто совершенно иное, чем раньше»

**Олег Бурдужа, начальник медицинской службы учреждения № 15 в Крикове:**<sup>88</sup>

- “Я бы посоветовал медперсоналу колоний, в особенности начальникам, изучить вопрос и найти многочисленные примеры положительного воздействия программ снижения вреда. Позитивный эффект и для здоровья заключенных, и для безопасности персонала должен быть очевиден. Вооруженные этими данными, вы сможете объяснить, почему снижение вреда приводит к таким результатам. И не забывайте – хорошо защищен тот, кто хорошо информирован».

**Лариса Пинтилей, координатор НПО:**<sup>89</sup>

- “Мой совет предназначен другим НПО, и он состоит из нескольких частей:
  - 1) Поймите и признайте, что снижением вреда нужно заниматься обязательно. Это будет первым шагом.
  - 2) Когда вы организуете службы снижения вреда, вы должны обеспечить постоянный и легкий доступ к ним для максимального количества людей.
  - 3) По возможности вначале обратитесь к руководителям самого высокого уровня и убедите их. Наша способность это делать, возможно, стала важнейшим фактором нашего успеха и причиной того, что нам удалось охватить большинство учреждений и несколько тысяч заключенных.
  - 4) Постоянно проводите обучение с администрацией и персоналом на всех уровнях. Мы по возможности обучаем персонал всех пенитенциарных учреждений. И мы регулярно информируем руководство Департамента пенитенциарной системы о нашей деятельности, достижениях и проблемах. Мы даже приглашали руководство посетить международные конференции по снижению вреда, чтобы они увидели своими глазами, что предпринимается в других странах и что возможно сделать.
  - 5) Постоянно проверяйте и оценивайте свою деятельность, чтобы, в случае надобности, вы смогли продемонстрировать хорошие достигнутые результаты.
  - 6) Не бойтесь новых начинаний, и у Вас все получится. Желаю Вам Удачи!



# ССЫЛКИ

1. Dolan J, Kite B, Aceijas C, Stimson GV. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infectious Diseases* 2007; 7 : 32–43; ВОЗ/ЮНОДК/ЮНЭЙДС. *Аргументы в пользу действий – серия аналитических обзоров – Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Уроки всестороннего изучения*; Женева. ВОЗ, 2007). На сайте [www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html](http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html).
2. Macalino GE, Hou JC, Kumar MS, Taylor LE, Sumantera IG, Rich JD. Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy* 2004; 15: 103–114.
3. ВОЗ/ЮНОДК/ЮНЭЙДС. *Аргументы в пользу действий – серия аналитических обзоров – Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Уроки всестороннего изучения*; выше, прим. 1.
4. Taylor A et al. (1995). Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *British Medical Journal*, 310(6975): 289-292; Taylor A, Goldberg D (1996). Outbreak of HIV infection in a Scottish prison: why did it happen? *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 2(3): 13–14; Dolan K, Wodak A (1999). HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Medical Journal of Australia*, 171(1): 14–17; MacDonald M (2005). *A Study of Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe*. Finland: Heuni; Bobrik, A., Danishevski, K., Eroshina, K., McKee, M. (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *Journal of Public Health Policy*, 26: 30–59.
5. Всемирная организация здравоохранения (1993). *Рекомендации по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах*. Женева. ВОЗ (WHO/GPA/DIR/93.3).
6. Информацию о масштабах употребления наркотиков в тюрьмах всего мира см. у Р. Юргенс, А. Болл, А. Верстер. Меры, направленные на снижение уровня распространения ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков в местах лишения свободы, *Lancet Infectious Diseases* 2009; 9: 57–66; ВОЗ/ЮНОДК/ЮНЭЙДС. *Аргументы в пользу действий – серия аналитических обзоров. – Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Уроки всестороннего изучения*; Женева. ВОЗ, 2007). At [www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html](http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html).
7. Calzavara L et al. (1997). *Understanding HIV-Related Risk Behaviour in Prisons: The Inmates' Perspective*. Toronto: HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto; Hughes RA (2003). Illicit drug and injecting equipment markets inside English prisons: a qualitative study. *Journal of Offender Rehabilitation*, 37(3/4): 47–64.
8. ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС, выше, прим. 1.

9. ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: Профилактика передачи инфекции половым путем. Аргументы в пользу действий – серия аналитических обзоров. На сайте [www.who.int/hiv/uid/prison/en/index.html](http://www.who.int/hiv/uid/prison/en/index.html) или [www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html](http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html).
10. В Кыргызстане в октябре 2002 г. начата пилотная программа обмена игл и шприцев в тюрьмах, благодаря которой значительно расширилась доступность услуг по снижению вреда в тюрьмах страны. См.: Р. Лайнс и др. Обмен игл в тюрьмах: уроки всестороннего изучения международного опыта и подтвержденных доказательствами результатов. Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2005. на сайте <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=184> (английская версия) или <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=186> (русская версия); Д. Вулф, Снижение вреда в Кыргызстане: спасая жизни. Бишкек, Ассоциация снижения вреда в Кыргызстане «Партнерская сеть», 2005. Имеется на русском и английском языках на сайте: [http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles\\_publications/publications/pointing\\_20050523](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/pointing_20050523).
11. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС. *Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрем: Основа для принятия эффективных мер на национальном уровне*. Организация Объединенных Наций: Нью-Йорк и Вена, 2006. Имеется на английском, русском и других языках на сайте [www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html](http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html); ВОЗ. *Здоровье в исправительных учреждениях: Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы*. ВОЗ Европа: Копенгаген, 2007. Имеется на английском и русском языках на сайте [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070521\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070521_1); UNODC, WHO, UNAIDS. *HIV and AIDS in places of detention. A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*. United Nations: New York & Vienna, 2008. На сайте <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>.
12. Хотя Департамент Пенитенциарных Учреждений предоставляет финансовую поддержку программам снижения вреда, львиную долю своих средств они получают от доноров, включая Институт «Открытое общество», Фонд Сорос-Молдова, Всемирный Банк, Шведское агентство по развитию и международному сотрудничеству и Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ СТМ).
13. Интервью в Кишинэу, 20 августа 2007 г.
14. UNAIDS Moldova – Best practices: Prevention of HIV/AIDS in Prisons. На сайте <http://www.aids.md/information/best-practices/prevention-hiv-aids-prisons/> (последний просмотр 13 января 2009 г.).
15. Так в 1996 незащищенные половые сношения, были причиной распространения вспышки сифилиса среди заключенных одной из тюрем, что привело к 50 зарегистрированным новым случаям сифилиса. См. Ibid.
16. Интервью в Кишинэу, 20 августа 2007 г.
17. Интервью в Брэнешть, 21 августа 2007 г.
18. Во многих странах мира правилами внутреннего распорядка заключенным запрещено иметь иглы. Чтобы можно было внедрить программы обмена игл и шприцев, эти правила следует изменить.
19. Р. Лайнс и др., выше, прим. 10,
20. Интервью в Брэнешть, 21 августа 2007 г.
21. Интервью в Крикове, 30 октября 2008 г.
22. Из переписки между Ларисой Пинтилей и Риком Лайном от 13 мая 2003 г., цитируется по Р. Лайнс и др., выше, прим. 10.

23. Интервью в Кишинэу, 30 октября 2008 г.
24. Интервью в Бельцах, 31 октября 2008 г.
25. Имеется на сайте ЮНЭЙДС в Молдове <http://www.aids.md/coordination/national-aids-program/>.
26. Закон № 23-XVI "О профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции", принят Парламентом Республики Молдова 16 февраля 2007, опубликован в официальном сборнике законодательства *Monitorul Oficial* 20 апреля 2007. Имеется на английском и русском языках на сайте <http://www.aids.md/information/library/d1084/> (последний просмотр 13 января 2009 г.).
27. ГФ СТМ оказывает поддержку деятельности по ВИЧ/СПИДУ и снижению вреда в Молдове через Министерство Здравоохранения с 2003 г. В этом году были перечислены средства первого раунда гранта на борьбу с ВИЧ и туберкулезом. К концу пятилетнего срока гранта было перечислено общим итогом 11,7 миллионов долларов США. ГФ СТМ также одобрил финансирование в размере 6,4 миллиона долларов на 2008 и 2009 годы. По состоянию на май 2009 ГФ СТМ одобрил новую заявку Молдовы на 22.1 миллион долларов США; заявка будет представлена Совету для одобрения финансирования, как только средства поступят в распоряжение ГФ СТМ. Дополнительную информацию о грантах ГФ СТМ Молдове можно получить на сайте Глобального фонда <http://www.theglobalfund.org/programs/country/?countryid=MOL&lang=en> (последний просмотр 28 мая 2009).
28. Интервью в Руске, 23 августа 2007 г.
29. Интервью в Руске, 23 августа 2007 г.
30. Там же.
31. Интервью в Брэзнешть, 21 августа 2007 г.
32. Интервью в Крикове, 20 августа 2007 г.
33. Интервью в Крикове, 30 октября 2008 г.
34. Интервью в Крикове, 30 октября 2008 г.
35. Subata E. Evaluation of Methadone Maintenance Therapy in the Republic of Moldova. Вильнюс: Вильнюсский наркологический центр, 2007 г., со ссылкой на публикацию ВОЗ: *HIV/AIDS in Europe. Moving from the death sentence to chronic disease management*. Под редакцией: Matic S., Lazarus J.V., Donoghoe M.C. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006. См. также последующую оценку от 2008 г.: Subata E. Evaluation of Opioid Substitution Therapy in the Republic of Moldova. Вильнюс: Вильнюсский наркологический центр, 2008.
36. ЮНЭЙДС Молдова. Новые случаи ВИЧ по годам.
37. Там же.
38. *Годовой отчет за 2007 г.: Обстановка по употреблению и незаконному обороту наркотиков в Республике Молдова*. Кишинэу: Министерство здравоохранения, Национальный центр управления здравоохранением, Мониторинг и оценка Национальной программы по здравоохранению, Национальная обсерватория по наркотикам, 2007. [http://www.observator.mednet.md/eng/documente/pub\\_nationale/](http://www.observator.mednet.md/eng/documente/pub_nationale/) (последний просмотр 13 января 2008). См также обзор ситуации в Молдове Европейского центра мониторинга наркотиков и наркотической зависимости: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/md> (последний просмотр 13 января 2008 г.).
39. Интервью в Кишинэу, 22 августа 2007 г.
40. Интервью с Виктором Вовком в Департаменте пенитенциарных учреждений, 30 октября 2008 г.

41. Интервью в Крикове, 24 августа 2007 г.
42. Интервью в Кишинэу, 22 августа 2007 г.
43. Macalino GE et al. Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy* 2004; 15: 103–114.
44. Интервью с Георге Кирилэ, директором колонии в Руске, 23 августа 2007 г.
45. Единственным эффективным средством лечения гепатита С является комбинация двух дорогостоящих препаратов – интерферона и рибавирина. Из-за высокой стоимости препаратов они доступны лишь в наиболее богатых странах мира.
46. Интервью с Виктором Вовком, выше
47. Интервью с Олегом Бордужей, главврачом медсанчасти учреждения № 15 в Крикове, 24 августа 2007 г.
48. Интервью в Крикове, 20 августа 2007 г.
49. Интервью с Натальей Чоран в Руске, 23 августа 2007 г.
50. ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС. Уроки всестороннего изучения, выше, прим. 1. В обзоре говорится о том, что использование общих бритвенных принадлежностей распространено в развивающихся и переходных странах, например, в Замбии (где 63% из 1566 заключенных сообщили об использовании общих бритвенных станков), Таиланде и Армении (22,6%).
51. ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС. *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: Программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции. Аргументы в пользу действий – серия аналитических обзоров.* Женева: ВОЗ, 2007 ([www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html](http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html) или [www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html](http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html)), со ссылкой на публикацию Heinemann A, Gross U (2001). Prevention of blood-borne virus infections among drug users in an open prison by vending machines. *Sucht* 2001; 47(1): 57–65.
52. Интервью в Кишинэу, 22 августа 2007 г.
53. Интервью в Руске, 23 августа 2007 г.
54. Электронное письмо от Ларисы Пинтилей от 6 ноября 2008 г.
55. Интервью в Кишинэу, 30 октября 2008 г.
56. ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС. *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: Программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции;* выше.
57. Р. Юргенс, А. Болл, А. Верстер. Меры, направленные на снижение уровня распространения ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков в местах лишения свободы, выше, прим. 6.
58. Там же.
59. Там же.
60. Там же.
61. Интервью в Брэнешть, 21 августа 2007 г.
62. Интервью в Прункуле, 22 августа 2007 г.
63. Интервью в Руске, 23 августа 2007 г.
64. Интервью в Крикове, 24 августа 2007 г.
65. При опросе в 2004 году 98,4% из 124 респондентов (заключенных, употребляющих наркотики в тюрьмах, где есть программы обмена игл и шприцев) ответили, что имеют легкий доступ к чистым

инъекционным материалам, когда им это требуется; 94% сообщили, что за последний месяц ни разу не пользовались общим инъекционным инструментарием, и лишь 4% пользовались общим инструментарием при последней по времени инъекции. См.: HIV/AIDS Surveillance Moldova 2004. Injecting drug users, commercial sex workers, inmates. Chisinau: Editura "Tehnica-Info", 2004. Имеется на сайте ЮНЭЙДС в Молдове <http://www.aids.md/information/library/d73/> (последний просмотр 14 января 2009).

66. Subata, выше.
67. Интервью в Руске, 23 августа 2007 г.
68. Там же.
69. Интервью в Крикове, 24 августа 2007 г.
70. Там же.
71. Интервью в Крикове, 24 августа 2007 г.
72. ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС. *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: Программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции. Аргументы в пользу действий – серия аналитических обзоров*; выше.
73. Р. Лайнс и др., выше, прим. 10.
74. Интервью в Кишинэу, 22 августа 2007 г.
75. Интервью в Кишинэу, 20 августа 2007 г.
76. Там же.
77. Там же.
78. Там же.
79. Интервью в Кишинэу, 22 августа 2007 г.
80. Там же.
81. Там же.
82. Интервью с Лилианой Герман, 30 октября 2008 г.
83. См. Subata, выше
84. Интервью в Прункуле, 22 августа 2007 г.
85. Интервью в Брэнешть, 21 августа 2007 г.
86. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС. *Аргументы в пользу действий – серия аналитических обзоров. – Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Уроки всестороннего изучения*; выше, прим. XX Юргенс, Болл, Верстер, выше, прим. 6; а также цитируемые выше документы (ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС. *Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрьмы: Основа для принятия эффективных мер на национальном уровне*; ВОЗ. *Здоровье в исправительных учреждениях: Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы*; ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС. *HIV and AIDS in places of detention. A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*).
87. Интервью в Кишинэу, 20 августа 2007 г.
88. Интервью в Крикове, 24 августа 2007 г.
89. Интервью в Кишинэу, 24 августа 2007 г.







OPEN SOCIETY INSTITUTE