



Výměna jehel ve věznicích

Poznatky z komplexního přehledu

mezinárodních údajů a zkušeností



Canadian HIV/AIDS Legal Network	Réseau juridique canadien VIH/sida
--	---





Výměna jehel ve věznicích

Poznatky z komplexního přehledu

mezinárodních údajů a zkušeností

© 2004 Canadian HIV/AIDS Legal Network
ISBN původního vydání v angličtině:
1-896735-52-5

© Vydal / Úřad vlády České republiky, 2006
1. vydání v jazyce českém

ISBN 80-86734-79-X

Výměna jehel ve věznicích Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností

Autoři / Rick Lines, Ralf Jürgens,
Glenn Betteridge, Heino Stöver,
Dumitru Laticevski, Joachim Nelles

Překlad / David Fuchs s.r.o.

Editor českého vydání / MUDr. Viktor Mravčík

Tuto zprávu a její originální vydání financovala organizace Health Canada v rámci Kanadské strategie boje proti HIV/AIDS.

Názory publikované v tomto dokumentu vyjadřují stanovisko jejích autorů a nemusejí nutně představovat názory nebo politiky organizace Health Canada, kanadského ministra zdravotnictví nebo organizace Canadian HIV/AIDS Legal Network.

E-mail: info@aidslaw.ca

Web: www.aidslaw.ca

Český překlad této publikace je vydáván se souhlasem organizace Canadian HIV/AIDS Legal Network a plnou zodpovědnost za něj nese editor.

České vydání neobsahuje fotografie. Čtenáři si je mohou prohlédnout v anglickém originálu, publikovaném na stránkách www.aidslaw.ca pod titulem Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience.

(<http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/pnep/toc.htm>)



Canadian HIV/AIDS Legal Network	Réseau juridique canadien VIH/sida
--	---

PODĚKOVÁNÍ AUTORŮ	10
SHRNUTÍ	12
Injekční užívání drog, HIV a VHC jsou epidemiemi věznic	13
Právo vězňů na zdraví	13
Programy výměny jehel jsou efektivním opatřením k minimalizaci škod (harm reduction)	13
Poznátky získané z programů výměny jehel ve věznicích	14
Doporučení	14
Co tato zpráva obsahuje?	14
Další kroky	15
Další informace...	15
ZDRAVÍ VĚZŇŮ JE VĚCÍ VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ	16
Terminologická poznámka	18
METODIKA	20
EPIDEMIE HIV A VHC VE VĚZNICÍCH	22
Prevalence HIV a VHC ve věznicích	23
Západní Evropa, Austrálie a Spojené státy americké	23
Střední a východní Evropa a země bývalého Sovětského svazu	23
Kanada	24
Další země	25
Infekce VHC	25
Užívání drog ve věznicích	26
Injekční užívání drog, sdílení jehel a riziko přenosu HIV a VHC	27
Mezinárodní údaje	27
Údaje z Kanady	29
Harm reduction (minimalizace škod)	30
LIDSKÁ PRÁVA A PRÁVNÍ NORMY	32
Mezinárodní zákony o lidských právech	33
Mezinárodní pravidla, zásady, principy a normy	34
Právo vězňů na zdraví a přístup ke sterilním jehlám	35
Závazky podle kanadského práva	36
PŘEHLED MEZINÁRODNÍCH ÚDAJŮ O PROGRAMECH VÝMĚNY JEHEL VE VĚZNICÍCH	38
Švýcarsko	39
Shrnutí	39
HIV/AIDS, VHC a IUD ve Švýcarsku	39
HIV/AIDS, VHC a IUD ve švýcarských věznicích	40
Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD ve švýcarských věznicích	40
Zavádění programů výměny a distribuce jehel	40
První program	40

Rozšíření do dalších věznic	41
Hodnocení a získané poznatky	41
Současná situace	42
Německo	43
Shrnutí	43
HIV/AIDS, VHC a IUD v Německu	43
HIV/AIDS, VHC a IUD v německých věznicích	44
Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD v německých věznicích	44
Zavádění programů výměny a distribuce jehel	45
První programy	45
Rozšíření do dalších věznic	46
Hodnocení a získané poznatky	46
Současná situace	47
Španělsko	48
Shrnutí	48
HIV/AIDS, VHC a IUD ve Španělsku	48
HIV/AIDS, VHC a IUD ve španělských věznicích	49
Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD ve španělských věznicích	49
Zavádění programů výměny a distribuce jehel	50
První program	50
Rozšíření do dalších věznic	50
Hodnocení a získané poznatky	52
Současná situace	54
Moldávie	55
Shrnutí	55
HIV/AIDS, VHC a IUD v Moldávii	55
HIV/AIDS, VHC a IUD v moldavských věznicích	55
Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD v moldavských věznicích	55
Zavádění programů výměny a distribuce jehel	56
První program	56
Rozšíření do dalších věznic	57
Hodnocení a získané poznatky	57
Současná situace	58
Kyrgyzstán ⁷⁷	58
Shrnutí	58
HIV/AIDS, VHC a IUD v Kyrgyzstánu	58
HIV/AIDS, VHC a IUD v kyrgyzských věznicích	58
Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD v kyrgyzských věznicích	59
Zavádění programů výměny a distribuce jehel	59
První program	59
Rozšíření do dalších věznic	59

Současná situace	60
Bělorusko	60
Shrnutí	60
HIV/AIDS, VHC a IUD v Bělorusku	60
HIV/AIDS, VHC a IUD v běloruských věznicích	60
Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD v běloruských věznicích	60
Zavádění programů výměny a distribuce jehel	61
Hodnocení a získané poznatky	61
Současná situace	61
ANALÝZA ÚDAJŮ	62
Vyvrácení námitek	63
Zvýšení bezpečnosti ve věznicích	63
Nedošlo k nárůstu spotřeby drog nebo injekčního užívání	64
Součást spektra protidrogových programů	65
Pozitivní přínosy pro zdraví vězňů a veřejnosti	67
Programy výměny jehel ve věznicích snižují rizikové chování a fungují jako prevence přenosu nemocí	67
Další pozitivní přínosy pro zdraví vězňů	67
Programy jsou efektivní v nejrůznějších zařízeních	69
Efektivně fungují různé metody distribuce jehel	70
Osobní distribuce vězeňskými zdravotními sestrami nebo lékařem	70
Distribuce prostřednictvím vězňů, kteří byli vyškoleni jako terénní pracovníci (peer outreach workers)	71
Distribuce prostřednictvím externích nevládních organizací nebo dalších zdravotnických pracovníků	71
Distribuce prostřednictvím výdejních automatů	71
Společné rysy efektivních vězeňských programů výměny jehel	72
Vedení vězeňské správy a podpora ze strany vězeňského personálu	72
Potřeba diskretnosti a důvěry	72
Zajištění adekvátního přístupu k jehlám	73
Výměna jehel jako součást programu minimalizace škod	73
Význam rozhodování podloženého fakty: hodnocení pilotních projektů	74
V KANADSKÝCH VĚZNICÍCH JE TŘEBA ZAVÉST PROGRAMY VÝMĚNY JEHEL	76
Programy výměny jehel jsou doporučovány od roku 1992	77
Expertní komise pro otázky AIDS a věznic	78
Studijní skupina pro programy výměny jehel	78
Stálý zdravotní výbor	79
Právní závazek respektovat, chránit a naplňovat právo vězňů na zdraví	80
Nedostatečnost dezinfekčních prostředků	80
Substituční metadonová léčba jako částečné řešení problému poškozování zdraví u injekčních uživatelů drog	81
Názory vězeňského personálu	83
Nákladová efektivnost vězeňských programů výměny jehel	83
Nastal čas, aby volení představitelé a vězeňské orgány v Kanadě začali jednat	84

Doporučení	85
ZÁVĚR: VÝZVA K ZAVEDENÍ PROGRAMŮ VÝMĚNY JEHEL VE VĚZNICÍCH	86
POZNÁMKY	90
BIBLIOGRAFIE	100
Mezinárodněprávní dokumenty	101
Knihy, články, zprávy, resumé apod.	102
O AUTORECH	108

PODĚKOVÁNÍ AUTORŮ

Věnováno památce

Andréy Riesch Toepellové a Tommyho Larkina

Poděkování

Tato zpráva by byla nemohla vzniknout bez spolupráce mnoha lidí z celého světa, kteří pomohli nejrozličnějším způsobem při výzkumu a jejím zpracování. Rádi bychom poděkovali lidem, kteří nám pomohli zorganizovat studijní návštěvy vězeňských programů výměny jehel v různých zemích: byli jimi Christopher Eastus, Daniela De-Santis, Manuelo Garibaldi, Marlene Laeubli, Heintz Stutz, a Hans Sulser ve Švýcarsku; Ana Andres Ballesteros, Graciela Silvosa, a Yolanda Nuñez ve Španělsku; dr. Karlheinz Keppler, Matthias Blümel, Sandra Bührmann, Frau Schneider, Claudia Rey a Christine Kluge Haberkorn v Německu; Valentin Sereda, Vladimír Taranu, a dr. Larisa Pintelli v Moldávii. Rádi bychom poděkovali těm, kdo poskytli informace o HIV, injekčním užívání drog a minimalizaci škod (harm reduction) ve věznicích východní Evropy, střední Asie a bývalého Sovětského svazu: byli to Jennifer Traska-Gibson a Matt Curtis z organizace International Harm Reduction Development v New Yorku; dr. Gulnara Kaliakbarova z organizace Penal Reform International; dr. Raushan Abdyl-daeyva a Elvira Muratalieva v Kyrgyzstánu; dr. Larisa Saviščeva v Bělorusku. Rádi bychom poděkovali Pompidou Group Rady Evropy, která poskytla finanční prostředky pro návštěvy lokalit ve Švýcarsku, Španělsku a Německu pod záštitou European Fellowship for Studies and Research in Drug Abuse, a Nathalii Bargellini za její průběžnou pomoc. Rádi bychom poděkovali organizaci

Health Canada za spolufinancování tohoto projektu v rámci Kanadské strategie boje s HIV/AIDS. Zvláště bychom chtěli vyjádřit poděkování Společnosti Johna Howarda z Kanady (the John Howard Society of Canada), která poskytla finanční podporu pro vypracování této zprávy jako součást svého projektu Policy Analysis Enhancement Project a dr. Geraldu Thomasovi a Grahamu Stewartovi za jejich vytrvalou podporu, pomoc a zpětnou vazbu. Děkujeme také Garrymu Bowersovi za redakční zpracování anglického textu, Jeanu a Josée Dussaultovým za překlad anglického textu do francouzštiny a Grantu Loewenovi za grafickou úpravu.

SHRNUTÍ

Tato zpráva se zabývá otázkou výměny jehel ve věznicích na základě mezinárodních zkušeností a údajů aktuálních ke dni 31. března 2001. Údaje byly shromažďovány po dobu 18 měsíců od začátku října 2002. Autoři prostudovali odbornou literaturu, navštívili věznice ve čtyřech zemích a vedli korespondenci s lidmi, kteří za realizaci programů výměny jehel ve věznicích zodpovídají. Zpráva podává komplexní přehled o faktickém a právním základě programů výměny jehel ve věznicích. Cílem této zprávy je pobídnout vězeňské systémy, které se potýkají s výskytem epidemií HIV a VHC v důsledku injekčního užívání drog, k zavedení programů výměny jehel.

Cílem této zprávy je pobídnout vězeňské systémy, které se potýkají s výskytem epidemií HIV a VHC v důsledku injekčního užívání drog, k zavedení programů výměny jehel.

Injekční užívání drog, HIV a VHC jsou epidemiemi věznic

Potřeba účinně reagovat na problémy HIV, virové hepatitidy typu C (VHC) a injekčního užívání drog ve věznicích vzbuzuje značný mezinárodní ohlas. V mnoha zemích světa, včetně Kanady, je výskyt infekcí HIV a VHC ve věznicích mnohem vyšší než v obecné populaci. V mnoha zemích epidemie HIV a VHC ve věznicích přímo souvisí s injekčním užíváním drog a s rizikovými praktikami vpichování, a to jak v obecné populaci, tak ve věznicích. V mnoha zemích zákony zakazující užívání drog a zesílené vymáhání práva vedly k systematickému uvěznění lidí užívajících injekčně drogy, a tím ke zvýšení počtu injekčních uživatelů drog ve věznicích, kde je vysoká pravděpodobnost sdílení jehel v důsledku nedostupnosti sterilních jehel.

Neschopnost zajistit vězňům přístup k základním prostředkům prevence proti HIV a VHC je porušením práva vězňů na zdraví podle mezinárodních zákonů.

Právo vězňů na zdraví

Neschopnost zajistit vězňům přístup k základním preventivním opatřením proti HIV a VHC je porušením práva vězňů na zdraví podle meziná-

rodních zákonů. Navíc je neslučitelná s mezinárodními úmluvami, které se zabývají otázkou práv vězňů, vězeňskou zdravotní péčí a HIV/AIDS ve věznicích, včetně Základních zásad OSN pro zacházení s vězni, WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons (Doporučených postupů WHO pro řešení infekce HIV a AIDS ve věznicích) a dokumentů UNAIDS.

V Kanadě byl vysloven názor, že jak Listina práv a svobod, tak i Zákon o výkonu trestu a podmíněném propuštění zaručují vězňům standardní zdravotní péči odpovídající úrovni péče poskytované v obecné populaci, která zahrnuje přístup k adekvátním prostředkům prevence, jako jsou např. sterilní jehly. Výzvy k zavedení programů výměny jehel v kanadských věznicích zaznívají z řad komunitních organizací, v politických i vědeckých zprávách a v pracovních skupinách Kanadské vězeňské služby.

Programy výměny jehel jsou efektivním opatřením k minimalizaci škod (harm reduction)

Programy výměny jehel se ukázaly jako efektivní opatření minimalizace škod, které omezuje sdílení jehel, a tím riziko přenosu HIV a VHC, mezi injekčními uživateli drog a jejich sexuálními partnery. Proto řada zemí tyto programy zavedla v prostředí mimo věznice, aby umožnily lidem, kteří injekčně užívají drogy, minimalizovat riziko nákazy nebo přenosu HIV a VHC sdílením jehel. Avšak i přes úspěšnost těchto programů v obecné populaci pouze šest zemí (Švýcarsko, Německo, Španělsko, Moldávie, Kyrgyzstán a Bělorusko) rozšířilo programy výměny jehel do věznic. Brzy je možná budou následovat další země, mezi nimi Kazachstán, Tádžikistán a Ukrajina.

Od roku 1992 jsou v těchto zemích realizovány programy výměny jehel ve věznicích a ve všech případech byly zavedeny jako reakce na prokazatelně významné riziko přenosu HIV při sdílení injekčních stříkaček v těchto zařízeních. Programy výměny jehel byly zaváděny v mužských i ženských věznicích, v zařízeních různé velikosti, v zařízeních civilního i vojenského sektoru, v zařízeních, kde jsou vězni v samostatných ce-

lách, i tam, kde jsou společně, v zařízeních s různým stupněm ostrahy a s různými formami odnětí svobody (vazba, výkon trestu, otevřený i zavřený režim). Programy výměny jehel byly typicky zaváděny jako pilotní projekt a později rozšiřovány na základě informací získaných během pilotní fáze. Používá se několik různých metod distribuce jehel, a to podle konkrétních potřeb a prostředí daného zařízení. Mezi tyto metody patří výdejní automaty, osobní distribuce lékaři nebo zdravotnickým personálem věznice nebo externími zdravotnickými pracovníky a dále programy, které využívají vězně zaškolené jako terénní pracovníky pro vrstevnické programy (peer outreach workers).

Švýcarsko, Německo, Španělsko, Moldávie, Kyrgyzstán a Bělorusko zavedly programy výměny jehel také v prostředí věznic.

Poznátky získané z programů výměny jehel ve věznicích

Zkušenosti a údaje získané v šesti zemích, kde programy výměny jehel ve věznicích existují, ukazují, že takové programy:

- neohrožují bezpečnost personálu ani vězňů, a naopak zvyšují bezpečnost práce a života ve věznicích,
- nezvyšují spotřebu ani injekční užívání drog,
- omezují rizikové chování a přenos nemocí (včetně HIV a VHC),
- mají pozitivní přínosy pro zdraví vězňů,
- ukázaly se jako efektivní v nejrůznějších věznicích šesti zemí,
- úspěšně využívají různé metody distribuce jehel podle potřeb personálu a vězňů v různých vězeňských zařízeních.

Doporučení

Tato zpráva přináší jediné doporučení určené pracovníkům státní správy i věznic v Kanadě: nápravná zařízení na úrovni federální i provinční/územní v Kanadě by měla ihned podniknout kroky k zavádění multicentrických pilotních programů výměny jehel. Přestože poslední kapitola (V kanadských věznicích je třeba zavést progra-

my výměny jehel) se zaměřuje na Kanadu, toto doporučení rovněž platí pro ostatní země, v nichž se vězeňské systémy potýkají s epidemiemi HIV a VHC v důsledku injekčního užívání drog.

Co tato zpráva obsahuje?

První kapitola (Zdraví vězňů je věcí veřejného zdraví) je úvodem do problematiky zdraví vězňů a výměny jehel ve věznicích v kontextu injekčního užívání drog, HIV a VHC ve věznicích. Druhá kapitola (Metodika) podává přehled metod použitých k získání údajů pro tuto zprávu. Třetí kapitola (Epidemie HIV a VHC ve věznicích) shrnuje údaje o prevalenci HIV a VHC, injekčním užívání drog a půjčování jehel ve věznicích celosvětově. Údaje z Kanady jsou sledovány podrobněji. Čtvrtá kapitola (Lidská práva a právní normy) vymezuje lidská práva, právní normy a zásady týkající se injekčního užívání drog, HIV a VHC ve věznicích. Zkoumán je právní závazek států respektovat, chránit a naplňovat právo vězňů na zdraví, včetně práva na prostředky zdravotní prevence. Dále je konkrétně rozebírán kanadský právní rámec. Pátá kapitola (Přehled údajů o mezinárodních programech výměny jehel) zkoumá zkušenosti a údaje z šesti výše uvedených zemí s programy výměny jehel ve věznicích, které byly pro účely této zprávy sledovány – Švýcarsko, Německo, Španělsko, Moldávie, Kyrgyzstán a Bělorusko. U každé země jsou uvedeny epidemiologické informace o HIV a VHC, a to v běžné populaci a ve věznicích, historie řešení problematiky HIV a VHC opatřeními ve vězeňském systému dané země, přehled programů výměny jehel ve věznicích, včetně historických údajů, hodnocení a zjištěných poznatků, současná situace; budoucí směřování.

Šestá kapitola (Analýza údajů) na základě informací z odborné literatury a návštěv ve věznicích předkládá zjištění týkající se programů výměny jehel ve věznicích. Sedmá kapitola (V kanadských věznicích je třeba zavést programy výměny jehel) čerpá ze zjištění uvedených v předchozí kapitole a zdůvodňuje nutnost realizace programů výměny jehel v kanadských věznicích na úrovni federální i provinční/územní. Osmá a závěrečná kapitola (Závěr: výzva k zavedení pro-

gramů výměny jehel ve věznicích) vyzývá volené představitele, vězeňské orgány, jednotlivé pracovníky vězeňského personálu (jak z vězeňské služby, tak i zdravotnického) a externí lékaře pracující ve věznicích, aby se ujali vedení při řešení této problematiky.

Další kroky

Tato zpráva bude rozeslána širokému okruhu osob a organizací pracujících v oblasti vězeňství, injekčního užívání drog a minimalizace škod a/nebo HIV/AIDS a virové hepatitidy typu C (VHC), a to jak v Kanadě, tak i v mezinárodním měřítku. Dále bude distribuována příslušným politickým představitelům v Kanadě, jako jsou ministři zodpovídající za nápravná zařízení a justici, a odborům a organizacím zdravotnických pracovníků zabývajících se záležitostmi vězeňství.

Organizace The Canadian HIV/AIDS Legal Network je členem dvou kanadských uskupení pro otázky vězeňství, HIV a hepatitidy typu C: **Prisons HIV/AIDS and Hepatitis C Networking Group** (Kontaktní skupina pro otázky HIV/AIDS a hepatitidy C ve věznicích) a **Prison HIV/AIDS & Hepatitis C Research & Advocacy Consortium** (Výzkumné a poradní konsorcium pro otázky HIV/AIDS a hepatitidy C ve věznicích). Ve spolupráci s ostatními členy těchto uskupení budeme prosazovat zavádění programů výměny jehel v kanadských věznicích na federální i provinční/územní úrovni.

Další informace...

Kontaktní osobou je Glenn Betteridge z organizace Canadian HIV/AIDS Legal Network, kterého můžete kontaktovat jednak prostřednictvím kanceláře této organizace v Montrealu, tel. +1 514 397-6828, fax +1 514 397-8570, e-mail: info@aidslaw.ca, nebo přímo e-mailem na adrese gbetteridge@aidslaw.ca.

Další kopie této zprávy můžete získat na internetové stránce organizace Canadian HIV/AIDS Legal Network www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm nebo objednat v informačním středisku této organizace na tel. + 1 613 725-3434 (toll free: + 1 877 999- 7740), fax +1 613 725-1205, e-mail: aidssida@cpha.ca.

ZDRAVÍ VĚZŇŮ
JE VĚCÍ
VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ

V roce 1992 dr. Franz Probst řešil dilema. Jako lékař pracující na částečný úvazek v mužské věznici Oberschönggrün ve švýcarském kantonu Solothurn věděl, že více než 20 % vězňů v tomto zařízení injekčně užívá drogy. Věděl také, že ti to muži nemají přístup ke sterilním stříkačkám a z nouze proto užívají stříkačky společné. Jak napsali autoři Nelles a Harding:

Na rozdíl od většiny svých kolegů vězeňských lékařů, kteří se vesměs podvolovali nutnosti denně porušovat vlastní etické zásady i zásady veřejného zdraví, Probst začal rozdávat sterilní injekční materiál, aniž o tom informoval ředitele věznice. Když bylo toto odvážné i když zjevně neuvážené gesto odhaleno, ředitel věznice namísto toho, aby Probstu ihned propustil, vyslechl jeho argumenty o prevenci HIV a hepatitidy a o vzniku abscesů v místě vpichu a vyžádal si od úřadů svého kantonu souhlas, který distribuci jehel a injekčních stříkaček posvětil. První distribuce injekčního materiálu uvnitř věznice tak začala jako akt lékařské neposlušnosti.¹

O více než 10 let později je tento akt lékařské neposlušnosti stále ještě efektivním a novátorským počinem ve vězeňské zdravotní péči a nadále dokládá neschopnost většiny vězeňských systémů na světě účinně řešit problém přenosu HIV a viru hepatitidy typu C (VHC) při injekčním užívání drog, ke kterému za jejich zdmi dochází. Je to zároveň krok, který inspiroval ostatní k následování, a to nejen ve švýcarských věznicích, ale i ve věznicích ve Španělsku, Moldávii, Německu, Kyrgyzstánu a Bělorusku. Přestože každá z těchto zemí je sociálně a politicky odlišná a stojí v jiné situaci z hlediska nápravných zařízení a zdravotní péče, všechny dospěly k závěru, že poskytování sterilních stříkaček vězňům – jakkoli je tento postup kontroverzní – je pro prevenci přenosu HIV a VHC nezbytné.

První distribuce injekčního materiálu uvnitř věznice začala jako akt lékařské neposlušnosti.

Injekční užívání drog a vysoký výskyt HIV a VHC mezi vězni nejsou charakteristické jen pro těchto šest zemí. Mnoho dalších, včetně Kanady, se

potýká s několikanásobně vyšší prevalencí HIV a VHC ve věznicích než u běžné populace. V řadě zemí vysoké počty případů těchto krví přenášitelných infekcí lze do značné míry připsat na vrub injekčnímu užívání drog, a to jak v běžné populaci, tak v samotných věznicích. Státy téměř všude na světě reagovaly na problémy spojené s užíváním nelegálních drog intenzivnějším vynucováním zákonů. Výsledkem je bezprecedentní nárůst vězeňské populace a uvěznění vyššího počtu lidí užívajících nelegální drogy. Přestože užívání a držení drog je ve věznicích nezákonné a přestože se vězeňské systémy snaží zabránit pronikání drog do věznic, drogy zde nadále zůstávají běžně dostupné. Mnozí přicházejí do vězení už s drogovou závislostí, jiní ve vězení berou drogy, aby se dokázali vyrovnat s jejím prostředím. Tato zpráva se zaměřuje na programy výměny jehel, které představují reakci veřejného zdravotnictví na nebezpečí spojená s injekčním užíváním drog a sdílením jehel (a dokonce podomácku zhotovených injekčních pomůcek) ve věznicích.

V důsledku toho, že věznice jsou ze své podstaty uzavřenými institucemi, stojí zdraví vězňů jen málokdy v centru veřejné pozornosti. Zdraví vězňů je však věcí veřejného zdraví. Zlepšení zdraví vězňů a snížení výskytu přenosných chorob je totiž přínosné pro každého ve vězeňském prostředí – pro vězně, pracovníky vězeňského personálu, jejich rodinné příslušníky. Opatření ke snížení rizika přenosu HIV a VHC, včetně opatření minimalizujících náhodný kontakt s těmito infekcemi přenášenými krví, činí práci a život ve věznicích bezpečnějšími. Vysoký stupeň mobility mezi věznicemi a vnějším světem znamená, že nakažlivé choroby a s nimi spojená onemocnění přenášená nebo zhoršující se ve věznicích zde nezůstávají uzavřena. Jakmile jsou lidé žijící s HIV a VHC propuštěni z vězení, otázka zdraví ve věznicích se nutně stává otázkou veřejného zdraví.

Zdraví vězňů je věcí veřejného zdraví.

Věznice představuje jedinečnou příležitost reagovat na chování, které představuje vysoké riziko přenosu HIV a VHC, jako například sdílení je-

hel, a to osvědčenými opatřeními na ochranu veřejného zdraví, jako jsou například programy výměny jehel. Vedení věznic a volení představitelů zodpovídající za věznice rovněž nesou právní odpovědnost za dodržování, ochranu a naplňování práva vězňů na nejvyšší dosažitelný standard zdraví. V kontextu epidemie HIV a přenosu VHC ve věznicích pak právo vězňů na zdraví zahrnuje i přístup k prostředkům, kterými se mohou chránit před infekcí (nebo reinfekcí) HIV a VHC, včetně programů výměny jehel. Jestliže úřady a politici tuto povinnost neplní, ohrožují tím zdraví nejen vězňů, ale celé společnosti.

Terminologická poznámka

Výraz „výměna jehel“ je zde užíván jednak pro výměnu použité jehly za jehlu sterilní, jednak pro distribuci sterilních jehel bez výměny. Není-li výslovně uvedeno nebo nevyplývá-li z kontextu jinak, výrazy „jehla“ a „stříkačka“ znamenají prostředek sloužící k injekční aplikaci tekutiny do těla a jsou v celé této zprávě vzájemně zaměnitelné.

METODIKA

Údaje pro tutu zprávu byly shromažďovány po dobu 18 měsíců od října 2002.

Autoři prozkoumali existující mezinárodní literaturu a provedli rozsáhlý výzkum věznic a následujících oblastí:

- HIV,
- VHC,
- injekčního užívání drog,
- opatření k minimalizaci škod (harm reduction),
- programů výměny jehel.

Zdroje, na které tato zpráva odkazuje, zahrnují zveřejněné kanadské a mezinárodní zprávy, články v odborných časopisech, přednášky z konferencí, vládní publikace a zprávy vězeňské služby. Tyto materiály obsahují dřívější práce a výzkum této problematiky publikované autory této zprávy.

Vedle toho byl prováděn během návštěv lokalit původní výzkum programů výměny jehel ve věznicích ve všech čtyřech zemích, v nichž tyto iniciativy v říjnu 2002 probíhaly. Návštěvy lokalit se uskutečnily v těchto věznicích:

- Moldávie: Vězeňské zařízení 18 (Branesti), 11.–18. listopadu 2002,
- Švýcarsko: Hindelbank (kanton Bern), Saxerriet (kanton Salez), Oberschönggrün (kanton Solothurn), 1.–5. června 2003,
- Německo: Lichtenberg (Berlín), Vechta (Dolní Sasko), 11.–14. června 2003,
- Španělsko: Soto de Real (Madrid), 25.–28. května 2003.

Během těchto návštěv byly sledovány programy výměny jehel a probíhaly nestrukturované rozhovory se zdravotnickým personálem věznic, vedením věznic, externími odborníky pracujícími v oblasti protidrogové politiky a/nebo minimalizace škod a s vězni. V některých případech byly dotazováni také vládní představitelé a/nebo zástupci nevládních organizací. V průběhu výzku-

mu byly iniciovány programy výměny jehel ve dvou dalších zemích – Kyrgyzstánu a Bělorusku. Protože v říjnu 2002, kdy byl plán výzkumu připravován, tyto programy ještě neprobíhaly, návštěvy vězeňských lokalit v těchto zemích nebylo možné uskutečnit. Proto zde výzkum proběhl na základě:

- osobní komunikace s personálem podílejícím se na koordinaci programů výměny jehel,
- osobní komunikace s organizacemi financujícími tyto programy,
- písemné dokumentace poskytnuté autory výše uvedených zdrojů, včetně návrhů financování, projektových zpráv, konferenčních příspěvků a dalších dokumentů.

Jelikož v těchto případech návštěvy lokalit nebyly možné, informace uvedené v oddílech této zprávy věnovaných Kyrgyzstánu a Bělorusku jsou méně podrobné, než je tomu v případě ostatních zemí. Konečně v březnu 2004, kdy byla tato zpráva zpracovávána, autoři uskutečnili kontakt s řadou uvedených zemí, aby si ověřili a vyjasnili dříve získané informace a/nebo získali aktuální zprávy o situaci ve vězeňském systému dané země.

EPIDEMIE HIV A VHC
VE VĚZNICÍCH

Prevalence HIV a VHC ve věznicích

Celosvětově je výskyt HIV většinou mnohem vyšší ve věznicích než v obecné populaci. Výjimkou není ani Kanada. Převážná část údajů o HIV/AIDS ve věznicích pochází z rozvinutých zemí s vyspělou ekonomikou; naopak o rozvojových a zemích procházejících ekonomickou transformací je k dispozici relativně málo informací. Avšak i v případě ekonomicky silných států je obtížné přesně odhadnout počet HIV pozitivních vězňů. Obtížnost tohoto úkolu spočívá v rozdílech testovacích postupů (dobrovolné testování, testování všech nových vězňů, testování v místech propukající infekce). Údaje o počtu nakažených osob zjištěné studiem populace v konkrétní věznici navíc nemusí odpovídat prevalenci v celostátním měřítku vzhledem k tomu, že počty případů nakažení virem HIV se mohou mezi jednotlivými regiony dané země lišit.

Vedle těch zemí, kde prevalenci lze připsat na vrub rizikovému heterosexuálnímu chování, má prevalence HIV ve věznicích úzkou souvislost se dvěma faktory: (1) s počtem vězňů, kteří injekčně užívali drogy už před svým nástupem do věznice, a (2) výskytem HIV mezi lidmi, kteří injekčně užívají drogy v prostředí mimo věznici. K oblastem s největším výskytem HIV ve věznicích (vedle zemí s rozsáhlými epidemiemi HIV šířenými při heterosexuálním chování) patří ty, v nichž se infekce HIV v běžné populaci „šíří především mezi injekčními uživateli drog, kteří mají výrazně nejvyšší zastoupení v nápravných zařízeních.“² Když v roce 1991 Americká národní komise pro boj s AIDS (the US National Commission on AIDS) vyjadřovala své stanovisko k situaci ve Spojených státech amerických, konstatovala, že „uplatňováním trestu odnětí svobody v masovém měřítku jako reakce federální vlády a vlády jednotlivých států na užívání drog jsme *de facto* vytvořili politiku uvěznění neustále narůstajícího počtu osob infikovaných virem HIV.“³ Prohibicionistický přístup k užívání drog a uživatelům drog se neobjevuje pouze ve Spojených státech amerických. Stejná situace, jak ji popsala

Americká národní komise pro boj s AIDS, je evidentní v řadě dalších zemí.

Celosvětově je výskyt HIV většinou mnohem vyšší ve věznicích než v obecné populaci.

Západní Evropa, Austrálie a Spojené státy americké

Vysoký výskyt HIV ve vězeňské populaci byl zaznamenán v mnoha zemích. Ve Španělsku podle odhadů dosahuje celkové procento vězňů infikovaných virem HIV 16,6 %, přičemž v některých věznicích je to až 38 %.⁴ V Itálii byl hlášen výskyt 17 %.⁵ Vysoké počty nakažených HIV mezi vězni byly rovněž hlášeny ve Francii (13 %; testování 500 po sobě následujících odběrů), ve Švýcarsku (11 %; průřezová studie v pěti věznicích v bernském kantonu) a v Nizozemsku (11 %; screening vzorku vězňů v Amsterdamu⁶). Naproti tomu některé evropské země, mezi nimi Belgie, Finsko, Island, Irsko a některé spolkové země Německa, vykazují nižší prevalenci HIV.⁷ Relativně nízkou prevalenci HIV uvádí také Austrálie.⁸ Podle studie nedávno provedené v USA se odhaduje, že 25 % všech amerických státních příslušníků nakažených virem HIV projde každoročně ve Spojených státech amerických nějakým nápravným zařízením.⁹ V USA je geografické rozložení případů HIV a AIDS nerovnoměrné. Mnoho věznic vykazuje prevalenci HIV nižší než 1 %, zatímco jiné dosahují nebo i přesahují hranici 8 %.¹⁰

Střední a východní Evropa a země bývalého Sovětského svazu

V zemích střední a východní Evropy a bývalého Sovětského svazu narůstají obavy z vysokého počtu případů nákazy virem HIV mezi lidmi, kteří injekčně užívají drogy a mezi vězni. V Ruské federaci počet registrovaných osob žijících s HIV/AIDS v systému nápravných zařízení koncem roku 2002 přesáhl 36 000, což představuje přibližně 20 % evidovaných případů HIV.¹¹ Na Ukrajině, kde je 69 % případů nákazy virem HIV spojeno s injekčním užíváním drog¹², se odhaduje, že 7 % vězeňské populace je HIV pozitivní.¹³

V Lotyšsku se odhaduje, že vězni představují jednu třetinu HIV pozitivní populace v celé zemi a že jedna čtvrtina všech HIV pozitivních osob v Lotyšsku se nakazila během svého pobytu ve věznici.¹⁴ V Litvě počet nových pozitivních výsledků HIV testů zjištěný mezi vězni během dvoutýdenního období v květnu 2002 odpovídal počtu všech případů HIV zjištěných v celé zemi za všechny předchozí roky dohromady.¹⁵ V období od května do srpna roku 2002 byla stanovená diagnóza HIV pozitivní celkem u 284 vězňů (15 % celkové vězeňské populace v Litvě).¹⁶

V Ruské federaci přesahuje počet registrovaných osob žijících s HIV/AIDS v systému nápravných zařízení 36 000.

Kanada

Odhady prevalence HIV v kanadských federálních a provinčních věznicích se pohybují v rozpětí 2 % až 8 %¹⁷, zatímco studie v jednotlivých věznicích vykazují prevalenci HIV od 1 % až po 11,94 %.¹⁸ I při konzervativním přístupu tyto odhady znamenají prevalenci HIV ve věznicích na úrovni desetinásobně vyšší než v běžné kanadské populaci.¹⁹ Podle předběžných dat je známo u 2,01 % všech vězňů v kanadských federálních věznicích, že jsou HIV pozitivní, přičemž výskyt je vyšší u žen (3,71 %).²⁰ Ze všech pěti regionálních oblastí, do nichž je Kanadská vězeňská služba rozdělena, byl počet hlášených případů HIV největší v regionu Quebec (2,7 %) a nejnižší v regionu Ontario (0,7 %).²¹ Ve federálních a provinčních věznicích byla provedena řada studií, včetně následujících:

- První studie HIV prevalence a rizikového chování v kanadské věznici proběhla v ženské věznici s dozorem v Montrealu.²² Z celkového počtu 321 účastnic bylo 23 (7,2 %) HIV pozitivních a 160 (49,8 %) uvedlo, že injekčně užívají drogy. Bylo zjištěno, že nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro infekci HIV jsou neesterilní praktiky při injekčním užívání drog a nechráněný sexuální styk s uživateli drog.
- V období od 1. října do 31. prosince 1992 proběhla studie zaměřená na sledování spojitosti mezi infekcí HIV a konkrétními

demografickými a behaviorálními charakteristikami ve všech věznicích pro dospělé pachatele v provincii Britská Kolumbie. Testování se dobrovolně zúčastnilo 2482 (91,3 %) z celkového počtu 2719 způsobilých vězňů. Vězni, kteří uvedli injekční užívání drog v minulosti, měli vyšší pravděpodobnost odmítnutí testu na HIV protilátky než ostatní (12,9 % oproti 6,8 %). Všechny 2482 vězňů, kteří byli testováni na HIV, odpovídalo běžné vězeňské populaci co do pohlaví, národnosti a věkové skupiny. Celkem 28 vězňů bylo potvrzeno jako HIV pozitivní při celkové prevalenci 1,1 % ve sledovaném vzorku dané studie. Prevalence byla vyšší u žen než u mužů (3,3 % oproti 1,0 %) a mezi vězni, kteří uvedli injekční užívání drog v minulosti, než u těch, kteří injekční užívání drog v minulosti neuváděli (2,4 % oproti 0,6 %). Mezi zdravotním stavem z hlediska HIV a národností nebo věkovou skupinou nebyla žádná souvislost. Vyšší prevalenci u žen lze vysvětlit tím, že historii injekčního užívání drog uvedlo více žen než mužů. Autoři studie došli k závěru, že celková prevalence 1,1 % a prevalence 3,3 % u žen potvrzují, že infekce HIV je ve věznicích realitou a že virus HIV se ve vězeňské populaci pevně uchytil. Autoři dále vyslovují myšlenku, že z hlediska veřejného zdraví uvedené údaje svědčí o naléhavé potřebě zajistit přístup ke sterilnímu injekčnímu náčiní vedle dalších preventivních opatření.²³

- Jiná studie uváděná v roce 1995 zjišťovala séroprevalenci HIV a hepatitidy typu C u vězenkyň ve federálním nápravném zařízení pro ženy.²⁴ Z počtu 130 vězenkyň dostupných pro tuto studii jich 113 (86,9 %) souhlasilo s poskytnutím vzorku krve. Jedna žena (0,9 %) byla HIV pozitivní; 45 (39,8 %) mělo pozitivní test na VHC protilátky. Zjištěná séroprevalence HIV 0,9 % je nižší než séroprevalence zjištěná ve studiích prováděných v provinčních věznicích. Vysoký výskyt protilátek na VHC však naznačuje významnou míru rizikového chování, nejpravděpodobněji injekční užívání drog, a znamená potenciál pro rychlé šíření infekce HIV, pokud by došlo k nárůstu nově přijímaných HIV pozitivních vězenkyň injekčně užívajících drogy.

- V roce 1998 tým z Queen's University provedl dobrovolný anonymní sérologický screening HIV a VHC v jedné kanadské federální mužské věznici s dozorem;²⁵ celkem 68 % z 520 vězňů dobrovolně poskytl vzorek krve a z těch, kteří si nechali krev odebrat, jich 99 % vyplnilo dotazník o rizikovém chování, který byl číselně vztažen ke krevnímu vzorku. Ve srovnání s dřívějšími screeningu HIV (čtyři roky předtím) a VHC (tři roky předtím²⁶) ve stejném zařízení vzrostla séroprevalence HIV z 1 % na 2 % a séroprevalence VHC z 28 % na 33 %. Převládajícím rizikovým faktorem pro VHC bylo užívání drog mimo věznici, i když zde byla malá skupina mužů, kteří injekčně přijali drogu teprve ve věznici, a z nich více než polovina byla nakažena virem VHC. Procento vězňů, kteří si injekčně aplikovali drogy ve věznici, rostlo z 12 % v roce 1995 na 24 % v roce 1998. Počet těch, kteří někdy ve věznici sdíleli injekční náčiní, byl mezi sledovanými osobami 19 %.
- Studie prevalence HIV provedená na vzorku 394 vězenkyň v Quebecu, jejíž výsledky byly zveřejněny v roce 1994, zjistila, že 6,9 % všech žen, které se studie zúčastnily, a 13 % žen, které v minulosti injekčně užívaly drogy, je HIV pozitivních.²⁷
- Studie zveřejněná v roce 2004 provedená u 1617 vězňů v sedmi provinčních nápravných zařízeních v Quebecu zjistila prevalenci HIV 2,3 % u mužů a 8,8 % u žen.²⁸

V Kanadě je prevalence HIV ve věznicích nejméně desetkrát vyšší než v běžné populaci.

Další země

Vysoký výskyt HIV mezi vězni se neomezuje pouze na evropské a severoamerické jurisdikce. S problémem, jak řešit tuto zdravotní krizi, se potýkají země ve všech částech světa. Zprávy z Afriky uvádějí, že až 41 % z celkového počtu 175 000 lidí v jihoafrických věznicích žije s HIV nebo AIDS.²⁹ Také Zambie³⁰ a Nigérie³¹ vykazují vysoké počty případů HIV ve svých věznicích. V latinské Americe studie zjistily prevalenci HIV téměř 7 % ve třech městských věznicích v Hondurasu (přičemž téměř 5 % mužů ve věku 16–20

let mělo pozitivní testy)³² a 10,9 % až 21,5 % ve vybraných brazilských věznicích.³³ V Asii četné studie z Thajska prokázaly, že historie výkonu trestu ve věznici má významnou souvislost s infekcí HIV.³⁴ Studie provedená u 377 vězňů ve třech věznicích v Indii zjistila, že 6,9 % z nich žije s HIV, přičemž všechny tyto osoby pocházely původně z Thajska a Myanmaru.³⁵

Infekce VHC

Infekce virem hepatitidy typu C (VHC) ve vězeňské populaci je na celém světě endemická. V mnoha zemích je vysoký výskyt případů HIV ve vězeňské populaci zastíněn ještě vyššími počty případů virové hepatitidy typu C, představující další krví přenášenou virovou infekci, která se může přenášet sdílením injekční jehly. Publikované studie VHC ve vězeňském prostředí zahrnují oblasti Austrálie, Tajwanu, Indie, Irska, Dánska, Skotska, Řecka, Španělska, Anglie, Brazílie, Spojených států amerických a Kanady. Převážná většina zveřejněných lektorovaných studií zjistila, že 20 % až 40 % vězňů žije s VHC a že v rámci sledovaných vzorků je prevalence VHC mezi vězni pravidelně injekčně užívajícími drogy dvakrát až třikrát vyšší než u vězňů, kteří historii injekčního užívání drog nemají.³⁶ Byla vyslovena domněnka, že vysoká koncentrace jedinců infikovaných virem VHC ve věznicích může souviset s řadou faktorů, včetně vysokého počtu případů uvěznění mezi osobami, které injekčně užívají drogy, a mezi těmi, kteří už dříve byli jednou nebo vícekrát trestáni; a dále, že uvěznění může být nezávislým rizikovým faktorem pro nákazu virem VHC.³⁷

V Kanadě 23,6 % vězňů ve federálních věznicích, kteří v roce 2001 podstoupili dobrovolné testování na VHC, mělo pozitivní nález.³⁸ Stejně jako v případě HIV byl výskyt VHC ve vězení vyšší u žen (42,4 %) než u mužů (23,2 %).³⁹ Zpráva Kanadské vězeňské služby, která tyto údaje z roku 2001 uvádí, však zároveň upozorňuje, že počty případů VHC mohou být podhlášeny, protože „v případě osob s nejvyšším rizikem infekce může být menší pravděpodobnost, že jsou testovány, což vede ke zkreslení vzorců testování a možnému dalšímu přenosu infekce.“⁴⁰ Důvod

k obezřetnosti potvrzuje studie z roku 1996 zaměřená na 192 vězňů ve federální mužské věznici, která zjistila VHC u 28 % vězňů, přičemž výskyt byl významně vyšší mezi těmi, kteří injekčně užívali drogy (52 %), než u těch, kteří drogy injekčně neužívali (3 %).⁴¹

Užívání drog ve věznicích

Bez ohledu na jejich nezákonnost, tresty za jejich užívání a nemalé finanční a personální zdroje nasazené ve vězeňství s cílem zabránit jejich pronikání do věznic, zůstává skutečností, že nelegální drogy se do věznic dostávají a vězni je užívají. Stejně jako v prostředí mimo věznici jsou drogy ve věznicích přítomné, protože pro ně existuje trh a protože se na jejich prodeji dají vydělat peníze.

Mnoho vězňů, ať ve vyšetřovací vazbě, před vynešením rozsudku, nebo ve výkonu trestu, má za sebou historii užívání drogy nebo drogy v době uvěznění aktivně užívá. Konflikt se zákonem a uvěznění jsou často důsledkem trestné činnosti související s kriminalizací určitých drog, trestné činnosti související s financováním užívání drog (někdy označované jako majetková trestná činnost), nebo trestné činnosti související s chováním způsobeným užíváním drog. V mnoha zemích můžeme sledovat výrazný nárůst vězeňské populace a následné přelidnění věznic částečně v důsledku politiky aktivního stíhání a uvězňování lidí, kteří vyrábějí, prodávají nebo užívají nelegální látky. Vedle těch, kteří se dostanou do vězení a drogy v minulosti užívali nebo je aktivně užívají, menší část vězňů začne užívat drogy až ve věznici jako prostředek, kterým uvolňují svoje napětí a vyrovnávají se s životem v přelidněném a často násilném prostředí.⁴²

Stejně jako v prostředí mimo věznici jsou drogy ve věznicích přítomné, protože pro ně existuje trh a protože se na jejich prodeji dají vydělat peníze.

Dvacet až čtyřicet procent vězňů žije s virovou hepatitidou typu C.

Studie prováděné v různých zemích ilustrují, v jaké míře se drogy ve věznicích užívají. Například v zemích Evropské unie počet vězňů uvádějících, že někdy užívali nelegální drogy, dosahuje 29 % až 86 %, přičemž většina studií uvádí 50 % nebo více.⁴³ Počet vězňů aktivně užívajících drogy v době svého uvěznění je mezi 16 % a 54 %.⁴⁴ Tyto studie realizované ve státech Evropské unie naznačují, že užívání drog ve věznicích je ještě rozšířenější mezi ženami.⁴⁵ V Kanadě podle průzkumu, který prováděla Kanadská vězeňská služba v roce 1995, uvedlo 40 % vězněných osob, že užívají drogy od nástupu do současného zařízení.⁴⁶

Dalším faktorem ovlivňujícím vzorce užívání drog ve věznicích jsou drogové testy. Mnohé vězeňské systémy, zvláště ve vyspělých zemích, vězně podrobují běžným a/nebo námatkovým testům na přítomnost nelegálních drog, nejčastěji rozbořem moči. Vězňům, u nichž se zjistí, že užíli nelegální drogu, hrozí postih podle trestních zákonů nebo ve správním řízení či trest v rámci nápravného zařízení, který může mít na následek ztrátu privilegií nebo prodloužení doby pobytu ve věznici. To je pro vězně užívající drogy významnou pobídkou k tomu, aby se snažili vyhnout odhalení. Rozbořem moči lze zjistit přítomnost drog v moči. Některé drogy jsou z lidského těla eliminovány během relativně krátké doby, jiné jsou detekovatelné (například v moči) mnohem déle. Zvláště významná v kontextu přenosu HIV a VHC ve věznicích je skutečnost, že kouření konopí je zjistitelné z moči po mnohem delší dobu (až jeden měsíc) než injekční aplikace drog, jako je heroin a kokain.⁴⁷ Je proto logické, že někteří vězni si drogy aplikují raději injekční

cestou (se závažnými důsledky z hlediska veřejného zdraví), než by riskovali postihy spojené s kouřením konopí (které představuje z hlediska veřejného zdraví zanedbatelné riziko). Vzhledem k nedostatku sterilních jehel a častému sdílení jehel ve věznicích může mít přechod k injekčnímu užívání drog zničující důsledky pro zdraví jednotlivých vězňů. Řada studií potvrdila, že roz-

bor močí při testování přítomnosti nelegálních drog zvyšuje škody spojené s injekčním užíváním drog, včetně potenciálního přenosu HIV a VHC.⁴⁸

Někteří vězni začínou ve věznici užívat drogy jako prostředek, kterým uvolňují svoje napětí a vyrovnávají se s životem v přelidněném a často násilném prostředí.

Injekční užívání drog, sdílení jehel a riziko přenosu HIV a VHC

Sdílení jehel mezi intravenózními uživateli drog je vysoce rizikovou činností z hlediska možnosti přenosu HIV a VHC, z důvodu přítomnosti krve v jehlách po vpichu.⁴⁹ Pro osoby užívající injekčně drogy pobyt ve věznici zvyšuje riziko nákazy HIV a VHC právě sdílením jehel. Protože je obtížnější propašovat do věznice jehly než drogy, jehel bývá obvykle nedostatek. V důsledku toho vězni užívající injekčně drogy z nouze jehly sdílejí a injekční stříkačky používají opakovaně. Jehla může kolovat mezi (často vysokým) počtem lidí, kteří si injekčně aplikují drogy, nebo může být uschována na všeobecně dostupném místě, kde ji vězni mohou použít podle potřeby. Jehlu také může vlastnit jeden vězeň, který ji za peníze půjčuje ostatním, nebo ji používá výhradně sám, ovšem opakovaně po dobu několika měsíců, dokud se nezničí.⁵⁰ Někdy je náčiní používané k injekční aplikaci drog vyrobené podomácku, kdy se náhražky jehel zhotovují z běžně dostupného materiálu, což často vede k poškození cév, vzniku jizev a k infekcím v místě vpichu a jinde.

Mezinárodní údaje

Vzhledem k nelegálnosti užívání drog ve většině zemí se lidé injekčně užívající drogy pravidelně ocitají v konfliktu se zákonem. V mnoha případech to vede k pobytu ve věznici. Například národní studie provedená v USA na vzorku 25 000 osob injekčně užívajících drogy zjistila, že přibližně 80 % z nich bylo někdy ve vězení.⁵¹ Studie

Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1995, která sledovala rizikové chování z hlediska přenosu HIV u injekčních uživatelů drog ve dvaceti městech, zjistila, že 60 % až 90 % respondentů už bylo někdy ve věznici od doby, kdy začali injekčně užívat drogy, většina z nich několikrát.⁵²

Uživatelé drog nemusejí nutně přestat brát drogy jen proto, že jsou ve vězení. Často drogy užívají nadále, buďto pravidelně, nebo příležitostně po celou dobu výkonu trestu. Podle konstatování UNAIDS v roce 1997 „dlouhodobé zkušenosti ukazují, že drogy, jehly a injekční stříkačky si najdou cestu i skrze nejsilnější a nejhledanější zdi věznic,“ a jedna studie za druhou dokládá prevalenci injekčního užívání drog ve věznicích na celém světě.⁵³ Studie dokonce prokázaly, že lidé nejenže ve věznici nadále užívají injekčně drogy, ale i to, že vězni začínají injekčně užívat drogy právě během pobytu ve vězení.

Prevalenci injekčního užívání drog ve věznicích na celém světě dokládá jedna studie za druhou.

- Studie z roku 2002 vypracovaná pro Evropskou unii ukázala, že 0,3 % až 34 % vězeňské populace v Evropské unii a v Norsku během svého pobytu ve věznici injekčně užívala drogy. Zpráva rovněž zjistila, že 0,4 % až 21 % lidí, kteří injekčně užívají drogy, začalo s injekční aplikací ve vězení a že vysoké procento

osob injekčně užívajících drogy ve věznicích používá společně injekční náčiní s někým dalším. Studie ve Francii a v Německu zjistily, že incidence sdílení injekčního náčiní je mezi ženami ve vězení dokonce ještě vyšší než mezi uvězněnými muži.⁵⁴

- Podle studií provedených v Austrálii 31 % až 74 % lidí injekčně užívajících drogy uvádí, že si injekčně aplikovali drogy ve vězení a 60 % až 91 % uvádí, že injekční náčiní ve věznici sdíleli.⁵⁵ Jedna studie zjistila, že 6 z celkového počtu 36 lidí, kteří uvedli, že během svého posledního pobytu ve věznici injekčně užívali drogy a sdíleli injekční stříkačky, rovněž uvedlo, že to bylo vůbec poprvé, kdy použili společnou injekční stříkačku.⁵⁶
- V Thajsku se první vlna nákazy virem HIV šířila v roce 1988 mezi injekčními uživateli drog. Ze zanedbatelného procenta na začátku roku vzrostla do září téhož roku prevalence u lidí injekčně užívajících drogy na více než 40 %, částečně v důsledku toho, že přenos viru byl usnadněn pohybem injekčních uživatelů drog do a z nápravných zařízení.⁵⁷ Novější studie došla k závěru, že „injekční uživatelé drog v Bangkoku jsou vystaveni významně vyššímu riziku infekce virem HIV při sdílení jehel s několika různými osobami v celách předběžného zadržení před nástupem do věznice.“⁵⁸
- Studie provedená u 1 087 vězňů v Rusku zjistila, že 43 % z nich si už někdy v minulosti injekčně aplikovalo drogu a že 20 % injekčně užívalo drogy během svého pobytu ve vězení. Z této druhé skupiny 64 % používalo injekční náčiní, které už předtím použil někdo jiný, a 13,5 % začalo s injekčním užíváním drog právě ve věznici.⁵⁹ V oblasti Nižnij Novgorod, která má vězeňskou populaci 28 000, úřady zjistily, že všech 220 HIV pozitivních vězňů se nakazilo virem HIV při intravenózní aplikaci drog.⁶⁰

Jedna studie zjistila, že 6 z celkového počtu 36 lidí, kteří uvedli, že během svého posledního pobytu ve věznici injekčně užívali drogy a sdíleli injekční stříkačky, rovněž uvedlo, že to bylo

vůbec poprvé, kdy použili společnou injekční stříkačku.

- Studie provedená v Mexiku ve dvou věznicích zjistila injekční užívání drog u 37 %, respektive 24 % vězňů.⁶¹ Přítomnost drog ve věznicích, počet vězňů, kteří jsou už při nástupu do výkonu trestu aktivními uživateli drog nebo je užívali v minulosti, dále vězni, kteří začnou užívat drogy v době pobytu ve věznici, a konečně nedostatek jehel, to vše má za následek, že věznice jsou vysoce rizikovým prostředím pro rychlé šíření infekce HIV a VHC. Případy přenosu HIV v rámci věznic jsou doloženy od konce 80. let 20. století.
- V letech 1987–1989 došlo v Bangkoku k zásadnímu nárůstu počtu případů nákazy virem HIV mezi injekčními uživateli drog v běžné populaci. Během roku 1987 prevalence HIV prudce stoupla z 2 % na 27 % a následně do konce roku 1988 vzrostla na 43 %. K tomuto významnému nárůstu výskytu HIV mezi osobami injekčně užívajícími drogy v běžné populaci došlo souběžně s amnestií a propuštěním vysokého počtu thajských vězňů. Šest studií šíření viru HIV mezi injekčními uživateli drog v Thajsku zjistilo významnou spojitost mezi historií pobytu ve věznici a nákazou virem HIV.⁶²
- Skotská studie ve věznici Glenochil podala nevratný důkaz o tom, že mezi vězeňskou populací může dojít k prudkému rozšíření infekce virem HIV. Studie zkoumala propuknutí infekce HIV ve věznici v roce 1993. Před zahájením studie bylo 263 vězňů, kteří byli v této věznici v době propuknutí infekce, propuštěno nebo přesunuto do jiných věznic. Ze zbývajících 378 vězňů bylo získáno do studie 227. Sedmdesát šest lidí z této skupiny uvedlo, že v minulosti injekčně užívali drogy, a 33 uvedli, že injekčně užívali drogy ve věznici Glenochil. Dvacet devět z posledně uvedené podskupiny bylo testováno na HIV, z nich 14 s pozitivním nálezem. Třináct mělo totožný kmen viru HIV, což prokazuje, že se nakazili ve vězení. Všichni vězni nakažení ve věznici Glenochil uvedli, že po dlouhou dobu zde sdíleli injekční stříkačky.⁶³

- V jedné australské věznici byla epidemiologická a genetická data použita pro identifikaci sítě osob, které injekčně užívaly drogy. Identifikováno bylo 25 z 31 vězňů. Z nich byli dva HIV negativní, sedm osob zemřelo, dva odmítli účast ve studii a 14 bylo do studie zařazeno. Bylo možné prokázat, že 8 z těchto 14 lidí se nakazilo virem HIV v době svého pobytu právě v této věznici.⁶⁴
- V Litvě během namátkové kontroly provedené v roce 2002 státním centrem pro boj s AIDS mělo 263 vězňů ve věznici Alytus pozitivní test HIV. Testy v ostatních čtrnácti lotyšských věznicích odhalily pouze 18 případů HIV pozitivních osob. Před uskutečněním testů ve věznici Alytus lotyšské úřady registrovaly pouze 300 případů HIV v celé zemi, tedy méně než 0,01 % populace, což představovalo nejnižší výskyt v Evropě. Bylo konstatováno, že šíření infekce ve věznici Alytus způsobilo sdílení prostředků pro injekční aplikaci drog.⁶⁵
- Přenos VHC ve vězeňské populaci byl rovněž dokumentován v řadě studií.⁶⁶ Zjištění, že k infekci virem hepatitidy dochází ve vězení mnohem častěji, potvrzuje německá studie provedená v roce 1996 v ženské věznici ve městě Vechta v Dolním Sasku. Bylo zjištěno, že 78 % uživatelů drog bylo infikováno virem hepatitidy typu B a 74,8 % virem hepatitidy typu C. Autoři dále zjistili, že během pobytu ve věznici byl vysoký počet sérokonverzí. Téměř polovina žen, u kterých došlo k sérokonverzi (20 z 41), byla během pobytu ve věznici infikována virem hepatitidy.⁶⁷

Skotská studie ve věznici Glenochil podala nezvratný důkaz o tom, že mezi vězeňskou populací může dojít k prudkému šíření viru HIV.

Údaje z Kanady

Injekční užívání drog a sdílení jehel v kanadských věznicích dokumentuje řada kanadských studií:

- Podle studie z kanadské provincie Ontario zveřejněné v roce 2003 celkem 11 % ze všech účastníků studie (439 dospělých mužů, 158

- žen) z šesti provinčních nápravných zařízení, kteří v minulosti injekčně užívali drogy, uvedlo, že v předchozím roce během svého pobytu ve věznici drogy rovněž užívali injekčně. 32 % těch, kteří potvrdili injekční užívání drog během pobytu ve věznici, uvedlo, že drogy si aplikovali použitými jehlami.⁶⁸
- Ve studii z roku 2003 zaměřené na ženy ve federálních věznicích uvedlo 19 % z nich, že si ve věznici injekčně aplikovaly drogy.⁶⁹
- Studie z roku 1998 provedená ve věznici Joyceville ve městě Kingston, provincie Ontario, zjistila, že 24,3 % vězňů uvádí injekční užívání drog ve vězení. To představuje nárůst z původních 12 %, která byla zjištěna v obdobné studii prováděné v téže věznici v roce 1995.⁷⁰
- Průzkum mezi vězni ve federální věznici v Britské Kolumbii realizovaný v roce 1996 zjistil, že 67 % vězňů uvádí injekční aplikaci drog ve věznici nebo mimo ni, přičemž 17 % uvedlo, že injekčně užívá drogy pouze ve věznici.⁷¹
- V roce 1995 Národní průzkum populace věznic realizovaný Kanadskou vězeňskou službou zjistil, že 11 % z počtu 4285 vězňů ve federálních věznicích samo uvedlo, že injekčně užívá drogy od svého nástupu do současného zařízení. Injekční užívání drog bylo velmi rozšířené především v pacifickém regionu, kde injekční aplikaci uvádělo 23 % vězňů.⁷²
- Studie z roku 1995 zjistila u populace provinčních věznic v Montrealu, že 73,3 % a mužů a 15 % žen uvedlo, že během pobytu ve věznici užívali drogy. Z nich 6,2 % mužů a 1,5 % žen potvrdilo injekční aplikaci drog.⁷³
- Ve studii z roku 1995 provedené u populace provinčních věznic ve městě Quebec bylo zjištěno, že 12 ze 499 vězňů připustilo, že během pobytu ve věznici injekčně užívali drogy, z nich 11 používalo společné jehly. Tři byli HIV pozitivní.⁷⁴

Harm reduction (minimalizace škod)

Obavy z přenosu chorob při injekčním užívání drog nacházejí tradičně odezvu ve výzvách k ještě většímu prohloubení filozofie a praxe „nulové tolerance“ drog. Zvýšení postihů za užívání drog, zpřísnění bezpečnostních opatření ke snížení dodávky drog a zosílené sledování jednotlivých uživatelů drog jsou často prezentovány jako řešení otázek veřejného zdraví ochranou „zákona a pořádku“. Zdravotní rizika, která představují infekce HIV a VHC při sdílení injekčních jehel, však podnítila mnoho zemí včetně Kanady k tomu, aby si uvědomily omezení přísně formulovaného přístupu nulové tolerance. To vedlo k vytvoření a realizaci zdravotních programů v obecné populaci, které umožňují lidem užívajícím injekčně drogy snížit riziko nákazy HIV a VHC a přitom nelegální drogy nadále užívat. Tyto iniciativy k minimalizaci škod, včetně programů výměny jehel a zajištění možnosti bezpečné injekční aplikace, byly uzákoněny jako pragmatická odpověď na injekční užívání drog a průvodní rizika, která infekce HIV a VHC představuje pro jednotlivce i pro společnost jako celek.

Řada kanadských studií dokumentuje injekční užívání drog a sdílení jehel v kanadských věznicích.

Politika harm reduction neomlouvá užívání nelegálních drog, avšak vychází z toho, že omezit šíření krví přenášených chorob a snížit počet úmrtí z předávkování ve společnosti je naléhavějším úkolem a dosažitelnějším cílem než zastavit užívání nelegálních drog. Jelikož uživatelé drog jsou často izolováni od přístupu ke zdravotnickým službám, iniciativy k minimalizaci škod, jako programy výměny jehel a udržovací metadonové programy, rovněž vytvářejí důležité vazby mezi profesionálními zdravotnickými pracovníky a těmito komunitami na okraji společnosti, takže umožňují uživatelům drog, aby udržovali a zlepšovali svůj celkový zdravotní stav.

Už v roce 2001 bylo v provozu přes 200 center pro výměnu jehel v různých místech celé Kanady.⁷⁵ Třebaže si mnoho států uvědomuje přínos programů výměny jehel a podporuje jejich zavádění ve společnosti, jen málo z nich se zasadilo o rozšíření dostupnosti těchto programů pro vězně. Některé oblasti, včetně většiny kanadských jurisdikcí, jsou si vědomy rizik spojených s injekčním užíváním drog a zavedly do věznic omezená opatření k minimalizaci škod, jako je například distribuce dezinfekčního prostředku anebo udržovací metadonové programy.⁷⁶

Většina zemí bohužel nadále nedokáže jednat pragmaticky a rozhodně při ochraně zdraví vězňů, kteří se vyznačují rizikovým chováním z hlediska možnosti nákazy HIV a VHC. Jak uvádí UNAIDS: „Ať už to úřady přiznávají nebo ne – a jakkoli se tento jev snaží potlačit represemi – v mnoha zemích se drogy do vězení dostávají a vězni je užívají... Popírat nebo ignorovat tyto skutečnosti nijak nepomůže při řešení problému pokračujícího šíření HIV.“⁷⁷ Zkušenosti ze zdravotnických systémů mnoha zemí i z vězeňských systémů mezinárodně ukazují, že harm reduction vytváří rámec pro účinné kroky k zajištění prevence přenosu HIV a VHC ve věznicích.

Politika harm reduction neomlouvá užívání nelegálních drog, avšak vychází z toho, že omezit šíření krví přenášených chorob a snížit počet úmrtí z předávkování ve společnosti je naléhavějším úkolem a dosažitelnějším cílem než zastavit užívání nelegálních drog.

LIDSKÁ PRÁVA A PRÁVNÍ NORMY

Otázkou práv vězňů a přístupu vězňů ke zdravotnickým službám se zabývá řada mezinárodně-právních dokumentů. Tyto mezinárodní úmluvy jsou významné v kontextu injekčního užívání drog a přenosu HIV/AIDS a VHC ve věznicích. Vezmeme-li je jako celek, tyto zákony, pravidla, zásady a normy jsou vyjádřením standardů, kterými by se měli řídit představitelé s rozhodovací-

mi pravomocemi, tedy jak zákonodárci, tak vězeňské orgány. Důležité je rozlišovat mezi dvěma obecnými kategoriemi listin na ochranu práv, protože každá z nich má pro vlády států jiné důsledky. Mezinárodní zákony o lidských právech jsou pro vlády závazné; mezinárodní pravidla, normy a zásady nejsou zákonem, a proto pro vlády závazné nejsou.

Mezinárodní zákony o lidských právech

Lidská práva jsou právně zaručena v rámci existujících zákonů o lidských právech přijatých mezinárodními institucemi. Chrání všechny osoby – skupiny i jednotlivce – před kroky, které jsou v rozporu s jejich základními svobodami a lidskou důstojností. Lidská práva se především zabývají otázkou vztahu mezi osobou nebo skupinou osob a státem a stanovují státům závazek dodržovat, chránit a naplňovat určitá základní práva. Společenství národů uznává, že všechna lidská práva jsou univerzální, vzájemně závislá a provázaná.⁷⁸ Státy mají povinnost lidská práva chránit a prosazovat, a to bez ohledu na svůj politický, ekonomický a kulturní systém.

Pro práva vězňů v kontextu epidemie HIV/AIDS je významná řada mezinárodních zákonů, přestože jsou obecné povahy:

- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech,⁷⁹
- Mezinárodní úmluva o ekonomických, sociálních a kulturních právech,⁸⁰
- Africká charta o lidských právech a právech národů,⁸¹
- Americká úmluva o lidských právech,⁸²
- Dodatkový protokol Americké úmluvy o lidských právech v oblasti ekonomických, sociálních a kulturních práv,⁸³
- Evropská konvence o ochraně lidských práv a základních svobod,⁸⁴
- Evropská sociální charta.⁸⁵

Jelikož většina těchto dohod, chart a úmluv vychází ze Všeobecné deklarace lidských práv Organizace spojených národů,⁸⁶ do značné míry se vzájemně překrývají v tom, která lidská práva zaručují. Všeobecná deklarace má statut zvykového práva⁸⁷ a jako taková je pro všechny státy závazná. Navíc státy, které ratifikovaly některou z výše uvedených dohod, deklarací nebo chart, popřípadě k nim přistoupily, uznaly svůj právní závazek respektovat, chránit a naplňovat lidská práva, k nimž mimo jiné patří:

- právo na rovnost a nediskriminaci,
- právo na život,
- právo na osobní bezpečnost,
- právo nebýt vystaven mučení nebo krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu,
- právo užívat nejvyšší dosažitelný standard tělesného a duševního zdraví

Mezinárodní společenství obecně přijalo tezi, že vězňům náleží veškerá občanská práva, která jim nejsou odňata výslovně nebo nutným následkem ztráty svobody vyplývající z uvěznění.⁸⁸ Přesto jen málo mezinárodních zákonů řeší explicitně a detailně podmínky pobytu ve věznici nebo práva vězňů. Mezinárodní práva, zásady, principy a normy jsou v tomto ohledu mimořádně užitečné.

Mezinárodní pravidla, zásady, principy a normy

Mezinárodní pravidla, zásady, principy a normy nemají právní sílu zákona, a tudíž nejsou pro státy právně závazné. Pravidla, zásady, principy a normy jsou konsenzuálními politickými dokumenty, které bývají nejčastěji formulovány Organizací spojených národů nebo jinými orgány určitého nadnárodního regionu za účasti členských států. Přestože nejsou zákonem, jsou tyto listiny tohoto druhu významné, a to ze dvou důvodů. Za prvé poskytují vodítko státům v otázkách národních zákonů a politik, které mají respektovat, chránit a naplňovat jejich závazky týkající se lidských práv. Pravidla, zásady, principy a normy stanovují, často podrobným způsobem, přijatelné podmínky pobytu ve věznicích a zacházení s vězni. Za druhé, jsou „výrazem... etických a filozofických norem.“⁸⁹ Proto lze tvrdit, že státy mají přinejmenším morální závazek dodržovat mezinárodní pravidla, zásady, principy a normy.

Níže uvádíme seznam konkrétních listin, které se týkají situace vězňů, ukládají státům jak negativní, tak pozitivní závazky ohledně podmínek ve věznicích a zacházení s vězni:

- Základní zásady OSN pro zacházení s vězni,⁹⁰
- Souhrn zásad na ochranu všech zadržovaných či vězněných osob,⁹¹
- Minimální standardní zásady zacházení s vězni,⁹²
- Doporučení č. R (98) 7 Výboru ministrů k etickým a organizačním aspektům zdravotní péče ve věznicích.⁹³

Vězňům náleží veškerá občanská práva, která jim nejsou odňata výslovně nebo nutným následkem ztráty svobody vyplývajícím z uvěznění.

Tři další mezinárodní listiny – jedna deklarace a dva souhrny zásad – jsou relevantní pro situaci vězňů v kontextu šíření HIV/AIDS:

- WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons (Doporučené postupy WHO pro řešení infekce HIV a AIDS ve věznicích),⁹⁴
- Deklarace závazku – Zvláštní zasedání Valné hromady OSN k otázce HIV/AIDS,⁹⁵
- International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights (Mezinárodní zásady pro otázku HIV/AIDS a lidských práv).⁹⁶

Žádný z těchto dokumentů nemá právní sílu zákona. Všechny jsou výsledkem konzultací nebo zvláštních zasedání orgánu nebo orgánů Organizace spojených národů. Zásady WHO „stanovují standardy – z hlediska ochrany veřejného zdraví – kterých by se vězeňské orgány měly snažit dosáhnout ve svém úsilí předcházet šíření HIV ve věznicích a poskytovat péči osobám postiženým HIV/AIDS. Předpokládá se, že tyto zásady budou vězeňskými úřady upraveny tak, aby vyhovovaly místním potřebám.“⁹⁷ Zásady WHO vymezují obecné principy a zabývají se otázkami jako testování na HIV, preventivní opatření; zacházení s vězni nakaženými HIV, diskrétnost, péče o vězně nakažené HIV a jejich podpora, tuberkulóza, ženy a mladiství ve věznicích, částečné omezení svobody, propuštění a předčasné propuštění, kontakt s veřejností, zdroje, hodnocení a výzkum.

Státy, které se podílely na deklaraci Zvláštního zasedání Valné hromady OSN, nepřijaly ve vztahu k vězňům nebo věznicím žádný konkrétní závazek, ale zavázaly se k tomu, že podniknou kroky v otázce lidských práv⁹⁸ a budou snižovat zranitelnost osob vůči infekci HIV.⁹⁹ Tyto oddíly deklarace jsou obecně aplikovatelné na situaci vězňů jakožto skupiny vystavené riziku nákazy virem HIV/AIDS.

Konkrétním významem uvedených zásad WHO a Mezinárodních zásad pro otázku HIV/AIDS a lidských práv z hlediska programů výměny jehel se zabývá další oddíl.

Právo vězňů na zdraví a přístup ke sterilním jehlám

Přístup ke sterilním jehlám implikuje právo na zdraví vzhledem k vysokému riziku přenosu HIV a VHC spojenému se sdílením jehel. Řada mezinárodních zákonů obsahuje ustanovení, že „každý člověk má právo na nejvyšší dosažitelný standard tělesného a duševního zdraví.“¹⁰⁰ Právo na zdraví ukládá státům povinnost prosazovat a chránit zdraví jednotlivců a společnosti, včetně povinnosti zajistit kvalitní zdravotní péči. Právo na zdraví v mezinárodním právu je třeba chápat v širším významu pojmu zdraví zakotveného Ústavou Světové zdravotnické organizace, která definuje zdraví jako „stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha, a nikoli pouhou nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady.“¹⁰¹

Stejně jako všichni lidé mají i vězni právo užívat nejvyššího dosažitelného standardu zdraví, jak jej zaručují mezinárodní zákony. Klíčové mezinárodněprávní dokumenty ukazují na všeobecný konsenzus, že standard zdravotní péče poskytované vězňům musí být rovnocenný se standardem dostupným ostatním občanům. Bod č. 9 Základních zásad zacházení s vězni uvádí: „Vězni musí mít přístup ke zdravotnickým službám v zemi dostupným bez diskriminace na základě svého právního postavení.“¹⁰² V kontextu HIV/AIDS zahrnují rovnocenné „zdravotnické služby“ také poskytování prostředků, kterými se vězni chrání před nákazou HIV a VHC. Oporu pro toto tvrzení nalezneme v dokumentech vydávaných Evropskou unií, Radou Evropy a Světovou zdravotnickou organizací. Článek 35 Charty základních práv Evropské unie říká: „Každý má právo na prevenci a ochranu zdraví a právo na zdravotní péči za podmínek stanovených legislativou jednotlivých států a jejím uplatňováním.“¹⁰³

Klíčové mezinárodněprávní dokumenty ukazují na všeobecný konsenzus, že standard zdravotní péče poskytované vězňům musí být rovnocenný se standardem dostupným ostatním občanům.

Lze dovozovat, že to se týká i osob ve věznicích. Dále bod 10 Doporučení č. R (98) 7 Výboru ministrů uvádí: „Politika zdravotní péče ve věznicích by měla být integrována do státní politiky zdravotnictví a měla by s ní být srovnatelná. Zdravotnická služba ve věznici by měla být schopna... zavádět hygienické programy a programy preventivní medicíny v podmínkách srovnatelných s podmínkami, jaké má široká veřejnost.“¹⁰⁴ Zásady WHO doporučují rovnocennost zdravotní péče, včetně preventivních opatření, a dále to, aby se obecné politiky přijaté v rámci národních programů boje proti AIDS stejnou měrou vztahovaly na vězně a všeobecnou veřejnost.¹⁰⁵

Tento princip rovnocennosti vězeňské zdravotní péče aplikovala Světová zdravotnická organizace při řešení otázky HIV/AIDS. V roce 1991 Regionální kancelář WHO pro Evropu doporučila poskytování sterilních injekčních jehel ve věznicích jako součást komplexní strategie prevence šíření viru HIV.¹⁰⁶ O dva roky později byly publikovány zmíněné zásady WHO. První bod těchto zásad zdůrazňuje, že „všichni vězni mají právo na zdravotní péči, včetně preventivních opatření, poskytovanou na stejné úrovni, jaká je k dispozici ostatním občanům, bez diskriminace na základě svého právního postavení.“¹⁰⁷ Druhý bod dále konstatuje, že „obecné principy přijaté národními programy boje proti AIDS by se měly vztahovat stejnou měrou na věznice jako na širokou veřejnost.“¹⁰⁸ Zásady WHO jasně uvádějí, že „v zemích, kde jsou čisté injekční stříkačky a jehly poskytovány uživatelům drog žijícím na svobodě, je třeba zvážit možnost poskytovat čisté injekční náčiní také uživatelům drog ve věznicích a po propuštění.“¹⁰⁹

Právo lidí žijících ve věznicích na přístup k odpovídajícím standardům prevence HIV/AIDS a zdravotní péči podporuje také UNAIDS. Na zasedání Komise pro lidská práva OSN zaznělo konstatování UNAIDS, že „ve vztahu k efektivním programům prevence a péče HIV/AIDS mají

vězni právo na poskytování základního standardu lékařské péče dostupné v obecné populaci.¹¹⁰ To by opět svědčilo ve prospěch tvrzení, že tam, kde jsou sterilní injekční stříkačky poskytovány lidem injekčně užívajícím drogy na svobodě, musí být tytéž programy zavedeny i ve věznicích. Čtvrtý bod Mezinárodních zásad pro otázku HIV/AIDS a lidských práv konkrétně uvádí, že vězeňské úřady by měly vězňům poskytovat prostředky prevence proti HIV, včetně „čistého injekčního náčiní“. Tyto zásady mají prosazovat a chránit dodržování lidských práv v kontextu šíření HIV/AIDS a pomoci vládám tím, že „jasně vymezují, jak se standardy lidských práv vztahují na oblast HIV/AIDS, a naznačují konkrétní a určitá opatření v legislativě i praxi, která je třeba přijmout“, aby tak byly splněny závazky států v otázce veřejného zdraví v jejich konkrétních podmínkách.¹¹¹

Mezinárodní prováděcí předpisy upravující činnost lékařů a dalších zdravotnických odborníků pracujících ve věznicích rovněž svědčí ve prospěch teze, že pro vězeňskou populaci je třeba zajistit komplexní preventivní opatření proti HIV a VHC, včetně výměny jehel. Athénský kodex zdravotnických pracovníků ve vězeňství (Oath of Athens for Prison Health Professionals), přijatý v roce 1979 Mezinárodní radou vězeňských zdravotnických služeb (International Council of Prison Medical Services), „uznává právo uvězně-

ných osob na nejlepší možnou zdravotní péči“ a zavazuje se k tomu, že „úspěch lékaře bude vycházet z potřeb našich pacientů a bude nadřazen veškerým nemedicínským záležitostem.“¹¹² Mezinárodní názor podporující právo vězňů na zdravotní péči se neomezuje pouze na výše uvedené dokumenty. Zprávy Evropského výboru pro prevenci mučení a 8. kongresu OSN vyjádřily obdobná stanoviska, stejně jako odborníci z oblasti práva a medicíny na úrovni jednotlivých států, například ve Spojených státech amerických a v Austrálii.¹¹³ Jak podrobně zkoumal Jürgens, mezinárodní společenství ve svých doporučeních k otázce HIV/AIDS ve věznicích systematicky podporuje „rovné zacházení s vězni“, zdůrazňuje důležitost prevence přenosu HIV ve věznicích a navrhuje, aby pro vězně byla zajištěna preventivní opatření, včetně poskytování sterilních stříkaček.¹¹⁴

V roce 1991 Regionální kancelář WHO pro Evropu doporučila poskytování sterilních injekčních jehel ve věznicích jako součást komplexní strategie prevence šíření viru HIV.

Mezinárodní zásady pro otázku HIV/AIDS a lidských práv konkrétně stanovují, že vězeňské úřady by měly vězňům poskytovat prostředky prevence proti HIV, včetně čistého injekčního náčiní.

Závazky podle kanadského práva

Vedle dalších mezinárodních zákonů na ochranu lidských práv Kanada ratifikovala Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní úmluvu o ekonomických, sociálních a kulturních právech. Kanada má proto právní závazek respektovat, chránit a naplňovat práva zaručovaná těmito dokumenty, včetně práva na nejvyšší dosažitelný standard zdraví. Co se týká ochrany lidských práv na úrovni státu, vyslovil Richard Elliott tvrzení, že oddíly 7, 12 a 15 Kanadské charty práv a svobod mo-

hou vězňům poskytovat právní základ, s nímž se mohou domáhat zavedení programů výměny jehel.¹¹⁵ Oddíl 7 hájí právo člověka nebýt zbaven práva na život, nebýt zbaven svobody a nebýt zbaven osobní bezpečnosti, kromě případů řešených v souladu se základními principy trestního práva, oddíl 12 poskytuje ochranu před krutými a neobvyklými tresty a konečně oddíl 15 zaručuje právo na rovnost před zákonem a podle zákona a právo na rovnost z hlediska ochrany zákonem a požívání výhod

práva bez diskriminace na základě určité osobní charakteristiky.

Vedle této charty ukládají vládám povinnost zabezpečit zdraví a blaho vězňů zákony o vězeňství. Federální vězeňský systém se řídí zákonem o nápravných zařízeních a podmíněném propuštění a souvisejícími předpisy.¹¹⁶ Podle paragrafů 85 až 88 zákona je Kanadská vězeňská služba pověřena úkolem zajistit každému vězni základní zdravotní péči a přiměřený přístup k nadstandardní péči o duševní zdraví, která napomůže jeho resocializaci a reintegraci.

Zákon o nápravných zařízeních a podmíněném propuštění stanoví, že tato lékařská péče „musí vyhovovat uznávaným odborným standardům.“¹¹⁷ Můžeme tvrdit, že jelikož výměna jehel je ve společnosti uznávaným standardem v prevenci přenosu HIV a VHC při injekčním užívání drog, musí být tyto programy na základě podmínek daných uvedeným zákonem zpřístupněny vězňům ve federálním systému vězeňství.

Profesor Ian Malkin analyzoval aplikaci kanadského občanského práva v kontextu přenosu a prevence HIV ve věznicích.¹¹⁸ Došel k závěru, že vládní a vězeňské orgány v Kanadě mohou být právně napadnutelné za to, že vězňům znemožňují přístup ke sterilním jehlám, jestliže vězeň bude schopen prokázat, že se nakazil virem HIV ve věznici v důsledku sdílení jehel při injekčním užívání drog.

Vládní a vězeňské orgány v Kanadě mohou být právně napadnutelné za to, že vězňům znemožňují přístup ke sterilním jehlám.

PŘEHLED MEZINÁRODNÍCH
ÚDAJŮ O PROGRAMECH
VÝMĚNY JEHEL VE VĚZNICÍCH

V mnoha zemích se programy výměny jehel v obecné populaci staly nedílnou součástí pragmatické reakce veřejného zdravotnictví na riziko šíření HIV mezi lidmi, kteří injekčně užívají drogy, a v konečném důsledku v celé společnosti. Byla vypracována řada studií, jež přinesly vědecké důkazy o tom, že výměna jehel je vhodným a významným opatřením zdravotní prevence. Například jedna celosvětová studie zjistila, že se zavedením programů výměny nebo distribuce jehel poklesla prevalence HIV o 5,8 % ročně; ve městech bez těchto programů naopak ročně o 5,9 % vzrostla.¹¹⁹ Studie z roku 1998 provedená ve Spojených státech amerických analyzovala předpokládané náklady vlády na zajištění dostupnosti výměny jehel, jejich prodeje v lékárnách a náležitě likvidace jehel pro všechny injekční uživatele drog v zemi. Studie zjistila, že „tato politika by odhadem stála 34 278 USD na každý případ odvrácení rizika nákazou HIV, což představuje číslo výrazně nižší, než jsou odhadované náklady na celoživotní lékařskou péči poskytovanou osobě nakažené virem HIV.“¹²⁰ Australská zpráva z roku 2002 došla k závěru, že programy výměny jehel v zemi během deseti let

odvrátily 25 000 případů nákazy virem HIV a že 150 milionů dolarů vynaložených na tyto programy přineslo úspory ve výši 2,4 až 7,7 miliardy dolarů.¹²¹

Kvůli úspěchu programů výměny jehel v obecné populaci zazněly v mnoha zemích výzvy k zajištění sterilních jehel pro vězně. Pouze hrstka zemí – Švýcarsko, Německo, Španělsko, Moldávie, Kyrgyzstán a Bělorusko – však programy výměny jehel ve věznicích skutečně zavedla. Některé další země, mimo jiné Kazachstán, Tádžikistán a Ukrajina, jsou údajně připraveny takové programy zavést v blízké budoucnosti. Tato kapitola podává chronologický přehled zkušeností zemí, které programy výměny jehel ve věznicích zavedly. Pro každou zemi tento přehled uvádí epidemiologické informace (jsou-li dostupné) o HIV a VHC, a to jednak v běžné populaci, jednak ve věznicích; historii řešení problematiky HIV a VHC ve vězeňství; přehled programů výměny jehel ve věznicích, včetně historických údajů, hodnocení a získaných poznatků, současnou situaci a konečně budoucí směřování.

Švýcarsko

Shrnutí

Švýcarsko má přibližně 150 věznic rozmístěných ve všech 26 kantonech, které tvoří Švýcarskou federaci. Přestože trestní zákoník je federální, za správu věznic odpovídá vláda kantonu, na jejímž území se nápravné zařízení nachází. Ve Švýcarsku je asi 6000 vězňů. Největší věznice jich má 350, avšak většina vězňů vykonává svůj trest v malých zařízeních, kde je méně než 100 vězňů.

V roce 1992 se Švýcarsko stalo první zemí, která zavedla program výměny jehel ve věznicích. Ten původně začal neoficiální cestou. Jeden lékař v mužské věznici Oberschöngrün, který nedbaje na vězeňský řád, začal rozdávat sterilní stříkačky pacientům, o nichž bylo známo, že injekčně užívají drogy. V roce 1994 byl zahájen oficiální pilotní program výměny jehel v ženské věz-

nici Hindelbank. Po jeho úspěšném odzkoušení a hodnocení byly programy výměny jehel rozšířeny do celkem 7 švýcarských věznic.

HIV/AIDS, VHC a IUD ve Švýcarsku

Podle údajů, které v roce 2002 vydaly UNAIDS a WHO, ve Švýcarsku žije s HIV nebo AIDS asi 19 000 dospělých osob (ve věku 15–49 let). To představuje prevalenci HIV v běžné populaci přibližně 0,5 %. Počet nově diagnostikovaných případů HIV ve Švýcarsku od roku 1992 do roku 2000 poklesl. Lidé injekčně užívající drogy tvořili v letech 2000–2001 přibližně 15 % případů pozitivních testů na HIV.¹²²

Švýcarská protidrogová politika začala koncem 80. let minulého století směřovat k harm reduction. V té době patřily otevřené drogové scény

s injekčním užíváním drog ve městech, jako například Curych nebo Bern, k místnímu koloritu. V místě známém pod názvem Jehlový park (Needle Park) v curyšské čtvrti Letten se denně scházely tisíce lidí, kteří si kupovali a injekčně užívali heroin. Jehlový park přilákal pozornost médií a vedl švýcarskou vládu k přijetí významných programů minimalizace škod (harm reduction), jako například rozšíření dostupnosti výměny jehel, udržovací metadonové a heroinové programy, možnost bezpečné injekční aplikace a zajištění veřejné zdravotnické služby pro uživatele drog. Tyto intervence úspěšně ukončily existenci otevřených drogových scén a měly pro zdraví uživatelů významný přínos.¹²³

HIV/AIDS, VHC a IUD ve švýcarských věznicích

Švýcarsko dosud neprovádělo rozsáhlý výzkum prevalence HIV/AIDS nebo VHC ve věznicích. Výskyt HIV se však odhaduje na 2 % až 10 %.¹²⁴

Už v roce 1985 testy krevních vzorků švýcarské vězeňské populace odhalily u některých vězňů přítomnost protilátek HTLV-III.¹²⁵ Novější zpráva z roku 1999, vypracovaná na základě rozhovorů s 234 vězni ve věznici Realta, zjistila výskyt nákazy virem HIV 5,1 %, což je výsledek, který byl uznán jako srovnatelný s údaji zjištěnými v jiných zařízeních. Tataž studie odhalila, že přibližně 9 % vězňů v době studie užívalo drogy injekčně.¹²⁶

V roce 1992 se Švýcarsko stalo první zemí, která zavedla program výměny jehel ve věznicích.

Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD ve švýcarských věznicích

Iniciativy harm reduction ve švýcarském vězeňství se datují do poloviny 80. let minulého století. Švýcarské vězeňské orgány schválily už v roce 1985 distribuci kondomů v rámci programu, který se postupem doby rozšiřoval do stále většího počtu zařízení. V roce 1989 byly při nástupu do věznice v Regensdorfu vězňům rozdávány „hygienické balíčky“ obsahující kondomy, dezinfekční prostředek a návod k čištění injekčních stříkaček. Ve zvláštní části regensdorfské vězni-

ce byly téhož roku zahájeny udržovací metadonové programy a v roce 1991 pak byly rozšířeny do několika dalších vazebních věznic v Bazileji, Bernu, Ženevě a Curychu. V roce 1990 byly dezinfekční prostředky poskytovány ve vazební věznici v Ženevě.¹²⁷ Diskuze o programech výměny jehel ve věznicích začaly současně s prvním z těchto programů v roce 1992. Podle údajů k září 2000 byly kondomy distribuovány v jedné třetině švýcarských věznic a dezinfekce v 8 % nápravných zařízení.¹²⁸ Vedle výměny jehel zavedly dvě švýcarské věznice (Oberschöngrün a Realta) udržovací heroinové programy.

Pracovníci věznice si uvědomili, že distribuce sterilního injekčního náčiní je v jejich vlastním zájmu.

Zavádění programů výměny a distribuce jehel

První program

V roce 1992 začal první vězeňský program výměny jehel na světě v mužské věznici Oberschöngrün ve švýcarském kantonu Solothurn. Program inicioval dr. Franz Probst, lékař pracující v tomto nápravném zařízení na částečný úvazek. Dr. Probst zjistil, že přibližně 15 ze 70 vězňů v zařízení užívá injekčně drogy. Dále si uvědomil, že kvůli nedostupnosti sterilních jehel vězni z nouze používají jehly společně. Jako lékař dr. Probst cítil, že je jeho morální povinností podniknout něco pro prevenci šíření krví přenosných chorob a pro minimalizaci rizika vzniku abscesů a dalších poškození cév vznikajících v důsledku opakovaného používání starých injekčních jehel. Proto začal rozdávát vězňům injekčně užívajícím drogy sterilní jehly z vězeňské ošetřovny.

Když se ředitel věznice dozvěděl o rozdávání injekčních jehel, namísto aby ho zastavil, nechal se přesvědčit Probstovými argumenty o nezbytnosti takového programu jako intervence na ochranu veřejného zdraví. Ředitel proto požádal vězeňské orgány o oficiální souhlas s pokračováním programu.¹²⁹

Lékař rozdal za rok přibližně 700 jehel asi patnácti lidem, kteří ve věznici injekčně užívali drogy.¹³⁰ Přestože program se zpočátku setkával se skeptickým postojem vězeňského personálu, postupem doby si získal širokou podporu. Jak v roce 1996 vysvětlil Peter Fäh, ředitel věznice Oberschöngrün:

Pracovníci věznice si uvědomili, že distribuce sterilního injekčního náčiní je v jejich vlastním zájmu. Dnes se cítí bezpečněji než před zahájením této distribuce. Před třemi roky se vždycky báli, že se během prohlídek v celách píchnou o skrytou jehlu. Teď si smějí vězni jehly nechávat, ale pouze ve skleničce ve své skříňce nad umyvadlem. Nikdo z personálu se od roku 1993 o jehlu nezranil.¹³¹

Rozšíření do dalších věznic

Ve stejné době, kdy probíhaly tyto události v Oberschönggrunu, vznikaly plány na pilotní program výměny jehel v ženské věznici Hindelbank.¹³² Počátky projektu se datují do roku 1991, kdy vězeňský lékař prováděl mezi vězni průzkum. Tento průzkum injekčního užívání drog v nápravném zařízení odhalil, že téměř všechny ženy, které zde injekčně užívaly drogy, během pobytu ve věznici sdílely injekční jehly. Vyzbrojen těmito fakty, navrhl vězeňský lékař vytvoření pilotního programu výměny jehel ve věznici. Tento návrh podpořilo švýcarské federální ministerstvo veřejného zdraví.

Pilotní projekt výměny jehel ve věznici Hindelbank byl zahájen v roce 1994 jako součást široce koncipované iniciativy propagace zdraví a harm reduction, která zahrnovala preventivní osvětu, poradenství a distribuci kondomů. V krátkodobém horizontu program sledoval cíl snížit míru poškozování zdraví v důsledku užívání drog a předcházet infekci nebo reinfekci krví přenášenými patogeny, jako jsou HIV a hepatitida B a C. Ze střednědobého hlediska program směřoval ke snížení počtu nových uživatelů drog a počtu relapsů u bývalých uživatelů. Zatímco ve věznici Oberschöngrün byly injekční stříkačky distribuovány z vězeňské ošetrovny, pilotní projekt věznice Hindelbank uplatnil nový přístup. Jehly byly

k dispozici ve výdejních automatech, které byly umístěny na šesti diskrétních místech v zařízení. Tyto automaty fungovaly na principu výměny; teprve po vložení použité jehly automat vydal novou. Nové vězenkyně dostávaly při nástupu do věznice atrapu injekční stříkačky, která sama o sobě nebyla funkční, ale umožňovala použití výdejního automatu. Během prvního roku pilotního programu bylo distribuováno 5335 injekčních stříkaček.

V roce 1996 a 1997 byly zavedeny programy výměny jehel ve věznici Champ Dollon (Ženeva), respektive Realta (Graubünden). Projekt Champ Dollon vychází z oberschönggrunského modelu distribuce jehel z vězeňské ošetrovny, zatímco ve věznici Realta se používá jediný výdejní automat. V roce 1998 byly zahájeny programy výměny jehel ve věznicích Witzwil a Thorberg v Bernu. V obou programech zajišťuje distribuci injekčních stříkaček zdravotnický personál. V roce 2000 se věznice Saxerriet v kantonu Salez stala sedmou švýcarskou věznicí, která poskytuje vězňům sterilní jehly.¹³³

Hodnocení a získané poznatky

Pilotní projekt věznice Hindelbank byl během prvního roku svého trvání podroben rozsáhlému vědeckému hodnocení.¹³⁴ Před spuštěním projektu proběhla s vězenkyněmi série strukturovaných rozhovorů a poté znovu po třech, šesti a dvanácti měsících. Osmdesát pět procent vězenkyň se zúčastnilo alespoň jedné etapy procesu hodnocení. Rozhovory byly doplněny o dobrovolné testy krve a získávání informací z dalších zdrojů v rámci nápravného zařízení.

Během hodnocení bylo zjištěno, že sdílení injekčních stříkaček prakticky vymizelo se zavedením pilotního projektu. Na začátku pilotního projektu 8 z 19 žen injekčně užívajících drogy přiznávalo, že během posledního měsíce pobytu ve věznici použilo společnou jehlu s někým dalším, přičemž dvě z nich s více než jednou osobou. Na konci dvanáctiměsíčního pilotního projektu připustila sdílení jehly pouze jedna žena (která nastoupila do výkonu trestu těsně před rozhovorem). Nebyly zjištěny žádné důkazy o nárůstu

spotřeby drog a neobjevily se žádné nové případy nákazy virem HIV, VHB nebo VHC ve vězeňské populaci.

Během hodnocení bylo zjištěno, že sdílení injekčních stříkaček prakticky vymizelo se zavedením pilotního projektu.

Kromě toho nebyly zaznamenány žádné zprávy o použití injekční stříkačky jako zbraně proti vězeňskému personálu nebo ostatním vězňům. Ve věznici rovněž došlo k významnému poklesu případů předávkování a výskytu abscesů.¹³⁵ Z hlediska spotřeby drog ve věznici byly zaznamenány dva pozoruhodné výsledky. Za prvé, hodnocení ukázalo, že čím déle jsou vězni, kteří před svým uvězněním užívali heroin a kokain, ve výkonu trestu, tím vyšší je pravděpodobnost, že budou ve věznici brát drogy. Za druhé, hodnocení ukázalo, že čím delší historii měl projekt minimalizace škod za sebou v době nástupu vězně do nápravného zařízení, tím nižší je pravděpodobnost, že vězni, kteří před svým uvězněním užívali heroin a kokain, budou ve vězení brát drogy.¹³⁶

Projekt ve věznici Realta byl rovněž podroben hodnocení, které bylo svou strukturou obdobné jako ve věznici Hindelbank.¹³⁷ Ve věznici Realta bylo s použitím výdejních automatů distribuováno během prvních 19 měsíců trvání projektu 1389 injekčních stříkaček. Závěry hodnocení byly v souladu s hodnocením projektu věznice Hindelbank. Sdílení jehel dramaticky pokleslo a bylo zaznamenáno jen v několika případech. Nebyly zjištěny žádné nové případy infekce virem HIV, VHB nebo VHC v zařízení a nebyly zaznamenány žádné případy nesprávného použití stříkaček (i když existovala zpráva o případu jednoho vězně, který se píchl o vyhozenou injekční jehlu).

Průzkumy postojů personálu v obou zařízeních zjistily, že programy byly ve vysoké míře dobře přijaty.

Původní program ve věznici Oberschönggrün nebyl hodnocen vědecky. Lékař, který ho vedl, však po prvních třech letech trvání projektu došel k několika zjištěním. Mezi jiným i k tomu, že vy-

mizelo sdílení jehel a výskyt abscesů, nedošlo k úmrtím z předávkování mezi osobami injekčně užívajícími drogy a nevyskytly se žádné případy použití injekční jehly jako zbraně.¹³⁸

Přestože rozborů moči se provádějí ve všech třech věznicích, které proběhly během přípravy této zprávy (Oberschönggrün, Hindelbank, Saxerriet), žádné z těchto zařízení neuděluje vězňům tresty při zjištění stop THC v jejich moči. V některých případech věznice prováděly testování na THC, ale při pozitivním nálezu vězně netrestaly, jiné se rozhodly přítomnost THC v moči vůbec nezjišťovat. Tato praxe se rozšířila i jinde, protože věznice se shodly na tom, že trestání osob za kouření marihuany nebo hašiše, které lze z moči zjistit po daleko delší dobu než injekčně aplikované drogy, by vedlo k tomu, že mnoho vězňů by přešlo od konopí k injekčnímu užívání drog. Toho se chtěly vězeňské orgány vyvarovat kvůli významně zvýšeným zdravotním rizikům spojeným s injekčním užíváním drog.

Důležité je také to, že vězni v zařízeních s programy výměny jehel mají povolen přístup jak k metadonové udržovací terapii, tak k vlastnímu programu výměny jehel.

Současná situace

Výměna jehel nadále funguje ve všech sedmi výše uvedených věznicích bez jediného incidentu. Některé z nich své programy upravily na základě zkušeností získaných během několika let. Například věznice Hindelbank nyní poskytuje vězňům až pět dalších „hrotů“ (jehel), které lze nasadit na injekční stříkačku. Vychází tak vstříc lidem, kteří injekčně užívají drogy a mohou mít problémy při vpichu, protože nedokážou cévu najít. V takových případech může uživatel drog potřebovat několik pokusů o vpich. Má-li k dispozici další jehly, nemusí opakovaně používat jednu a tutéž jehlu, jejíž ostří se s každým dalším pokusem o vpich otupuje. Tato praxe nevedla k žádným bezpečnostním problémům.

Také věznice Oberschönggrün zachovává ve svém programu výměny jehel pružný přístup a nedrží se striktně pravidla „jedna za jednu“. Ani zde

tento postup nevyústil v problémy s bezpečností nebo ostrahou. Věznice Hindelbank už nevyžaduje od účastníků programu, aby své injekční stříkačky ukládali na viditelném místě. Platí zde však přísné pravidlo, že veškeré injekční stříkačky a náhradní jehly musí být uloženy v plastových bezpečnostních schránkách, které vězni dostanou z vězeňské ošetřovny. Jakákoli injekční stříkačka/jehla nalezená mimo svou schránku je považována za nelegální a vůči provinilci proti tomuto pravidlu jsou uplatněny sankce. V posledních letech věznice Hindelbank zaznamenala pokles výměn z vysokého počtu více než 5000 během prvního roku programu na přibližně 350 v roce 2003. Personál věznice připisuje tento pokles kombinaci několika faktorů, mezi něž patří nově zavedené rozdávání náhradních jehel a celkový pokles injekčního užívání drog mezi mladšími vězni, z nichž mnozí místo nitrožilní aplikace drogy raději kouří nebo šňupají.

Veškeré injekční stříkačky musejí být uloženy v plastových bezpečnostních schránkách, které vězni dostanou z vězeňské ošetřovny.

Bernský kanton v nedávné době vydal nařízení, že všechny věznice, které spadají pod jeho správu, musí vězňům poskytovat sterilní stříkačky. Bez ohledu na tuto legislativní úpravu několik osob dotazovaných v rámci rozhovorů pro účely této zprávy konstatovalo, že v mnoha věznicích kantonu realizace tohoto nařízení neprobíhá efektivně. V těchto případech věznice, které se stavějí proti výměně jehel, zavedly programy způsobem, který prakticky znemožňuje přístup většině lidí injekčně užívajících drogy (především použitím takových metod distribuce, které nezaručují diskretnost). Tímto postupem věznice naplňují zákonný požadavek „poskytování“ programů výměny jehel, avšak vytvářejí situaci, v níž vězni program nebudou využívat. V důsledku toho některé programy výměny jehel existují pouze formálně. Odpor vůči nim ukazuje na obtížnost nuceného zavádění programů výměny jehel v případech, kdy personál nebyl zapojen do plánování a realizace. Takový odpor byl rovněž patrný ve vězení Saxerriet v kantonu Salez, kde programy výměny jehel vyžadovalo nařízení zákonodárných orgánů kantonu.

Německo

Shrnutí

V Německu je 220 věznic. Nápravná zařízení spravuje a řídí příslušná spolková země (Land), v níž se zařízení nachází.

V roce 1996 byly zavedeny programy výměny jehel ve třech německých věznicích. V ženské věznici Vechta probíhala výměna starých injekčních stříkaček za nové pomocí výdejních automatů. V mužské věznici Lingen 1 Gross-Hesepe prováděl výměnu personál vězeňské ošetřovny a pracovníci protidrogové poradenské služby. Ve věznici s otevřeným režimem Vierlande v Hamburгу byly injekční stříkačky distribuovány externí organizací, která rovněž zajišťovala poradenské služby a odbornou přípravu vězeňského personálu. Po úspěšné dvouleté pilotní fázi a hodnocení pokračovaly tyto programy ve třech zaříze-

ních a následně byly rozšířeny do čtyř dalších. Během posledních dvou let se stávají ve stále větší míře terčem kritiky politických představitelů a bez ohledu na jejich efektivitu bylo šest programů zrušeno.

HIV/AIDS, VHC a IUD v Německu

Podle údajů zveřejněných UNAIDS a WHO v roce 2002 v Německu žije asi 41 000 dospělých osob s HIV nebo AIDS. To představuje prevalenci HIV/AIDS v celkové populaci přibližně 0,1 %.¹³⁹

V Německu jsou k dispozici dva zdroje údajů o AIDS a HIV. Podle Národního registru případů AIDS byl celkový počet případů AIDS diagnostikovaných ke konci roku 2001 celkem 21 189, z nichž přibližně 75 % osob zemřelo. Téměř 16 % případů AIDS bylo diagnostikováno u osob in-

jekčně užívajících drogy. Na konci roku 2001 bylo 2152 mužů žijících s AIDS, kteří uváděli injekční užívání drog, což představuje 11,6 % všech diagnostikovaných případů AIDS u mužů. Z celkového počtu 2620 žen žijících s AIDS injekčně užívá nebo užívalo drogy 43,7 %. K dispozici jsou rovněž epidemiologická data na základě testování HIV. Z 18 000 laboratorních testů na HIV provedených od roku 1993 bylo 10,4 % pozitivních nálezů zjištěno u lidí, kteří v současné době injekčně užívají drogy nebo je injekčně užívali v minulosti. Z celkového počtu uživatelů drog nakažených HIV tvořily 28 % ženy.¹⁴⁰

V roce 1996 byly zavedeny programy výměny jehel ve třech německých věznicích.

HIV/AIDS, VHC a IUD v německých věznicích

Prevalenci HIV u vězeňské populace v Německu odhaduje několik studií, s výsledky v intervalu 1,1 % až 1,9 %. Tyto studie zjistily, že 2,1 % až 6,3 % vězňů, kteří injekčně užívali drogy, bylo HIV pozitivních.¹⁴¹

Další studie naznačuje spojitost mezi vězněním, injekčním užíváním drog a nákazou krví přenášených chorob, jako HIV a VHC. Studie z roku 1993 provedená v Berlíně u 612 osob injekčně užívajících drogy došla k závěru, že nejzávažnějším faktorem infekce HIV v této skupině bylo sdílení jehel v době uvěznění. Věznění bylo podle účastníků také druhým nejčastěji uváděným důvodem sdílení jehel. Studie došla k závěru, že nedostatečný přístup ke sterilním jehlám je kontraproduktivní z hlediska preventivních opatření proti šíření HIV realizovaných v obecné populaci.¹⁴²

Výskyt infekce VHC mezi vězni v Německu je vyšší. Studie z roku 1998 v hamburské mužské věznici s ostrahou zjistila prevalenci VHC 25 % z celkového počtu všech vězňů a 96 % z počtu vězňů injekčně užívajících drogy. Studie v ženské věznici v Dolním Sasku zjistila prevalenci VHC 75 % a identifikovala 20 žen, u kterých došlo k sérokonverzi během pobytu ve věznici.¹⁴³ Další studie zjistily prevalenci VHC 77 % mezi vězni, kteří injekčně užívali drogy, a 18 % mezi

vězni, kteří drogy injekčně neužívali. Studie z roku 2001 provedená u vězňů, kteří injekčně užívali drogy pouze ve vězení, zjistila 100 % výskyt infekce VHC.¹⁴⁴

Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD v německých věznicích

Vývoj řešení problematiky HIV/AIDS a hepatitidy v německých věznicích lze popsat jako pomalý postup směrem k normalizaci. V polovině 80. let minulého století, kdy byl ve vězeňském prostředí poprvé zaznamenán výskyt HIV/AIDS, probíhala debata o separaci, izolaci HIV pozitivních vězňů a povinném testování na HIV. V té době vězeňský personál také neměl dostatečné informace o způsobech přenosu infekce. Existuje dobrovolné testování HIV, ačkoli „dobrovolnost“ byla vykládána a praktikována v různých spolkových zemích odlišně. V počátečních letech některé věznice považovaly všechny vězně, kteří testování odmítli, za HIV pozitivní. V důsledku rozdílného provádění testů pak v 16 spolkových zemích Německa výsledky testů kolísaly od 10 % až po více než 90 %.

Více než 90 % HIV pozitivních a/nebo VHB/VHC pozitivních vězňů injekčně užívá nebo v minulosti někdy užívalo drogy. Injekční aplikace drog je proto primárním rizikovým faktorem pro přenos HIV a hepatitidy ve věznicích. Bez ohledu na tuto skutečnost zůstává hlavním způsobem odpovědi na riziko spojené s injekčním užíváním drog v systému německé trestní justice i nadále přístup založený na abstinenci, jehož součástí je protidrogové poradenství, bezdrogové zóny ve věznicích a ukládání povinné protidrogové léčby namísto trestu odnětí svobody v případech méně závažných trestných činů. Kondomy jsou k dispozici ve všech německých věznicích. Ve většině nápravných zařízení Německa je poskytována substituční léčba, i když její dostupnost závisí do značné míry na spolkové zemi, ve které se věznice nachází. Zatímco v severní části země je substituční léčba běžná, v jižních spolkových zemích Německa, jako je Bavorsko nebo Baden-sko-Württembersko ji nalezneme jen zřídka-kdy.¹⁴⁵ Při detoxifikaci se nejčastěji používá substituční metadonová léčba.¹⁴⁶ Ostatní opatření

ke zmiřňování rizik byla zavedena jen v několika věznicích. Poskytování dezinfekčního prostředku (Savo) bylo zavedeno v jedné věznici v Hamburku na začátku 90. let minulého století, bylo však zrušeno pro nedostatečné zajištění dostupnosti vězňům. V německých věznicích v současnosti Savo není vězňům k dispozici.¹⁴⁷ Pilotní vězeňské programy výměny jehel proběhly v roce 1996.

Studie z roku 1993 provedená v Berlíně u 612 osob injekčně užívajících drogy došla k závěru, že nejzávažnějším faktorem infekce HIV v této skupině bylo sdílení jehel v době uvěznění.

Zavádění programů výměny a distribuce jehel

První programy

V roce 1995 ministr spravedlnosti severoněmecké spolkové země Dolní Sasko schválil dvouletý pilotní projekt výměny jehel v ženské věznici Vechta a mužské věznici Lingen 1 Gross-Hesepe.¹⁴⁸ Úspěch vězeňských programů výměny jehel ve Švýcarsku a dále podpora různých německých odborníků pomohly položit základy pro toto rozhodnutí. Pilotní projekty v uvedené ženské a mužské věznici byly zahájeny v dubnu, respektive v červenci 1996.

Věznice Vechta má stav přibližně 200 žen (dospělých a mladistvých), věznice Lingen 1 Gross-Hesepe asi 230 dospělých mužů. Odhadovalo se, že nejméně 50 % vězňů v každém z obou zařízení v současné době užívá nebo v minulosti užívalo drogy. Každá věznice se rozhodla vyzkoušet jinou metodu distribuce injekčních stříkaček. V případě věznice Vechta bylo na různá místa zařízení umístěno pět výdejních automatů na injekční stříkačky, aby byl zajištěn anonymní přístup. Mužská věznice zvolila distribuci stříkaček prostřednictvím personálu lékařské a protidrogové poradenské služby. Bylo zajištěno externí vědecké hodnocení obou pilotních projektů vědeckými pracovníky univerzity v Oldenburgu.

Ve věznici Vechta byl program výměny stříkaček součástí komplexního programu prevence HIV,

který zahrnoval také osvětu a poradenství, minimalizaci škod a šíření informací o bezpečnějším sexu, přístup k metadonové substituční léčbě a zapojení externích organizací. Každá žena nastupující do věznice obdržela informace od zdravotnického personálu, které obsahovaly podrobnosti o účasti v programu výměny injekčních stříkaček. Před tím, než byla její účast v programu výměny jehel schválena, prošla vězenkyně lékařským vyšetřením a její historie užívání drog byla zanesena do zdravotní dokumentace. Mladistvé pachatelky umístěné ve věznici Vechta se také směly zúčastnit programu, jestliže k tomu dali souhlas jejich rodiče. Ženy, které ve věznici nastoupily metadonovou substituční léčbu, se programu výměny injekčních stříkaček nesměly zúčastnit.

Stejně jako ve Švýcarsku byla účastnicím programu vydána maketa stříkačky, určená pro vložení do výdejního automatu a vydání první sterilní stříkačky. Poté už bylo možné získat novou stříkačku pouze výměnou, po vložení použité stříkačky do automatu. Vedle sterilních stříkaček zajišťovaly výdejní automaty také distribuci dalších prostředků harm reduction potřebných pro bezpečnou injekční aplikaci. Ty zahrnovaly lihové tampony, kyselinu askorbovou, filtry, náplast a chlorid sodný. Každý z výdejních automatů byl denně vyprazdňován a doplňován zdravotnickým personálem.

Každá vězenkyně v programu směla mít v držení pouze jednu stříkačku, a směla ji nést u sebe pouze tehdy, když si ji šla vyměnit. Vězenkyně nesměly stříkačku půjčovat nebo prodávat a nesměly s ní opustit věznici, jestliže byly přemísťovány do jiného zařízení. Držení nebo distribuce drog byly nelegální. Dvouleté pilotní fáze výměnného programu se zúčastnilo 169 vězenkyň; celkem bylo vyměněno 16 390 injekčních stříkaček, z nichž bylo vráceno 98,9 %.

Ve druhém pilotním projektu v mužské věznici Lingen 1 Gross-Hesepe injekční stříkačky rozdával namísto výdejního automatu personál. Zdravotníci z vězeňské ošetrovny nebo pracovníci protidrogové poradenské služby denně zajišťo-

vali výměnu injekčních stříkaček v čajovně, na diskrétním místě blízko centra protidrogového poradenství, které bylo přístupné z vycházkové části věznice. Novou stříkačku dostal během určených hodin každý vězeň, který odevzdal použitou stříkačku. Vězni podstupující metadonovou substituční léčbu se projektu výměny jehel nesměli zúčastnit. Stejně jako ve věznici Vechta byl výměnný program v nápravném zařízení Lingen 1 Gross-Hesepe součástí rozsáhlého komplexního programu prevence HIV včetně osvětové intervence, přístupu k metadonové substituci a zapojení externích organizací. Pilotní fáze programu se zúčastnili celkem 83 muži, bylo vyměněno 4517 jehel a 98,3 % vydaných injekčních stříkaček bylo vráceno.

V obou věznicích byly pro personál zajištěny konzultace a vzdělávací programy, které pracovníkům věznice vysvětlovaly důvody a cíle projektu a získávaly od nich názory a připomínky.

Po úspěchu projektů ve věznicích Vechta a Lingen byly programy výměny jehel zavedeny v několika dalších německých věznicích.

Rozšíření do dalších věznic

Po úspěchu projektů ve věznicích Vechta a Lingen byly programy výměny jehel zavedeny v několika dalších německých věznicích.

V roce 1996 byl zahájen program ve věznici Vierlande v Hamburku, kde je přes 300 mužů a přibližně 20 žen. Tato věznice zajišťovala distribuci sterilních injekčních stříkaček prostřednictvím výdejních automatů i personálu. V roce 1998 byla zavedena výměna jehel pomocí výdejních automatů v ženské věznici Lichtenberg a mužské věznici Lehrter Str. v Berlíně.

Ve věznici Linchtenberg, která má stav asi 75 žen, dostává každá vězenkyně při nástupu do nápravného zařízení balíček prostředků pro minimalizaci škod (harm reduction kit), který je součástí vybavení cely. Balíček tvoří plastové pouzdro na brýle obsahující kyselinu askorbovou, lihové tampony, hojivou mast a maketu injekční stříkačky pro vložení do výdejního auto-

matu a získání první sterilní stříkačky. Stejně jako v ostatních věznicích s programy výměny jehel jsou stříkačky řádně uloženy ve svých plastových obalech považovány za legální. Ve věznici Lichtenberg se vystavuje postihu každá vězenkyně, u níž bude zjištěna nesprávně uložená nebo ukrytá stříkačka, nebo jestliže u ní bude zjištěna více než jedna stříkačka nebo stříkačka obsahující dávku heroinu. Na začátku roku 2000 byla zavedena výměna injekčních stříkaček zajišťovaná vězeňským personálem v ženské věznici Hannöversand a v mužské věznici Am Hasenberge v Hamburku (viz oddíl Současná situace, níže).

Hodnocení a získané poznatky

Po dvou letech bylo provedeno hodnocení pilotních programů ve věznicích Vechta a Lingen 1 Gross-Hesepe.¹⁴⁹ Hodnocení přineslo výsledky velmi podobné těm, které byly zjištěny ve Švýcarsku.

Poskytování sterilních jehel nevedlo k nárůstu užívání drog a množství drog zabavených ve věznici se po zpřístupnění sterilních jehel nezměnilo. Po zavedení pilotního projektu dokonce vzrostl počet uživatelů drog, kteří nastoupili do léčebných programů, což naznačuje, že stejně jako v prostředí mimo věznici jsou programy výměny jehel ve věznicích efektivním způsobem oslovení injekčních uživatelů drog a kontaktním místem pro ně.

Nevyskytly se žádné případy použití jehel jako zbraní vůči personálu nebo ostatním vězňům, přestože v obou věznicích dohromady bylo během dvouleté pilotní fáze programu distribuováno více než 20 000 injekčních stříkaček. Byla zjištěna vysoká míra dodržování pravidel účastníky programu, pouze s občasnými drobnými přestupky z hlediska náležitého uložení injekčních stříkaček v případě některých osob nebo držení injekčních stříkaček některými osobami, které zahájily metadonovou terapii (a které se nesměly projektu výměny jehel zúčastnit). Personál i vězni vnímali existenci programu tak, že je nijak neohrožuje. Personál se rychle přizpůsobil novým programům, které začaly být považovány za běžnou součást režimu věznice. Mezi

oběma zařízeními byly zjištěny rozdíly v míře akceptace programů vězni/vězenkyněmi. Hodnotitel uvedl, že ženy ve věznici Vechta byly o programu mnohem více přesvědčeny a měly v něj mnohem větší důvěru než muži ve věznici Lingen. To bylo důsledkem různých metod distribuce jehel v těchto dvou věznicích (anonymní výdejní automaty ve Vechtě, osobní předávání zdravotnickým personálem věznice v Lingenu). Bylo zjištěno, že mnoho vězňů v Lingenu s účastí v programu váhá, protože tento krok by znamenal označit sám sebe před vězeňským personálem za uživatele drog.

Hodnotitel v neposlední řadě zjistil, že se neobjevily žádné nové případy HIV mezi stálými účastníky programu výměny jehel. Zaznamenán byl také významný úbytek abscesů.

Věznice Lichtenberg, ve které proběhla návštěva v rámci přípravy této zprávy, nezaznamenala žádné případy použití injekční jehly jako zbraně, i když jeden pracovník věznice se o jehlu náhodně píchl. K incidentu došlo tak, že jiný pracovník našel ve věznici injekční stříkačku a uložil ji do obálky. Další pracovník se při uchopení obálky náhodně o tuto jehlu zranil. Na začátku programu ve věznici Lichtenberg byl počet skutečných výměn značný, od té doby však poklesl. Personál věznice to připisuje tomu, že do programu se zapojilo zpočátku mnoho žen, protože se domnívaly, že vysoká účast zajistí jeho trvání.

Počínaje rokem 2001 se programy výměny jehel v německých věznicích staly terčem politických útoků. Od ukončení programu začalo mnoho vězňů používat společné jehly.

Současná situace

Počínaje rokem 2001 se programy výměny jehel v německých věznicích staly terčem politických útoků. V roce 2002 byly ukončeny programy výměny jehel probíhající v ženské věznici Hannover, mužské věznici Hasenberge a smíšené věznici s otevřeným režimem Vierlande v Hamburku. Rozhodnutí ukončit tyto programy přijala středo-pravá koaliční vláda vytvořená v září 2001, a to přes absenci jakýchkoli zpráv

nebo dalších údajů, které by naznačovaly problémy s těmito programy. Je zřejmé, že ukončení těchto programů bylo politicky a ideologicky motivované. Bez ohledu na 6 let důkazů o úspěšnosti vězeňských programů výměny jehel v Německu vládnoucí koalice učinila krok, kterým zrušila opatření harm reduction a vyhlásila za svůj hlavní cíl věznice bez drog.¹⁵⁰ Ke dni 1. června 2003 ukončila nová liberálně-středová vláda Dolního Saska za podobných okolností také programy ve věznicích Vechta a Lingen 1 Gross-Hesepe.

V Berlíně koalice sociálních demokratů a socialistů ukončila jeden ze svých dvou programů výměny jehel počátkem roku 2004. Svůj krok odůvodnila údajně nedostatečným přijetím programu ze strany vězeňského personálu. Vláda rovněž prohlásila, že daná věznice nevykazovala o nic nižší výskyt HIV než jiná věznice bez výměnného programu. Přitom však neexistuje žádný epidemiologický výzkum, o který by se toto tvrzení mohlo opřít. Ve všech těchto případech bylo o ukončení programů výměny jehel rozhodnuto, aniž byla věc konzultována s vězeňským personálem a bez sebemenší příležitosti připravit vězně na to, že k programům nebudou mít nadále přístup. V případě Dolního Saska bylo rozhodnutí vlády spolkové země ukončit výměnu jehel k 1. červnu 2003 oznámeno tři dny předtím, než vstoupilo v účinnost, a pouze jeden den před začátkem prázdninového víkendu. To znamená, že nebyla vůbec příležitost projednat změnu této politiky s vězni, kteří výměnu jehel využívali, a v podstatě tak vznikla situace, v níž ze dne na den vězni ztratili přístup k programu, který jim zajišťoval sterilní stříkačky po dobu 7 let.

Z rozhovorů s vězni ve Vechtě vyšlo najevo, že od ukončení programu mnoho z nich začalo sdílet jehly a uchýlovat se k dříve neznámým praktikám půjčování nebo pronajímání stříkaček od ostatních. Bylo rovněž uvedeno, že v Lingenu nyní na černém trhu ve věznici stojí injekční stříkačka 10 eur nebo dvě krabičky cigaret. Před oznámením o rozhodnutí vlády byly stříkačky uloženy bezpečně v plastových krabičkách a vě-

žeňskému personálu na očích. Dnes jsou ukrývány a roste tak pravděpodobnost, že se o ně pracovníci věznic poraní.

Je zajímavé, že vedle veřejných protestů ze strany odborníků ve zdravotnictví jsou nejhlasitějšími kritiky rozhodnutí vlády sami pracovníci těchto věznic. Například ve Vechtě sepsali pracovníci věznic petici, aby u vlády lobovali za obnovení programu. Oficiální zástupce vězeňského personálu zaslal vládě dopis, ve kterém odmítá nepodložené tvrzení ministra spravedlnosti spolkové země Dolní Sasko, že stažení programu bylo důsledkem nedostatečné podpory ze strany pracovníků věznic. V berlínském Lichtenbergu pracovníci věznic (z nichž 85 % bylo původně v roce 1998 proti zavedení programu výměny jehel) jsou nyní hlavními aktéry lobujícími

u vlády za zachování programu. Uvedené příklady podávají nezvratné důkazy o přínosech výměny jehel pro vězeňský personál a ukazují, že tyto programy si mohou získat u pracovníků věznic silnou podporu.

Z celkového pohledu rozhodnutí vlád několika německých spolkových zemí ukončit programy výměny jehel ve věznicích jasně ilustruje pokračující kontroverzní povahu takových programů, a to i ve správních oblastech, které mají za sebou úspěšnou historii jejich realizace. Rozhodnutí ukončit efektivní programy výměny jehel bez jakýchkoli důkazů, které by takový krok odůvodňovaly, je z hlediska ochrany veřejného zdraví nesmyslné a představuje vítězství ideologie a irrelevantních politických úvah nad rozumnou politikou veřejného zdraví.

Španělsko

Shrnutí

Ve Španělsku je 69 vězeňských zařízení spadajících do působnosti Ministerstva vnitra Španělska. Dále je zde 11 vězeňských zařízení, která spravuje vláda autonomní oblasti Katalánsko.

První program výměny jehel ve věznicích byl zahájen v červenci 1997 ve věznici Basauri v Bilbau, Baskicko. Poté následovaly pilotní programy ve věznici Pamplona (1998) a ve věznicích Orense a Tenerife (1999). V červnu 2001 nařídilo Generální ředitelství Vězeňské služby zavedení programů výměny jehel ve všech vězeňských zařízeních. Na konci roku 2001 byla výměna injekčních stříkaček a jehel zajištěna v 11 španělských věznicích. Koncem roku 2002 se počet vězeňských zařízení poskytujících výměnu jehel zvýšil na 27 a do konce roku 2003 vzrostl na 30.¹⁵¹

V současné době existuje pověření pro realizaci programů výměny jehel ve všech 69 vězeňských zařízeních v působnosti španělského Ministerstva vnitra, s výjimkou věznic pro pachatele s duševními poruchami a jedné věznic se zvýšenou ostrahou. Zároveň byl zaveden pilotní pro-

gram výměny jehel v jedné z věznic spravovaných katalánskou vládou.

Do konce roku 2003 vzrostl počet španělských věznic poskytujících výměnu jehel na 30.

HIV/AIDS, VHC a IUD ve Španělsku

Podle údajů UNAIDS a Světové zdravotnické organizace (WHO) bylo ve Španělsku na konci roku 2001 přibližně 130 000 dospělých (ve věku 15–49 let) žijících s HIV/AIDS, přičemž prevalence činila 0,5 %.¹⁵² Prevalence VHC v rámci běžné populace je přibližně 3 %.¹⁵³

Ačkoliv v posledních letech došlo k poklesu prevalence HIV u injekčních uživatelů drog díky rozsáhlému zavádění programů minimalizace škod, například metadonový program nebo výměna jehel, zůstává i nadále na vysoké úrovni – v roce 2000 byla 33,5 %, pokles oproti 37,1 % v roce 1996. V červnu 2001 zaznamenalo Národní referenční centrum pro AIDS ve Španělsku 39 681 kumulativních případů AIDS souvisejících s injekčním užíváním drog, což bylo 65 % všech případů AIDS registrovaných k tomuto období.¹⁵⁴

HIV/AIDS, VHC a IUD ve španělských věznicích

Přibližně polovina osob ve španělských věznicích má předchozí zkušenosti s nelegálním užíváním drog nebo jsou aktivní uživatelé drog při nástupu do věznice. U velké většiny osob, jež během pobytu ve věznici usilují o léčbu drogové závislosti, se jedná o závislost na heroinu (85 %). Během posledních let však došlo rovněž k nárůstu injekčního užívání kokainu.¹⁵⁵

Výskyt infekce HIV a VHC je mezi španělskými vězni vysoký. Zatímco uvězněné osoby představují pouze 0,01 % celkové španělské populace, jejich podíl na osobách diagnostikovaných s AIDS činí 7 %.¹⁵⁶ Výskyt nákazy je mimořádně vysoký zejména u osob injekčně užívajících drogy. V roce 1989 zjistila první průřezová studie prevalence HIV, že výskyt nákazy HIV mezi vězni je 32 %.¹⁵⁷ Od té doby se pomocí razantních opatření pro prevenci HIV a minimalizaci škod (harm reduction) realizovaných v rámci komunity a ve vězeňských zařízeních podařilo dosáhnout výrazných výsledků. Na počátku 90. let byla prevalence HIV ve věznicích přibližně 23 %.¹⁵⁸ V roce 2000 činila podle dostupných údajů prevalence HIV 16,6 %.¹⁵⁹ Společná zpráva Ministerstva vnitra a Ministerstva zdravotnictví a ochrany spotřebitelů z roku 2002 odhaduje prevalenci HIV na 15 % a prevalenci VHC na 40 %.¹⁶⁰ U uvězněných žen je výskyt nákazy HIV mimořádně vysoký – v roce 2001 činila prevalence HIV u žen ve věznicích 38 %.¹⁶¹

Injekční uživatelé drog představují většinu případů AIDS ve španělských věznicích.¹⁶² Zhruba 90 % uvězněných osob žijících s AIDS ve Španělsku uvádí injekční užívání drog jako rizikový faktor.¹⁶³ Výskyt HIV mezi vězni, kteří mají předchozí zkušenosti s injekčním užíváním drog, se uvádí dokonce ve výši 46,1 %.¹⁶⁴

Výskyt VHC je ještě vyšší, zejména u injekčních uživatelů drog. Podle Studie zdravotního stavu ve věznicích z roku 1998 bylo virem VHC nakaženo 46,1 % vězňů.¹⁶⁵ V roce 2002 byl podle údajů výskyt infekce VHC 40 %.¹⁶⁶ U vězňů s předchozí zkušeností s injekčním užíváním

drog se výskyt VHC pohybuje dokonce ve výši 90 %. Také u vězňů bez předchozí zkušenosti s nitrožilním užíváním drog je výskyt nákazy VHC vysoký, pozitivní výsledky testů má 20 % z nich.¹⁶⁷ Závažným problémem je rovněž kombinovaná infekce. Odhady naznačují, že až 83,5 % španělských vězňů žijících s HIV/AIDS je rovněž nakaženo virem VHC¹⁶⁸ a že 31 % všech uvězněných žen je nakaženo HIV a zároveň hepatitidou.¹⁶⁹

Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD ve španělských věznicích

Ačkoliv byly v rámci španělského vězeňského systému zavedeny rozsáhlé programy léčby drogové závislosti a abstinenční programy, včetně vytvoření bezdrogových zón v mnoha zařízeních, existuje oficiální názor, že „[ne] všichni uživatelé drog jsou vhodnými kandidáty pro abstinenční program“.¹⁷⁰ Z tohoto důvodu byl přijat variabilní přístup zahrnující výrazná opatření pro minimalizaci škod.

Tento přístup byl podpořen různými právními a strategickými nástroji zaměřenými na rozšiřování programů minimalizace škod ve španělských věznicích. Španělská ústava například stanoví, že cílem trestů odnětí svobody a nápravných opatření musí být převýchova a sociální integrace jedinců a rovněž ochrana jejich zdraví.¹⁷¹ Článek 3.3 Zákona o vězeňství rovněž uvádí, že „vězeňský systém by měl usilovat o zachování života, zdraví a integrity uvězněných osob“. Mezi nedávné iniciativy patří Národní protidrogový plán 2000–2008, který obsahuje konkrétní zmínky o zdravotní situaci ve věznicích a vyzývá k „rozšíření nabídky dostupných programů minimalizace škod ve věznicích pomocí různých opatření, například širším zavedením programů výměny jehel“.¹⁷²

Během roku 2000 absolvovalo metadonovou substituční léčbu více než 23 000 španělských vězňů.

Metadonová substituční léčba byla poprvé zavedena ve španělských věznicích v roce 1992 jako strategie pro snížení přenosu HIV a VHC injekc-

ním užíváním drog ve věznicích. Do roku 1998 byla metadonová léčba dostupná ve všech vězeňských zařízeních s výjimkou jednoho (velmi malá věznice na ostrově Tenerife). V průběhu roku 2000 užívalo metadon více než 23 000 vězňů.¹⁷³

Pilotní program výměny jehel proběhl v roce 1997. V listopadu 1998 vydalo generální ředitelství vězeňské služby doporučení zavést opatření pro minimalizaci škod ve všech věznicích a rovněž doporučilo zvážit programy výměny jehel.¹⁷⁴ V červnu 2001 vydalo generální ředitelství vězeňské služby směrnici nařizující zavedení programů výměny jehel ve všech vězeňských zařízeních.

Zavádění programů výměny a distribuce jehel

První program

V prosinci 1995 vydal Baskický parlament tzv. zelený dokument, v němž doporučil, aby Státní úřad pro vězeňské záležitosti zahájil zavádění tří pilotních programů výměny jehel v autonomní oblasti Baskicko. Bylo doporučeno využít tyto pilotní programy pro posouzení proveditelnosti širšího zavádění programů výměny injekčních stříkaček v rámci vězeňského systému.¹⁷⁵

Na základě pozitivních zkušeností s prvními projekty výměny jehel ve věznicích se španělská vláda zavázala rozšířit dostupnost těchto programů.

V lednu 1996 byla vytvořena přípravná komise pro posouzení problematiky vězeňských programů výměny jehel a vydání příslušných doporučení. Hlavním závěrem komise bylo, že programy výměny jehel by měly být zaváděny ve spolupráci s pracovníky externí neziskové organizace, která již poskytuje vězeňské služby. Na základě těchto zjištění a po konzultaci a proškolení pracovníků věznic byl v červenci 1997 spuštěn první pilotní program výměny jehel v zařízení Centro Penitenciario de Basauri v Bilbau, což je mužská věznice s populací 250 osob.¹⁷⁶ Z počtu 180 vězňů, kteří nastoupili výkon trestu v roce 1995, byla

třetina pravidelných injekčních uživatelů drog, z nichž téměř polovina byla HIV pozitivní.

V Basauri výměny prováděli pracovníci neziskových organizací pět hodin denně na dvou diskrétních místech ve věznici. Kromě sterilní jehly obdrželi vězni rovněž balíček prostředků pro minimalizaci škod, který obsahoval lihový tampon, destilovanou vodu, pevný obal pro přechovávání jehly a kondom. Program kladl důraz na bezpečné uchovávání jehel v plastových obalech s cílem minimalizovat riziko poranění náhodným vpíchem. Vydávané jehly byly označeny, aby je bylo možné rozlišit od pašovaných jehel.¹⁷⁷

Během prvních dvou a půl let trvání pilotního programu si více než 600 vězňů využívajících tento program vyměnilo více než 16 500 injekčních stříkaček. Během tohoto období nebyly zaznamenány žádné násilné incidenty související s užíváním injekčních stříkaček.

Rozšíření do dalších věznic

V říjnu 1996 nařídil Provinční trestní soud provincie Navarra vedení pamplonské věznice poskytování sterilních jehel vězňům. V roce 1997 vydala také kancelář ombudsmana v reakci na řadu stížností doporučení pro zavádění programů výměny jehel ve věznicích.¹⁷⁸ V listopadu 1998 byl zahájen druhý program výměny jehel ve věznici v Pamploně. Po té následovaly v roce 1999 projekty v Tenerife, San Sebastianu a Orense. Na základě zkušeností získaných během těchto programů byla ve spolupráci Národního plánu boje proti AIDS a generálního ředitelství vězeňské služby vytvořena pracovní skupina pro programy výměny injekčních stříkaček ve věznicích. Cílem této skupiny bylo „vytvořit doporučení pro zajištění co nejlepší standardizace zaváděcích podmínek, realizačních kritérií a hodnotících ukazatelů programů výměny injekčních stříkaček ve věznicích“.¹⁷⁹ V dubnu 2000 vydala tato pracovní skupina zprávu s názvem *Klíčové aspekty zavádění programů výměny injekčních stříkaček ve věznicích*. V té době probíhaly programy výměny jehel v devíti věznicích v baskickém regionu, Galicii, na Kanárských ostrovech a provincii Navarra. V říjnu 2001 bylo

podle dostupných údajů v rámci těchto programů již vyměněno 5488 injekčních stříkaček.¹⁸⁰ Do konce roku 2001 byly programy výměny injekčních stříkaček zavedeny v 11 španělských věznicích.¹⁸¹

Na základě pozitivních zkušeností s těmito projekty se španělská vláda zavázala rozšířit dostupnost těchto programů a v březnu 2001 schválil parlament tzv. zelený dokument, v němž doporučil zavedení programů výměny jehel ve všech věznicích.¹⁸² Od tohoto okamžiku nabraly události rychlý spád. V červnu 2001 vydalo generální ředitelství vězeňské služby směrnici nařizující zavedení programů výměny jehel ve všech věznicích. Po té byla v říjnu následně odborem pro zdravotní situaci ve věznicích vydána směrnice, jež stanovila zavedení programů výměny jehel ve všech věznicích do ledna 2002. V březnu 2002 vydalo Ministerstvo vnitra společně s Ministerstvem zdravotnictví a ochrany spotřebitelů dokument nazvaný *Výměna jehel ve věznicích – rámcový program*, jež předkládá pravidla, strategie a pracovní postupy pro vězeňská zařízení a zároveň obsahuje vzdělávací a hodnotící materiály zaměřené na zavádění programů výměny jehel.¹⁸³ Do konce roku 2002 bylo ve 27 španělských věznicích vydáno 12 970 injekčních stříkaček.¹⁸⁴ Zároveň byl zahájen pilotní program výměny jehel v jedné věznici spadající pod katalánskou vládu.

Ve Španělsku zajišťuje výměnu jehel zdravotnický personál nebo zdravotnický personál ve spolupráci s externími neziskovými organizacemi.

Balíčky prostředků pro minimalizaci škod (harm reduction kits) musí povinně obsahovat jehlu v pevném plastovém průhledném obalu, destilovanou vodu a lihový tampon.

Ve všech věznicích se výměna jehel provádí výhradně metodou přímého výdeje (ne pomocí výdejních automatů) na diskrétních místech uvnitř věznice. V mnoha případech, zejména ve velkých vězeňských zařízeních, jsou sterilní jehly vydávány na více místech.

Podle toho, o jaké se jedná zařízení, provádí výměnu jehel zdravotnický personál (zdravotní sestry, lékaři) nebo zdravotnický personál ve spolupráci s externími neziskovými organizacemi. Stejně jako v jiných rezortech je výměna injekčních stříkaček zajišťována jako součást širšího komplexního přístupu k užívání drog, minimalizaci škod a podpoře zdraví, jež zahrnuje další vzdělávání, poradenství a léčebné služby. Dostupnost sterilních jehel se pohybuje v rozmezí od 2 dnů v týdnu až po každodenní výměnu v závislosti na daném vězeňském zařízení. Doba výdeje se rovněž liší, avšak většinou jsou sterilní jehly dostupné během dvou- až čtyřhodinového časového úseku ráno nebo večer.¹⁸⁵

Spíše než samotné jehly jsou poskytovány balíčky prostředků pro minimalizaci škod. Tyto balíčky musí povinně obsahovat injekční jehlu v pevném plastovém průhledném obalu, destilovanou vodu a tampon napuštěný lihem. Některé věznice ve svých balíčcích rovněž poskytují vařič a filtr. Pro injekční uživatele drog jsou k dispozici dva různé průměry jehel podle toho, zda se jedná o injekčního uživatele heroinu nebo kokainu. Vězni, kteří se účastní programu, jsou povinni svou jehlu stále uchovávat v pevném plastovém obalu, ať již mají stříkačku při sobě, nebo někde v cele. V případě prohlídky pracovníky věznic musí vězni nahlásit, že mají jehlu a kde se nachází.¹⁸⁶ Jehly, které nejsou součástí oficiálního programu, jsou zakázány a při nalezení během prohlídky budou zabaveny.

Zatímco v mnoha vězeňských systémech převládá tendence vypracovávat podrobné soubory pravidel a předpisů pro tyto záležitosti, španělské směrnice zaujímají ve vztahu k těmto programům velmi progresivní a pragmatický přístup. Jako jeden z příkladů je možné uvést přístup k bezpečnosti pracovníků vymezený v rámcovém programu:

Dále je třeba mít na zřeteli, že není žádoucí zavádět velké množství pravidel, neboť příliš mnoho předpisů snižuje význam základních pravidel. Je snazší zajistit dodržování minimálního počtu základních pravidel, která mají skutečný dopad

na zajištění bezpečnosti programu, než zavést program s velkým množstvím doplňujících pravidel, jež mohou vést k zanedbávání účinných preventivních opatření a následně vést ke zvýšení rizika nehod.¹⁸⁷

Španělský přístup se vyznačuje řadou aspektů, které si zaslouží bližší prozkoumání.

V prvé řadě nevyžadují pravidla programu striktní dodržování principu výměny jehly za jehlu. Ačkoliv pokyny určují, že „pravidlem by mělo být vyměnit, tj. vydat novou soupravu teprve po vrácení použité injekční jehly“, zároveň upozorňují, že „při aplikaci [pravidla „jedna za jednu“] je třeba zachovat pružný přístup a mít na paměti, že prvořadým cílem programu je předcházet sdílení jehel“.¹⁸⁸ Pokyny uvádějí, že „počet vydaných souprav závisí na četnosti výměn a návycích uživatelů: měl by být dostatečný pro pokrytí potřeb daného vězně, aby nemusel tutéž jehlu použít opakovaně před dalším dnem výměny“.¹⁸⁹

Pouze osoby s duševními poruchami nebo mimořádně násilné osoby mohou být vyloučeny z programu výměny jehel.

Vězni zapojení do metadonové substituční léčby nejsou vyloučeni z účasti na programu výměny jehel.

Za druhé, vězni zapojení do metadonové substituční léčby nejsou vyloučeni z účasti v programu výměny jehel. Pro toto rozhodnutí jsou tři důvody. Prvním je zjištění, že někteří uživatelé drog na metadonu budou sporadicky nebo pravidelně pokračovat v injekčním užívání, což obvykle naznačuje, že nedostávají dostatečnou dávku metadonu. Druhým důvodem je zjištění, že účastníci metadonové léčby mohou nadále injekčně užívat kokain. Třetí důvod je, že účastníci metadonové léčby mohou fungovat jako tzv. „kurýři“, kteří získávají sterilní jehly pro jiné injekční uživatele drog, kteří se sami nechtějí nechat vězeňským zdravotnickým pracovníkům identifikovat.¹⁹⁰

Směrnice rovněž umožňují, aby měli přístup ke sterilním jehlám vězni žijící v bezdrogových zó-

nách nebo účastníci abstinčních programů. Doporučuje se, aby žádosti o jehly od těchto vězňů byly „vnímány z terapeutického hlediska a byla učiněna vhodná terapeutická opatření s cílem pomoci těmto osobám překonat relaps. Přístup ke sterilnímu injekčnímu materiálu by však neměl být nikdy odepřen“.¹⁹¹

Účast v programu výměny jehel je omezena jedinečně v případě osob s duševními poruchami, jež představují nebezpečí, nebo osob, které byly kvalifikovány jako mimořádně násilné.

V každém z těchto případů směrnice doporučují, aby tito jedinci byli posuzováni individuálně. V případě násilných osob se například pracovníkům věznice doporučuje, aby „u mimořádně nebezpečných vězňů upravili způsob přístupu, avšak měli na zřeteli, že je vždy lepší přijmout u těchto vězňů mimořádná bezpečnostní opatření, než jim bránit v přístupu ke sterilním injekčním jehlám“.¹⁹² Účast v programu může být rovněž odepřena, pokud jedinec používá jehlu jako zbraň nebo trvale porušuje pravidla programu.¹⁹³

Pracovníci věznice uváděli velmi pozitivní zkušenosti s pilotním projektem výměny jehel.

Hodnocení a získané poznatky

Pro vyhodnocení původního pilotního projektu Basauri byla ustavena monitorovací komise, jejímž cílem bylo sledovat a hodnotit průběh programu.¹⁹⁴ Hodnocení, jež zahrnovala pohovory s vězni a pracovníky, byla prováděna před zahájením programu a po 3 a 6 měsících. Dvanáctiměsíční hodnocení nebylo bohužel možné z důvodu vysoké míry fluktuace ve věznici, tj. velmi málo vězňů zůstalo v zařízení po dobu 12 měsíců od zahájení pilotního projektu. Po uplynutí 22 měsíců bylo však provedeno hodnocení s pracovníky věznice a neziskové organizace.

Vězni zapojení do programu nezaznamenali žádné překážky ze strany pracovníků věznice a ocenili skutečnost, že byl program realizován externí neziskovou organizací. Podle svých výpovědí dávali přednost tomuto zlidšťujícímu

prvku programu před anonymním výdejním automatem. Z hodnocení dále vyplynulo, že nedošlo ke zvýšení užívání drog mezi vězni a že došlo ke snížení vysoce rizikového chování.

Pracovníci věznic měli s pilotním programem rovněž velmi pozitivní zkušenosti. Nebyly zaznamenány žádné problémy nebo konflikty s vězni, jež by byly důsledkem programu, a rovněž nedošlo k případům užití injekčních stříkaček jako zbraní. Ačkoliv pracovníci hodnotili program jako pozitivní, vyjádřili názor, že by měl být realizován spíše pracovníky věznic než externí organizací.

Vězeňské programy výměny jehel usnadňují zařazení uživatelů drog do programů léčby drogové závislosti.

Pracovníci neziskové organizace nezaznamenali žádné případy, kdy by byli vězni potrestáni pracovníky věznic za účast v programu. Podle jejich vyjádření byl program užitečným nástrojem pro realizaci zdravotní osvěty mezi vězni a pro odesílání vězňů do dalších zdravotních programů. Dále navrhovali nezbytnost určité flexibility v rámci programu, tzn. striktní dodržování principu „jedna za jednu“ nebylo vždy praktické. Tato otázka byla předmětem diskuzí monitorovací komise. Pracovníci neziskové organizace se vyjádřili ve prospěch flexibilního přístupu k tomuto problému. Jejich hlavní obava byla, že odmítnutím vydat sterilní jehlu vězni, který injekčně užívá drogy a nemá jehlu na výměnu, by byl tento vězeň postaven do situace, kdy by byl nucen sdílet jehly s ostatními. Pracovníci věznic však měli obavy týkající se bezpečnosti. Nakonec byla jako přijatelný standard odsouhlasena míra návratnosti 80 % (míra návratnosti v programu činila 82 %).

Hodnocení dalších pilotních projektů byla rovněž pozitivní. Při sdělování zkušeností z 9 vězeňských programů výměny jehel bylo ve zprávě Národního protidrogového plánu z roku 2001 zaznamenáno, že „zkušenosti prokázaly, že tyto programy je možné opakovaně realizovat ve vězeňském prostředí, aniž by vedly k nějakým ruši-

vým jevům nebo přímým problémům“.¹⁹⁵ Dokument z roku 2002 *Výměna jehel ve věznicích – rámcový program* přednesl následující závěry ve vztahu k hodnocení španělských programů výměny injekčních stříkaček ve věznicích:¹⁹⁶

- Zavádění programů výměny jehel ve věznicích, stejně jako v rámci komunity, je proveditelné a lze je přizpůsobit podmínkám výkonu trestu odnětí svobody.
- Programy výměny jehel ve věznicích, stejně jako v prostředí mimo věznici, vedou ke změnám chování, v jejichž důsledku dochází ke snížení rizik spojených s injekčním užíváním drog.
- Programy výměny jehel ve věznicích usnadňují zařazení uživatelů drog do programů léčby drogové závislosti.
- Zavádění programů výměny jehel ve věznicích obvykle nevede ke zvýšení užívání drog ani k nárůstu parenterálního užívání heroínu nebo kokainu.
- Výměnné programy ve věznicích by měly být realizovány s určitou mírou flexibility a měly by být uzpůsobeny individuální situaci jednotlivých vězňů, aniž jsou však opomíjeny realizační podmínky stanovené pro každý program.
- Programy výměny jehel je možné realizovat společně s jinými programy prevence nebo léčby drogové závislosti.

Ze španělských zkušeností s výměnou injekčních stříkaček ve věznicích rovněž vyplynulo, že míra intravenózního užívání drog se nezměnila, nedošlo k žádným náhodným poraněním o jehlu, nebyl zaznamenán nárůst konfliktů mezi vězni nebo vězni a pracovníky věznic, nedošlo k případům použití jehel jako zbraní a podpora pracovníků programu během jeho realizace vzrostla.¹⁹⁷

Po zavedení programu výměny jehel ve věznicích v celostátním měřítku byl jako součást rámcového programu vytvořen manuál pro průběžné hodnocení. V každé věznici se používá počítačový softwarový balíček SANIT, který slouží k za-

znamenávání počtu uživatelů zapojených do programu, počtu vydaných a vrácených injekčních stříkaček, zapsání do programu a odstoupení z programu a důvodů pro odstoupení. Rovněž jsou zde obsaženy informace o zdravotním stavu. Pro zajištění důvěrnosti informací o uživatelích je každému účastníkovi programu přiřazeno náhodně zvolené číslo nebo pseudonym. Kromě kvantitativních údajů zahrnuje hodnocení také kvalitativně zaměřenou zpětnou vazbu od vězňů a pracovníků. Rámcový programový dokument obsahuje standardizované anonymní dotazníky pro sběr údajů. Doporučuje se, aby bylo hodnocení prováděno alespoň jednou ročně, ne-li častěji (tj. po 3, 6 a 12 měsících). Průběžné hodnocení a posouzení programů bude tudíž jednou ročně k dispozici na celostátní úrovni.

Je vždy lepší nalézt způsob, jak poskytnout uvězněným injekčním uživatelům drog sterilní jehly, než je dostat do situace, kdy budou nuceni jehly sdílet.

Ze španělských zkušeností vyplývají tři hlavní poznatky.

Za prvé, osoby zodpovědné za vedení programů výměny jehel měly neustále na zřeteli zdravotní cíle a přínosy programu, filozofii minimalizace škod a právo vězňů na zdraví. V rámci španělského vězeňského systému se tak podařilo vytvořit velmi progresivní, pragmatický a flexibilní přístup k problematickým otázkám, jež se během programů objevují. Kontroverzní otázky, například zda striktně dodržovat princip výměny jehly za jehlu, zda umožnit přístup k výměně jehel vězňům, kteří jsou údajně „čistí“ (tj. účastníci metadonové substituční léčby nebo vězni v bezdrogových zónách) a zda umožnit přístup k injekčním stříkačkám násilným nebo duševně narušeným vězňům, jsou řešeny v souladu s hlavní zásadou, že osoby ve věznicích mají právo na ochranu před infekcí HIV a VHC, že opatření pro minimalizaci škod musí být přizpůsobena individuálním potřebám jedinců a že je vždy lepší nalézt způsob, jak poskytnout uvězněným injekčním uživatelům drog sterilní jehly, než je dostat

do situace, kdy budou nuceni jehly sdílet. To je cenný poznatek i pro ostatní instituce.

Za druhé, španělský příklad dokazuje, jak je důležité poskytnout jasné pokyny a pravidla pro realizaci vězeňských programů výměny jehel, avšak zároveň umožnit určitou flexibilitu při realizaci těchto pravidel v jednotlivých vězeňských zařízeních. To je důležité zejména s přihlédnutím ke skutečnosti, že jakoukoli unifikovanou strategii by bylo velmi těžké realizovat v rámci systému zahrnujícího 69 vězeňských zařízení různé velikosti, regionálního umístění, bezpečnostní kategorie atd. Nicméně stanovení jasných pokynů a pravidel pro realizaci a jasné politické zadání, že tyto programy mají být realizovány v určeném termínu, umožnilo věznicím, aby tyto programy zavedly každá ve svém konkrétním prostředí.

Tím se dostáváme k poslednímu poznatku získanému ze španělských zkušeností. Programy výměny jehel ve věznicích je možné rychle zavést na celostátní úrovni, pokud je politická vůle spojena s dobrým realizačním plánem. Na konci roku 2001 byly programy výměny jehel realizovány v 11 věznicích. O pouhých 18 měsíců později byla vytvořena legislativní a politická infrastruktura pro realizaci ve všech 69 španělských vězeňských zařízeních, přičemž programy výměny jehel již probíhaly ve 27 z těchto zařízení.

Programy výměny jehel ve věznicích lze rychle zavést na celostátní úrovni, pokud je politická vůle spojena s dobrým realizačním plánem.

Současná situace

V současné době existuje legislativa a strategické postupy potřebné pro zavedení programů výměny jehel ve všech 69 vězeňských zařízeních spadajících do působnosti španělského Ministerstva vnitra, s výjimkou věznic pro pachatele s duševními poruchami a jedné věznice se zvýšenou ostrahou. Na konci roku 2002 byly injekční stříkačky vydávány ve 27 zařízeních a koncem roku 2003 se tento počet zvýšil na 30 vězeňských zařízení.¹⁹⁸ Pilotní program výměny jehel byl rovněž zaveden v jedné z 11 věznic spravova-

ných autonomní katalánskou vládou. Průběžné roční posouzení a vyhodnocení programů v působnosti španělského ministerstva vnitra se uskutečnil na celostátní úrovni.

Moldávie

Shrnutí

První program výměny jehel ve věznicích byl v Moldávii zahájen v květnu 1999 ve Vězeňském zařízení 18 (VZ18) v Branesti. Původně byly sterilní injekční stříkačky vydávány vězňům prostřednictvím vězeňského zdravotnického oddělení. Po 4–5 měsících byl však tento způsob distribuce nahrazen modelem dobrovolníků z řad vězňů (peer model), který je od té doby využíván.

Na základě úspěchu pilotního projektu v VZ18 byl v květnu 2002 zahájen druhý program výměny injekčních stříkaček ve Vězeňském zařízení 4 (PC4) v Cricovu. Program probíhající v PC4 je rovněž založen na dobrovolnících z řad vězňů. Třetí projekt byl zahájen v srpnu 2003 v ženské věznici Rusca.

HIV/AIDS, VHC a IUD v Moldávii

Do roku 1995 bylo v Moldávii ročně zaregistrováno méně než 10 nových případů nákazy virem HIV. Následná epidemie nákazy HIV mezi injekčními uživateli drog však tato čísla výrazně zvýšila. Podle údajů UNAIDS/WHO bylo v Moldávii na konci roku 2001 přibližně 1500 dospělých (ve věku 15–49 let) nakažených virem HIV, z nichž většina se nakazila injekčním užíváním drog. Ve zprávě UNAIDS/WHO z roku 2002 se uvádí, že 66,7 % případů AIDS v Moldávii (73,7 % mužů, 57,1 % žen) souvisí s injekčním užíváním drog.¹⁹⁹ Podle lékařů působících v této zemi je nyní s injekčním užíváním drog spojeno až 83 % všech případů nákazy HIV.²⁰⁰

V září 2002 bylo v moldavských věznicích evidováno 210 osob žijících s HIV/AIDS.

HIV/AIDS, VHC a IUD v moldavských věznicích

V září 2002 bylo v moldavských věznicích evidováno 210 osob žijících s HIV/AIDS, což představuje prevalenci HIV/AIDS v rámci vězeňského systému přibližně stokrát vyšší než v běžné populaci.²⁰¹ Dvanáct procent evidovaných případů nákazy HIV v moldavských věznicích tvoří ženy. Ve statistice je však prevalence podhodnocena, neboť zahrnuje pouze vězně, u nichž je tato skutečnost známa. Ve vězeňské populaci se standardní testování na HIV neprovádí, ale předpokládá se, že skutečná prevalence HIV ve věznicích je vyšší.²⁰²

Evidované případy HIV/AIDS v Moldávii

Rok	Bežná populace	Vězeňská populace ²⁰³
1997	404	38
1998	408	78
1999	155	122
2000	64	134
2001	1300	179
do září 2002	1620	210

Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD v moldavských věznicích

Rozvoj opatření pro minimalizaci škod řídila v moldavských věznicích „Reforma zdravotní péče ve věznicích“, což je nezisková organizace vězeňských lékařů, kterou v roce 1997 založil bývalý ředitel odboru vězeňské zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že členové této organizace jsou bývalí nebo současní vězeňští lékaři, měla

tato organizace jedinečnou pozici při prosazování realizace opatření k minimalizaci škod ve vězeňském systému.

Reforma vězeňské zdravotní péče ve spolupráci s moldavským Ministerstvem vězeňství a za finanční podpory nadace Open Society Institute ze Soros Foundation Network zahájila realizaci programů prevence HIV ve věznicích v roce 1999.²⁰⁴ Organizace začala poskytovat programy prevence HIV a minimalizace škod ve všech 19 moldavských věznicích. Tato činnost zahrnovala vzdělávací aktivity pro vězně i pracovníky zaměřené na prevenci HIV, vzájemné vzdělávání vězňů mezi sebou (peer education), vytváření a distribuci vzdělávacích materiálů, zakoupení prostředků pro prevenci HIV a minimalizaci škod, distribuci kondomů a dezinfekčních prostředků a vydávání sterilních injekčních stříkaček ve dvou věznicích.

Do září 2002 tento projekt obsáhl vězeňskou populaci přibližně 14 000 osob (79 % všech vězňů v Moldávii) a 1600 pracovníků věznic. Organizace zajišťuje distribuci kondomů, dezinfekčních prostředků a informací ve všech moldavských věznicích. Od zahájení projektu bylo distribuováno více než 30 000 kusů informačních materiálů.²⁰⁵

Zavádění programů výměny a distribuce jehel

První program

V květnu 1999 byl zahájen pilotní program výměny injekčních stříkaček ve Vězeňském zařízení VZ18, což je věznice s ostrahou a se zvýšenou ostrahou s populací 1000 vězňů.

Pilotní program výměny injekčních stříkaček ve věznicích byl zahájen v květnu 1999.²⁰⁶ Pro jeho realizaci bylo zvoleno Vězeňské zařízení 18 (VZ18) v Branesti. VZ18 bylo vybráno pro pilotní projekt z několika důvodů. Jednak se nachází blízko města Kišiněv (hlavní město Moldávie, kde sídlí nezisková organizace koordinující projekt), dále se jedná o věznici s nejnižším průměrným věkem vězňů (24–26 let) a rovněž z důvodu

tehdejšího nejvyššího počtu evidovaných vězňů žijících s HIV/AIDS (18 osob).

VZ18 je věznice s ostrahou a se zvýšenou ostrahou, jejíž populace čítá přibližně 1000 vězňů. Původně byla postavena v roce 1950 pro kapacitu 250 osob. Moldavský vězeňský systém je vojenského charakteru. Pracovníci věznice VZ18 zahrnují zhruba 200 pracovníků vězeňské ostrahy (uniformovaní pracovníci) a 100 civilních zaměstnanců. Všichni vězni v tomto zařízení pracují v jednom z několika vězeňských průmyslových provozů. Ty zahrnují podzemní těžbu kamene, pěstování zemědělských plodin a chov hospodářských zvířat, zpracování obilovin a pekárenskou výrobu.

Vězeňský odbor moldavského Ministerstva spravedlnosti zpočátku váhal se schválením projektu kvůli obavám, že poskytování sterilních jehel by mohlo vést k nárůstu užívání drog. Tyto obavy však zmírnily výsledky anonymního průzkumu mezi vězni, který ukázal, že až 8 z 12 vězňů sdílí jednu jehlu a někteří vězni používají pro vstříkávání drog podomácku vyrobené injekční stříkačky. Dne 3. prosince 1999 bylo vydáno Nařízení č. 115, které zavedení výměny jehel ve věznici VZ18 schválilo.

Pro zajištění skutečné anonymity výměny jehel získalo vězeňské zdravotnické oddělení 8 dobrovolníků z řad vězňů, kteří prováděli sekundární výměnu v rámci věznice.

Pilotní program v VZ18 se uskutečnil ve dvou fázích. Během první fáze byly jehly vydávány jednotlivým vězňům prostřednictvím pracovníků vězeňského zdravotního oddělení. Během čtyř až pěti měsíců od zahájení tohoto distribučního systému byla provedena výměna 40–50 jehel.

Realizační tým projektu však dospěl k závěru, že tento způsob distribuce není vyhovující. Hlavním důvodem jeho znepokojení bylo to, že výměny jehel využívalo pouze 25 % až 30 % vězňů injekčně užívajících drogy. Dr. Nicolae Bodrug, ředitel vězeňského zdravotnického oddělení zodpovídající za koordinaci projektu, narazil na řadu

překážek, mezi nimi na obtížné vytváření vztahů mezi zdravotnickým personálem a vězni injekčně užívajícími drogy, nedostatek anonymity a diskrétnosti poskytovaných služeb a skutečnost, že výměna jehel byla zajišťována pouze během úředních hodin. Dr. Bodrug uvedl: „Pro zajištění skutečné anonymity výměny jehel jsme získali osm dobrovolníků z řad vězňů (peer outreach workers), kteří prováděli sekundární výměnu v rámci věznice. Výhodou je mnohem vyšší míra důvěry a diskrétnosti.“²⁰⁷ Toto rozhodnutí zahájilo druhou fázi programu.

V rámci druhé fáze programu bylo 8 dobrovolníků z řad vězňů zaškoleny pro poskytování služeb minimalizace škod na čtyřech různých místech ve věznici. Na každém místě byli výkonem činnosti pověřeni dva dobrovolníci z řad vězňů, kteří jsou k dispozici 24 hodin denně, neboť tato místa se nacházejí přímo v obytných prostorech věznice (ubytování kasárenského typu, kde v jedné velké místnosti žije a spí 70 a více mužů). Činnosti a programy jsou vykonávány ve spolupráci s vězeňským lékařem. Úkolem lékaře je vykonávat funkci supervizora projektu a zprostředkovávat vazbu mezi dobrovolníky z řad vězňů, zaměstnanci věznice a pracovníky organizace Reforma zdravotní péče ve věznicích. Během prvních 9 měsíců roku 2002 se vrstevnického programu zúčastnilo 65 % až 70 % vězňů, o nichž bylo známo, že injekčně užívají drogy. V roce 2002 vyměnili dobrovolníci z řad vězňů ve věznici VZ18 celkem 7150 injekčních stříkaček.²⁰⁸

Vývoj výměny injekčních stříkaček ve věznici VZ18 – výměna jehel ročně²⁰⁹

Rok	Počet vyměněných jehel
2000	115
2001	4350
2002	7150

Kromě výměny stříkaček zajišťují dobrovolníci také distribuci kondomů, dezinfekčních prostředků, čistících tamponů a holítek. Dále posky-

tují informace pro minimalizaci škod a prevenci HIV, včetně informací o bezpečném vpichování a možných problémech po injekční aplikaci. Tým dobrovolníků z řad vězňů se každý rok mění.

Dobrovolníci z řad vězňů (peer volunteers) také zajišťují distribuci kondomů, dezinfekčních prostředků, čistících tamponů a holítek.

Rozšíření do dalších věznic

Na základě úspěchu pilotního projektu bylo 16. května 2002 vydáno Nařízení č. 52, které schválilo realizaci druhého projektu výměny jehel ve věznici PC4, což je mužská věznice v Cricovu pro 1200 osob. Tento program je rovněž založen na dobrovolnících z řad vězňů a pracují v něm tři dobrovolníci. Během několika prvních měsíců využilo výměny zhruba 40–45 vězňů. Do konce roku se počet vězňů využívajících program výměny jehel zvýšil přibližně na 160.²¹⁰ Ve věznici PC4 vyměnili dobrovolníci během roku 2002 celkem 7555 injekčních stříkaček.²¹¹

Distribuce pomůcek pro minimalizaci škod v moldavských věznicích – souhrnné údaje za rok 2002²¹²

Čistící sady	1026
Jód	211
Holítka	3550
Injekční stříkačky	14 705
Kondomy	100 056

Hodnocení a získané poznatky

Podle vyjádření dr. Nicolae Bodruga, lékaře ve věznici VZ18, byla standardizace konceptu výměny jehel ve věznicích velkou výzvou pro pracovníky i vězně. Nicméně postoje lidí se s postupem času změnily. Dr. Bodrug uvedl: „Zdůrazňovali jsme, že minimalizace škod je praxe, která se jinde dobře osvědčila a může zajistit ochranu pracovníků i vězňů před nákazou virem HIV.“²¹³

Jednou z velkých překážek přijetí a úspěchu programu ve věznici VZ18 bylo, že pracovníci vězeňské ostrahy zpočátku stále vnímali injekční

stříkačky jako materiál propašovaný do věznice a při prohlídkách je vězňům zabavovali. Ačkoliv přechovávání a distribuce drog ve věznici je i nadále nelegální, dr. Bodrug uvádí: „Nakonec se nám podařilo ostrahu přesvědčit, že stříkačky [distribuované v rámci] projektu budou považovány za „legální“ a nebudou zabavovány.“²¹⁴

Využití dobrovolníků z řad vězňů pro výměnu jehel mělo výrazné pozitivní přínosy i v dalších oblastech, včetně snížení stigmatizace a zvýšení sebeúcty vězňů žijících s HIV/AIDS, zvýšení povědomí o přenosu HIV mezi vězeňskou populací a posílení důvěryhodnosti zdravotnických služeb tím, že získaly lidsější tvář.²¹⁵ Ačkoliv využití vězňů zvyšuje důvěru v program a jeho anonymitu, existuje možné nebezpečí distribuce méně kvalitních informací než v případě jejich poskytování zkušeným zdravotnickým personálem. Je tedy třeba zajistit průběžné vzdělávání a podporu dobrovolníků z řad vězňů (peer volunteers).

Využití dobrovolníků z řad vězňů pro výměnu jehel mělo výrazné pozitivní přínosy i v dalších oblastech.

Moldavské projekty se nedrží striktně principu výměny jehly za jehlu. Na rozdíl od programů v západní Evropě nejsou stříkačky dodávány

s plastovými obaly a neexistují žádné předpisy pro jejich uchovávání. Rozhodnutí neposkytovat plastové obaly bylo původně přijato z úsporných důvodů. Později se ukázalo, že programy fungují dobře a bezpečně i bez těchto obalů a bylo tedy rozhodnuto, že nejsou nutné. V moldavských projektech nebyly zaznamenány případy zneužití injekčních stříkaček jako zbraní ani problémy se znečištěnými jehlami.

Dr. Bodrug se ke zkušenostem se zaváděním prvního programu výměny jehel v Moldávii vyjadřuje takto:

Trvalo dva roky, než se podařilo prolomit nedůvěru. Museli jsme se toho hodně naučit, museli jsme říkat nezvyklé věci a jednat nezvykle z pohledu [skeptické] většiny. Avšak minimalizace škod se stala běžnou věcí. Nyní, když minimalizaci škod podporuje ředitel vězeňské služby i ministr spravedlnosti, se můžeme sebedovědomě pustit do jejího dalšího rozšiřování.²¹⁶

Současná situace

V srpnu 2003 byl zahájen třetí program výměny jehel v ženské věznici Rusca. V roce 2003 bylo v tomto vězeňském zařízení evidováno 17 osob žijících s HIV/AIDS, což je 12 % celkové populace ve věznici.²¹⁷

Kyrgyzstán²¹⁸

Shrnutí

Kyrgyzstán zahájil pilotní projekt výměny jehel ve věznicích v říjnu 2002. Počátkem roku 2003 bylo schváleno rozšíření výměny jehel do všech 11 kyrgyzských věznic. Programy výměny jehel nyní probíhají ve všech věznicích.

V Kyrgyzstánu nyní probíhá výměna jehel ve všech vězeňských zařízeních.

HIV/AIDS, VHC a IUD v Kyrgyzstánu

Prudký nárůst intravenózního užívání drog spolu s tíživou sociální a ekonomickou situací v Kyr-

gyzstánu představuje vážné riziko propuknutí epidemie HIV. V červnu 2003 bylo v této zemi evidováno 825 případů nákazy virem HIV nebo onemocnění AIDS, přičemž 82 % těchto případů souviselo s injekčním užíváním drog.²¹⁹ Podle zprávy UNAIDS/WHO z prosince 2002 je v Kyrgyzstánu „nyní patrný výraznější nárůst HIV.“²²⁰

HIV/AIDS, VHC a IUD v kyrgyzských věznicích

Během posledních let docházelo v 11 kyrgyzských věznicích ke stálému nárůstu počtu osob žijících s HIV/AIDS. V roce 2000 byly v kyrgyzských věznicích evidovány pouze 3 případy HIV.

V září 2001 se jejich počet zvýšil na 24, přičemž většina případů byli injekční uživatelé drog. V listopadu 2002 bylo v Kyrgyzstánu více než 150 uvězněných osob žijících s HIV/AIDS, což představovalo 56 % všech evidovaných případů v této zemi.²²¹

Injekční užívání drog a sdílení jehel je v kyrgyzských věznicích velmi rozšířeným jevem. Průzkum provedený jednou kyrgyzskou neziskovou organizací ukázal, že 100 % pracovníků věznic připouští, že se ve věznicích užívají drogy. Průzkum dále zjistil, že 90 % uživatelů drog ve věznicích se přiznává ke sdílení jehel a k tomu, že je nedezinfikují.²²²

Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD v kyrgyzských věznicích

Programy prevence HIV ve věznicích byly zahájeny v roce 1998, dříve než byl zaregistrován první případ HIV. Tato problematika byla zpočátku řešena formou vzdělávacích programů pro vězně a pracovníky věznic.

V únoru 2001 Vrchní ředitelství pro výkon trestů (MDPI) a odbor pro nápravná zařízení vydali příkaz k prevenci HIV/AIDS v kyrgyzských vězeňských zařízeních, v němž věznice vyzvaly k opatřením zaměřeným na prevenci šíření HIV mezi vězni. Na základě tohoto příkazu byla zavedena různá opatření prevence HIV a minimalizace škod. Tato opatření zahrnovala poskytování kondomů a dezinfekčního prostředku, osvětu zaměřenou na prevenci HIV mezi vězni a pracovníky, vzájemné vzdělávání vězňů a dobrovolné testování na HIV. Neoficiálně byla rovněž zahájena výměna jehel, zaměřená zejména na osoby žijící s HIV/AIDS.

Zavádění programů výměny a distribuce jehel

První program

V říjnu 2002 byl spuštěn pilotní projekt výměny jehel ve věznici IK-47, což je vězeňské zařízení se zvýšenou ostrahou. Projekt poskytuje služby přibližně pro 50 vězňů, kteří si denně vyměňují jehly (projekt zprostředkuje přibližně 50 výměn denně).

Bylo rozhodnuto, že by výměny měly probíhat na místě, kde vězně nemůže zahlédnout ostraha věznice. Z tohoto důvodu probíhají v nemocničních prostorách. Výměna injekčních stříkaček se uskutečňuje na protidrogovém oddělení ústřední vězeňské nemocnice a všichni vězni mají možnost se do programu zapojit. Vězeň požádá o návštěvu zdravotnického oddělení za účelem využití lékařských služeb a při této návštěvě si vymění svou injekční stříkačku. Pilotní projekt rovněž zajišťuje sekundární výměnu prostřednictvím dobrovolníků z řad vězňů, podobně jako v moldavském modelu. Koordinátoři projektu zjistili, že obě varianty výměny jehel jsou potřebné.

Na začátku pilotního projektu obdržel každý uživatel drog jednu injekční jehlu. Výměna se řídila pravidlem „jedna za jednu“. K výměně měli přístup pouze vězni zapojení do pilotního projektu. O výměnách byly vedeny záznamy a pro pracovníky věznice je zajištěno školení.

Rozšíření do dalších věznic

Počátkem roku 2003 bylo vydáno nařízení schvalující poskytování sterilních injekčních jehel ve všech kyrgyzských věznicích. V září 2003 probíhaly programy výměny jehel v 6 z 11 kyrgyzských věznic (v 5 věznicích pro muže a v 1 pro ženy). V únoru 2004 byly získány finanční zdroje pro rozšíření programů do všech 11 věznic a v dubnu 2004 byly sterilní jehly k dispozici již ve všech vězeňských zařízeních.²²³

Ve všech 11 vězeňských zařízeních probíhá výměna jehel prostřednictvím vězňů vyškolených pro výkon této činnosti ve spolupráci s oddělením zdravotní péče. Tento model byl zaveden v reakci na obavy týkající se postavení oddělení jako jediného výměnného střediska. Vzhledem k tomu, že jehly bylo možné ze zdravotnického oddělení získat pouze během dne a většina obchodů s drogami se uskutečňovala večer, někteří vězni, kteří drogy neužívali, získávali sterilní jehly během dne, aby je následně v noci prodávali injekčním uživatelům drog. Tento problém se podařilo vyřešit zavedením vrstevnického modelu (dobrovolníci z řad vězňů). Vzhledem k tomu,

že tito dobrovolníci žijí přímo na vězeňských odděleních, mohou sterilní jehly vydávat 24 hodin denně, takže obchodování s jehlami zmizelo.

V září 2003 bylo přibližně 470 uživatelů drog zapojeno do celkem 6 programů výměny jehel probíhajících na každodenní bázi. V dubnu 2004 byly tyto programy zavedeny do všech 11 věznic a počet účastníků činil přibližně 1000.²²⁴ Uživatelé drog dostávají jednu injekční stříkačku a tři jehlové hroty navíc. Injekční uživatelé tak mají možnost provést až tři vpichy denně, aniž by museli opětovně použít stejnou jehlu. Zároveň se tak snižují náklady na výměnný program, protože jehlové hroty jsou levnější než kompletní injekční sady.

Nedošlo k žádným případům zneužívání injekčních stříkaček jako zbraní a vězeňští zdravotníci pracovníci zaznamenali pokles zdravotních problémů souvisejících s vpichováním, například abscesy.

Současná situace

V současné době probíhají programy výměny injekčních stříkaček ve všech 11 kyrgyzských věznicích. V roce 2004 je plánováno pilotní testování metadonového substitučního programu.

Bělorusko

Shrnutí

Běloruská republika zavedla pilotní program výměny injekčních stříkaček v jednom vězeňském zařízení, Nápravném výchovném ústavu 15/1 v Minsku v dubnu 2003.

HIV/AIDS, VHC a IUD v Bělorusku

K 1. září 2003 bylo v Bělorusku evidováno 5165 osob žijících s HIV/AIDS.²²⁵ HIV a injekční užívání drog jsou problémy, které vyvolávají vážné obavy. V dubnu 2003 bylo oficiálně evidováno přibližně 9400 osob využívajících služeb léčby drogové závislosti. Počet osob evidovaných službami drogové léčby zaznamenal meziroční nárůst 20 % až 40 %. Předpokládá se však, že tyto údaje o léčených osobách jsou nižší oproti skutečné situaci, kdy se skutečný počet uživatelů drog odhaduje mezi 40 000 až 43 000.

Devadesát procent uživatelů drog v Bělorusku tvoří injekční uživatelé drog. Injekční užívání drog představuje v Bělorusku hlavní způsob přenosu nákazy virem HIV, neboť v této zemi se 75,5 % osob žijících s HIV/AIDS nakazí intravenózním užíváním drog.²²⁶

Běloruská republika zavedla pilotní program výměny injekčních stříkaček v jedné věznici v dubnu 2003.

HIV/AIDS, VHC a IUD v běloruských věznicích

V květnu 2003 bylo v Bělorusku evidováno 1131 vězňů žijících s HIV. Toto číslo představuje 22,5 % všech evidovaných případů HIV v této zemi.²²⁷

Historie řešení problematiky HIV/AIDS, VHC a IUD v běloruských věznicích

Vězni v Bělorusku musí při nástupu do vězeňského zařízení absolvovat povinné testování na HIV.²²⁸ Program výměny injekčních stříkaček je jednou ze součástí projektu, který nabízí vzdělávání pracovníků a vězňů, vrstevnické vzdělávání vězňů mezi sebou (peer education), poskytování informací, dobrovolné testování na HIV a distribuci kondomů a dezinfekčních prostředků. Projekt je realizován za podpory komise pro výkon trestů Ministerstva vnitra a vězeňské služby.

Zavádění programů výměny a distribuce jehel

Pilotní program byl zaveden v dubnu 2003 v Nápravném výchovném ústavu 15/1 v Minsku, kde je stav 2000 osob. Tato lokalita byla zvolena s ohledem na dostupnost lékařských pracovníků a jiných odborníků a rovněž z toho důvodu, že se jedná o zařízení, v němž se nachází státní nemocnice, jež zajišťuje primární péči pro všechny evidované HIV pozitivní vězně v Bělorusku.²²⁹

Pilotní projekt by měl podle plánu probíhat do roku 2004. V tomto vězeňském zařízení je evidováno 28 uživatelů drog, ačkoliv se předpokládá, že skutečný počet injekčních uživatelů drog činí přibližně 200 osob. Patnáct vězňů je evidováno jako HIV pozitivní. Program je přístupný všem vězňům v této věznici. Program je koncipován podle moldavského modelu a využívá 20 dobrovolníků z řad vězňů pro distribuci jehel mezi spoluvězni. Během prvního měsíce bylo vydáno více než 100 jehel.²³⁰

Hodnocení a získané poznatky

Při zavádění programu se objevila řada problémů, včetně neochoty vězeňského personálu, nedostatečného právního rámce pro realizaci programu výměny jehel ve věznicích, krátkého trvání pilotního projektu a skutečnosti, že vězňům užívajícím drogy hrozí při odhalení sankce. Nedošlo k žádným případům zneužití jehel jako zbraní. Program bude ještě třeba vyhodnotit.²³¹

Současná situace

Pilotní projekt měl původně probíhat do ledna 2004. Tento termín byl však prodloužen do června 2004. Zároveň byl program výměny jehel rozšířen do dalších dvou vězeňských zařízení. Ministerstvo vnitra je připraveno rozšířit výměnu jehel ve věznicích po celé zemi, avšak zajištění finančních prostředků zůstává hlavní překážkou pro realizaci tohoto cíle.²³² Zároveň se zvažuje možné zahájení metadonové substituční léčby.²³³

ANALÝZA ÚDAJŮ

Vyvrácení námitek

Proti zavádění programů výměny jehel ve věznicích bývá soustavně vznášena řada námitek. V mnoha zemích, například v Kanadě, byly tyto námitky formulovány na základě odmítnutí programů výměny jehel politiky a představiteli vězeňského systému. Čtyři hlavní námitky proti programům výměny jehel ve věznicích jsou následující:

1. Zavádění výměny jehel ve věznicích povede ke zvýšení násilí a k užívání injekčních stříkaček jako zbraní proti vězňům a pracovníkům věznic.
2. Zavádění výměny jehel ve věznicích povede k nárůstu spotřeby drog a/nebo k nárůstu injekčního užívání drog mezi osobami, které předtím drogy injekčně neužívaly.
3. Zavádění výměny jehel ve věznicích sníží význam opatření a programů zaměřených na propagaci abstinence, neboť užívání drog bude tolerováno.
4. Úspěšné zavedení programů výměny jehel v některých věznicích neznámá, že bude možné programy úspěšně zavést v dalších správních oblastech, protože stávající programy zohledňují specifické prostředí jednotlivých věznic.

Zvýšení bezpečnosti ve věznicích

Jeden z hlavních poznatků získaných na základě mezinárodních zkušeností je, že zavádění programů výměny jehel ve věznicích nevede ke kompromisům mezi zdravím a bezpečností. Stöver a Nelles naopak v souhrnném hodnocení programů výměny jehel ve věznicích z roku 2003 uvádějí:

Nebyl zaznamenán žádný případ užití injekčních jehel a stříkaček jako zbraní proti pracovníkům nebo spoluvězňům. Tato věc byla a je i nadále jednou z kontroverzních otázek ve vztahu k programům výměny injekčních jehel ve věznicích. Injekční jehly nebyly zneužívány a jejich likvidace nepřestavovala žádný problém. Z hlediska bezpečnosti na pracovišti je zajímavé po-

znamenat, že míra výměny v programech je vysoká (téměř 1 : 1) – míra návratnosti ve dvou věznicích v Dolním Sasku činila 98,9 % u výdejního automatu v ženské věznici Vechta a 98,3 % v mužské věznici v Lingenu, Gross-Hesepe... Riziko poranění nevhodně uloženou injekční jehlou je tudíž velmi nízké.²³⁴

Nebyl zaznamenán ani jediný případ užití injekčních jehel a stříkaček jako zbraní proti pracovníkům nebo spoluvězňům.

Bezpečnost těchto programů byla potvrzena pracovníky kanadské vězeňské služby. V lednu a únoru 1999 vykonala delegace zástupců Studijní skupiny pro programy výměny jehel Kanadské vězeňské služby návštěvu ve Švýcarsku, kde se seznámila s realizací výměny jehel ve třech různých věznicích. Jedním ze závěrů uvedených ve zprávě této delegace byl poznatek týkající se bezpečnosti těchto programů.

Vězni zapojení do programu výměny jehel jsou povinni uchovávat vydanou sadu na předem určeném místě ve své cele. To pomáhá pracovníkům vstupujícím do cel při provádění prohlídek. Poněvadž vydané jehly a stříkačky jsou součástí schváleného programu, nemusí je vězni ve svých celách ukrývat. Do dnešního dne nedošlo k žádnému poranění pracovníků jehlou.²³⁵

Zajistit vězňům nezbytnou ochranu před nákazou HIV a VHC je naopak v souladu se zásadami bezpečnosti práce a zachováním bezpečnosti a pořádku ve věznici.

Všechny zahraniční zkušenosti naznačují, že ve věznicích v mnoha státech se jehly totiž stejně už vyskytují. Tudíž představa, že zavedením programů výměny jehel ve věznicích se injekční stříkačky dostanou do „čistého“ prostředí, je prokazatelně mylná. Otázkou tedy zůstává, která situace je lepší: nynější stav, kdy se injekční stříkačky vyskytují ve věznicích v neznámém počtu a na neznámých místech, přičemž je velmi prav-

děpodobné, že jsou infikované – nebo stav, kdy ve věznicích probíhají kontrolované programy výměny jehel, v nichž je znám počet injekčních jehel v oběhu, jsou známi vězni, kteří tyto jehly vlastní, a jedná se o sterilní jehly nebo alespoň o jehly užívané pouze jednou osobou se známou totožností? Z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví při práci je druhý scénář lepší než ten první.

Španělské Ministerstvo vnitra a Ministerstvo zdravotnictví a ochrany spotřebitelů uvádí ve svých pokynech pro zavádění programů výměny jehel ve věznicích z roku 2002 následující shrnutí bezpečnostních přínosů:

Zahájení výměnného programu by nemělo zvýšit rizika, ale naopak – jak již bylo uvedeno dříve – by mělo vést ke zvýšení bezpečnosti. V první řadě budou nelegální injekční jehly, jež jsou většinou

ukrývány a nechráněny, nahrazeny programovými injekčními jehlami opatřenými pevným obalem. Za druhé, v případě nehody je méně pravděpodobné, že injekční jehla je použita, neboť vězeň může (a měl by) jehlu po použití hned při první příležitosti vyměnit za novou. Za třetí, dojde-li k použití jehly, je menší pravděpodobnost jejího sdílení mezi různými vězni, čímž se snižuje pravděpodobnost její infekce; uživatele lze přitom identifikovat s větší jistotou, a podniknout tak případné preventivní kroky. V neposlední řadě dochází dlouhodobě k omezení parenterálně přenosných chorob a vytvoření zdravějšího a méně rizikového prostředí ve věznicích.²³⁶

Pracovníci Kanadské vězeňské služby potvrzují bezpečnost programů výměny jehel ve věznicích.

Nedošlo k nárůstu spotřeby drog nebo injekčního užívání

Představa, že programy výměny jehel podporují injekční užívání drog, byla v minulosti překážkou pro zavádění tohoto efektivního opatření minimalizace škod v obecné populaci i ve věznicích. Ve věznicích je však tento argument navíc komplikován skutečností, že mnoho vězňů je ve výkonu trestu odnětí svobody právě kvůli drogám nebo kvůli trestné činnosti související s užíváním drog. Poskytování dezinfekčního prostředku Savox nebo sterilních jehel vězňům je tak vnímáno jako tolerování nebo podpora chování, jež by se nápravné zařízení mělo snažit v rámci „nápravy“ jedince potlačovat. Přiznat skutečnost, že ve věznicích dochází k užívání drog, je rovněž v rámci vězeňského systému velmi obtížné, neboť to může být vnímáno jako přiznání toho, že systém a jeho pracovníci selhávají při poskytování účinných protidrogových programů a zajištění kontroly a bezpečnosti v rámci zařízení.

Omezení parenterálně přenosných chorob vede k vytvoření zdravějšího a méně rizikového prostředí ve věznicích.

V případě výměny injekčních jehel ve věznicích odborná hodnocení soustavně prokazují, že dostupnost sterilních injekčních jehel *nevede* k nárůstu počtu injekčních uživatelů drog, k nárůstu užívání drog obecně ani k nárůstu množství drog ve věznicích. Na základě nedávných souhrnných zjištění z jedenácti hodnocených programů výměny jehel ve věznicích ve Švýcarsku, Německu a Španělsku dospěli Stöver a Nelles k následujícím závěrům:²³⁷

Věznice Stát	Užívání drog v zařízení	IUD v zařízení
Am Hasenberg Německo	Žádný nárůst	Žádný nárůst
Basauri Baskicko	Žádný nárůst	Žádný nárůst
Hannöversand Německo	Žádný nárůst	Žádný nárůst
Hindelbank Švýcarsko	Pokles	Žádný nárůst
Lehrter Strasse Německo	Žádný nárůst	Žádný nárůst
Lichtenberg Německo	Žádný nárůst	Žádný nárůst
Lingen Německo	Žádný nárůst	Žádný nárůst
Realta Švýcarsko	Pokles	Žádný nárůst
Saxerriet Švýcarsko	Údaje nejsou k dispozici	Údaje nejsou k dispozici
Vechta Německo	Žádný nárůst	Žádný nárůst

Tato zjištění dokazují, že poskytování sterilních jehel vězňům nevede k nárůstu spotřeby drog ani k nárůstu injekčního užívání drog ve věznicích.

V řadě zemí včetně Kanady existují důkazy, že mnoho vězňů začne s injekčním užíváním drog během pobytu ve věznici. Argument, že program výměny jehel přivede vězně k injekčnímu užívání drog, je tedy narušen skutečností, že takové cho-

ování je v mnoha zemích běžné *bez ohledu* na programy výměny jehel ve věznicích. Lidé v těchto zařízeních jsou nuceni jehly sdílet nebo opakovaně užívat, což představuje vysoké riziko přenosu HIV a VHC.

Zatímco poskytování sterilních jehel uživatelům drog ve věznicích nevedlo k nárůstu užívání drog, vedlo ke snížení počtu vězňů, kteří se nakazí virem HIV, VHC a jinými infekcemi.

Součást spektra protidrogových programů

Poskytovat sterilní jehly neznamená schvalovat užívání nelegálních drog ve věznicích. Poskytování sterilních jehel ve věznicích v 6 zemích zkoumaných v této zprávě nevedlo k tomu, že by

pracovníci věznic schvalovali či jinak povolovali užívání, přechovávání nebo prodej drog. Ve všech případech zůstávají drogy ve věznicích zajišťujících výměnu jehel zakázány a pracovníci

ostrahy mají pokyny takto pašované látky (včetně jehel, které nejsou součástí výměnného programu) zajistit a zabavit. V tomto smyslu se přístupy a pracovní postupy neliší od zařízení, v nichž programy výměny jehel neprobíhají. Avšak zatímco držení nelegálních drog zůstává nezákonné, držení jehel, které jsou součástí oficiálního výměnného programu, nezákonné není.

Programy výměny jehel znamenají, že volení představitelé a vězeňské orgány berou vážně svou zákonnou povinnost chránit zdraví vězňů, které mají v péči a pod dohledem. Přiznání, že drogy jsou i navzdory velkému úsilí a zdrojům vynaloženým na jejich potlačování součástí vězeňské reality, představuje pragmatický přístup k řešení problematiky užívání drog a nákazy HIV a VHC. Jestliže drogy pronikají do věznic a vězni je užívají, musí být prioritou ochrana zdraví vězňů zaměřená na prevenci přenosu HIV a VHC v důsledku rizikových injekčních praktik.

V ideálním případě by měly být programy výměny jehel jednou ze součástí komplexních protidrogových služeb poskytovaných ve věznicích, mezi něž patří abstinenční programy, léčba drogové závislosti, bezdrogové zóny a opatření k minimalizaci škod. Z tohoto hlediska dostupnost sterilních jehel nenarušuje ani nezabraňuje poskytování dalších programů, ale naopak nabízí uživatelům drog více příležitostí pro zlepšení zdravotního stavu a případně lepší zapojení do celé škály opatření zaměřených na protidrogovou léčbu, která jsou v dané věznici nabízena. V německých pilotních programech hodnotitelé zjistili, že program výměny jehel nakonec *zvýšil* počet osob zapojených do služeb léčby drogových závislostí, což dokazuje, že programy výměny jehel mohou představovat významné styčné body pro oslovení jinak obtížně dosažitelné populace uživatelů drog. Stejně zkušenosti byly zaznamenány také ve Španělsku, kde ministerstvo vnitra a ministerstvo zdravotnictví a ochrany spotřebitelů dospělo k závěru, že je nejen možné „paralelní fungování programů výměny jehel a dalších programů protidrogové prevence a léčby“, ale rovněž je zřejmé, že „programy výměny jehel ve věznicích usnadňují zařazení už-

vatelů drog do programů léčby drogových závislostí.“²³⁸

Vedení a pracovníci vězeňských zařízení se však přesto při zavádění programů výměny jehel často potýkají s filozofickými a praktickými otázkami souvisejícími s užíváním drog.

Programy výměny jehel ve věznicích usnadňují zařazení uživatelů drog do programů léčby drogových závislostí.

Vědecká hodnocení soustavně prokazují, že dostupnost sterilních injekčních stříkaček *nevede* k nárůstu spotřeby drog ani k nárůstu injekčního užívání drog ve věznicích.

Ve vězeňském zařízení VZ18 v Moldávii a v jiných institucích bylo zřejmé, že vězeňští pracovníci školení v duchu nulové tolerance k drogám a k užívání drog, kteří byli zvyklí zaujímat k léčbě drogové závislosti abstinenční přístup, se museli naučit zabavovat drogy, avšak ne injekční náčiní.

Zkušenosti z Německa a Moldávie však dokazují, že se přístup zaměstnanců změnil poté, co se pracovníci seznámili s výměnnými programy a s principem minimalizace škod a zapojili se do realizace a hodnocení těchto programů. Jedná se o podobný proces, který byl zaznamenán v prostředí mimo věznice, kde se postoj policie změnil ve prospěch programů výměny jehel. Policejní složky ve státech, kde probíhají programy výměny jehel v obecné populaci, zahrnuly do své práce komplexní filozofii minimalizace škod, aniž by to narušilo jejich poslání chránit občany, jimž poskytují služby.

Odmítnout vydávat sterilní jehly ve vězeňském systému, kde dochází k injekčnímu užívání drog a sdílení jehel, znamená schvalovat šíření HIV a VHC.

Princip minimalizace škod je naopak v souladu s cílem ochrany a zachování života. Ředitel policejního protidrogového útvaru v Merseyside uvedl:

Jako policejní důstojníci jsme se v naší přísaze zavázali k ochraně života. V drogové oblasti musí tento přístup zahrnovat zachraňování životů i vynucování zákona. Je jasné, že musíme injekční uživatele oslovit a zajistit jim potřebnou pomoc, avšak mezitím se musíme pokusit ochránit jejich zdraví, protože jsme i jejich policisté... Lidé se mohou vyléčit z drogové závislosti, ale v současné době se nemohou vyléčit z AIDS.²³⁹

Tuto myšlenku podpořil Martin Lachat, pověřený ředitel věznice Hindelbank ve Švýcarsku v roce 1994:

Přenos HIV a jiných závažných onemocnění není možné tolerovat. S přihlédnutím ke skutečnosti, že přísun drog můžeme pouze omezit a ne zcela potlačit, se domníváme, že je naším úkolem poskytnout vězňům alespoň sterilní injekční jehly.

Nejednoznačnost našeho poslání představuje rozpor, s nímž se musíme naučit žít.²⁴⁰

Vězeňská zařízení ve všech šesti zemích zkoumaných v této zprávě realizují programy výměny jehel jako součást komplexních intervencí k minimalizaci škod. Mezi další opatření k minimalizaci škod patří osvěta o HIV/VHC, substituční léčba, distribuce kondomů, distribuce dezinfekčního prostředku Savo, čisticí tampony, holítko, pomůcky a anonymní testování na HIV a VHC.

Odmítnutí některých vězeňských pracovníků vydávat sterilní jehly ve věznicích, kde dochází k užívání drog a sdílení jehel, ve skutečnosti znamená schvalovat šíření HIV a VHC mezi vězeňskou populací i veřejností obecně. Navíc poskytování sterilních jehel vězňům není neslučitelné s cílem snížit užívání drog ve věznicích.

Pozitivní přínosy pro zdraví vězňů a veřejnosti

Programy výměny jehel ve věznicích snižují rizikové chování a fungují jako prevence přenosu nemoci

Jeden z nejdůležitějších poznatků vyplývajících z mezinárodních zkušeností s výměnou jehel ve věznicích je ten, že tyto programy velmi účinně snižují sdílení jehel a zajišťují prevenci přenosu HIV a VHC. Stöver a Nelles v nedávných sou-

hrnných zjištěních hodnocených programů výměny jehel ve věznicích ve Švýcarsku, Německu a Španělsku uvádějí, že tyto programy výrazně snižují sdílení jehel (7 z 9 věznic) a vedou k výraznému poklesu (2 z 5 věznic) nebo zachování stávajícího stavu (3 z 5 věznic) prevalence HIV/VHC.²⁴¹

Další pozitivní přínosy pro zdraví vězňů

Kromě snížení přenosu HIV a VHC, jež je podrobně popsáno v předchozí kapitole, prokázaly mezinárodní zkušenosti, že programy výměny jehel mají další pozitivní přínosy pro zdraví vězňů. Nejvýraznějším přínosem bude zřejmě prudký pokles počtu fatálních i nefatálních předávkování heroinem u injekčních uživatelů drog. Ve švýcarské věznici Hindelbank například docházelo v období před zavedením výměnného programu v průměru k jednomu až třem případům smrtel-

ného předávkování heroinem ročně. Od zavedení programu byl v této věznici zaznamenán pouze jeden případ smrtelného předávkování heroinem za posledních 9 let.²⁴²

Podobná zkušenost byla zaznamenána rovněž ve švýcarské věznici Oberschönggrün, kde probíhala substituční léčba závislých na heroinu souběžně s výměnou jehel. Před zavedením výměnného programu se pracovníci věznice setkávali při-

Věznice Stát	Sdílení jehel	Prevalence HIV/VHC
Am Hasenberg Německo	Výrazný pokles	Nebyla zkoumána
Basauri Baskicko	Údaje nejsou k dispozici	Výrazný pokles
Hannöversand Německo	Výrazný pokles	Výrazný pokles
Hindelbank Švýcarsko	Výrazný pokles	Žádný nárůst
Lehrter Strasse Německo	Výrazný pokles	Nebyla zkoumána
Lichtenberg Německo	Výrazný pokles	Nebyla zkoumána
Lingen I Německo	Výrazný pokles	Žádný nárůst
Realta Švýcarsko	Ojedinelé případy	Nebyla zkoumána
Saxerriet Švýcarsko	Údaje nejsou k dispozici	Nebyla zkoumána
Vechta Německo	Výrazný pokles	Žádný nárůst
Vierlande Německo	Beze změny	Nebyla zkoumána

blíže s jedním nefatálním předávkováním týdně a dvěma smrtelnými předávkováním ročně. V současné době jsou předávkování jakéhokoli typu velmi výjimečná a od roku 1995 byl ve věznici zaznamenán pouze jeden případ úmrtí předávkováním.²⁴³ Výměna jehel ve věznicích tedy zachraňuje lidské životy nejen prevencí přenosu HIV a VHC, ale rovněž prevencí smrtelných předávkování.

Výměna jehel ve věznicích tedy zachraňuje lidské životy nejen prevencí přenosu HIV a VHC, ale rovněž prevencí smrtelných předávkování.

Vězeňští pracovníci nastínili během rozhovorů prováděných při přípravě této zprávy dva možné důvody, proč výměna jehel vede k tak výraznému

poklesu případů předávkování. Za prvé, obdrželi každý injekční uživatel drog svou osobní jehlu, může si při každém vpichu dávkovat menší množství drogy. V minulosti, kdy jednu injekční stříkačku sdílelo mnoho vězňů, k ní měl injekční uživatel pouze omezený přístup a tudíž bylo pravděpodobnější, že si v těch výjimečných chvílích, kdy se ke stříkačce dostal, aplikoval větší dávku. Druhý možný důvod je ten, že zavedením výměny jehel a prosazením filozofie minimalizace škod v rámci věznice došlo k zásadní změně způsobu, jakým mohou vězeňští zdravotníci a sociální pracovníci poskytovat poradenství vězňům. Poněvadž injekční užívání drog všechny zainteresované subjekty přiznávají jako realitu, mohou být poradci, zdravotníci pracovníci a vězni mnohem otevřenější a upřímnější při rozebírání problematiky užívání drog a minimalizace škod. Vězni už nejsou nuceni předstírat, že jsou „čistí“, a o rizikovém chování a předávkování je možné hovořit v atmosféře, kdy se vězni nemusí obávat postihů za to, že se k užívání drog přiznají.

Mezi další zaznamenané pozitivní přínosy pro zdraví patří pokles počtu abscesů a jiných infekcí souvisejících s injekčním užíváním drog.

Mezi další zaznamenané pozitivní přínosy pro zdraví patří pokles počtu abscesů a jiných infekcí souvisejících s injekčním užíváním drog. Ve věznici Hindelbank i Oberschönggrün bylo zaznamenáno téměř úplné vymizení abscesů, jež před zavedením programu výměny jehel představovaly závažný problém. Pracovníci věznice Hindelbank konstatovali, že tato skutečnost ušetřila věznicí značné finanční prostředky, neboť léčba abscesů tvořila v minulosti velkou část práce vězeňského zdravotnického personálu.

Programy jsou efektivní v nejrůznějších zařízeních

Vedoucí pracovníci vězeňských zařízení někdy snižují význam dokladů o účinnosti vězeňských programů výměny jehel tím, že tyto výměnné programy označují jako „okrasné“ projekty, jež probíhají pouze v netypických vězeňských prostředích (např. malé instituce, ženské věznice, zařízení pro méně problematické pachatele apod.). Jejich argumentace je založena na tom, že úspěch těchto programů nelze přenést do života „skutečných“ věznic.

I když je pravda, že původní pilotní projekty ve Švýcarsku proběhly ve věznicích, které jsou podle obvyklých měřítek považovány za malé (Obererschönggrün s populací 75 osob, Hindelbank s populací 110 osob), následné programy byly úspěšně zaváděny v řadě různých prostředí jak v rámci civilních, tak vojenských systémů. Například v Německu byly programy výměny jehel zaváděny v malých věznicích s populací 50 osob (ženská věznice Hannöversand) i ve velkých zařízeních s populací 500 osob (mužská věznice Hasenberge v Hamburku). V Moldávii probíhají programy výměny jehel v mužských věznicích s ostrahou a se zvýšenou ostrahou s populací 1000 osob a více. Věznice Soto de Real v Madridu navštívená při přípravě této zprávy má populaci přibližně 1600 vězňů. Moldavské a španělské věznice, v nichž se výměnné programy osvědčily, mají tedy větší vězeňskou populaci než *kteřékoli* kanadské federální nápravné zařízení. Přímou ve Španělsku, kde probíhá výměna jehel ve 30 věznicích od roku 2002, se jedná o vězeňská zařízení různé velikosti a všech úrovní ostrahy.

Moldavské a španělské věznice, v nichž se programy výměny jehel osvědčily, mají větší vězeňskou populaci než *kteřékoli* kanadské federální nápravné zařízení.

Výměna jehel byla zavedena ve věznicích s velmi rozdílným fyzickým prostředím. Ve věznicích v západní Evropě se prokázala účinnost programů v zařízeních, kde jsou vězni umístěni v mno-

ha jednotlivých celách pro jednu až dvě osoby. Obdobná je situace v Kanadě. Naproti tomu v Moldávii se programy výměny jehel osvědčily v zařízeních kasárenského typu, kde 70 i více vězňů žije a spí v jedné velké místnosti.

Zkoumané případy rovněž dokazují, že programy výměny jehel mohou být úspěšně zavedeny v systémech, jež mají relativně dobré zdroje a finanční prostředky (Švýcarsko, Německo, Španělsko), ale také v zemích s probíhající ekonomikou transformací, které mají k dispozici mnohem méně finančních prostředků a omezenou infrastrukturu (Moldávie, Kyrgyzstán, Bělorusko). Je však třeba poznamenat, že některé země ve fázi transformace popsané v této zprávě měly možnost využít pro zavádění programů výměny jehel zdroje od zahraničních dárců.

Vězeňské programy výměny jehel byly úspěšně zaváděny díky zohlednění velikosti, stupně ostrahy a struktury daného zařízení, ale rovněž s přihlédnutím k potřebám dané vězeňské populace. V šesti zemích zkoumaných v této zprávě byly pilotní projekty výměny jehel zahájeny jako odpověď na vysokou míru prevalence HIV a/nebo vysokou míru injekčního užívání drog ve věznicích. Jakmile sledované vězeňské systémy tuto potřebu rozpoznaly, dokázaly při vlastním zavádění programů výměny jehel postupovat pružným a tvůrčím způsobem podle potřeb populace a uspořádání daného zařízení.

Efektivně fungují různé metody distribuce jehel

Různé země (a v rámci jedné země i různé věznice) využívaly ve výše uvedených vězeňských výměnných programech rozdílné metody distribuce (nebo výměny) jehel. Ze zkušeností získaných v různých zemích při zavádění různých metod distribuce jehel lze získat významná ponaučení. Tato ponaučení jsou zvláště důležitá pro správné oblasti a věznice, ve kterých se zavádění vězeňských programů výměny jehel teprve plánuje. Pro distribuci jehel byly v různých zemích použity tyto metody:

- distribuce vězeňskými zdravotními sestrami nebo lékařem v prostorách zdravotního oddělení nebo v jiné části (částech) věznice,
- distribuce prostřednictvím vězňů, kteří byli vyškoleni jako terénní pracovníci (peer outreach workers),
- distribuce prostřednictvím externích nevládních organizací nebo dalších zdravotnických pracovníků, kteří do věznice za tímto účelem docházejí,
- distribuce prostřednictvím výdejního automatu výměnou za použitou injekční stříkačku.

Každá metoda distribuce nabízí jedinečné příležitosti a výzvy. Ty je obtížné jednoduše charakterizovat jako „výhody“ nebo „nevýhody“ konkrétní distribuční metody, protože to by znamenalo subjektivně posuzovat každou z nich na základě filozofie, politiky nebo fyzické realizace v daném vězeňském systému nebo vězení. „Výhoda“ z pohledu jedné správné oblasti nebo věznice může být „nevýhodou“ z pohledu jiné, podle povahy a étosu programů samotných.

Dobře to je vidět na otázce, zda při výdeji vyžadovat odevzdání použité jehly. Zatímco některé ze správních oblastí zkoumaných pro účely této zprávy přísně dodržují pravidlo „jedna za jednu“, v ostatních tomu tak není. Například věznice Hindelbank používá výdejní automaty, které fungují na principu výměny použité injekční stříkačky za novou, ale zároveň poskytuje formou

osobního výdeje až pět dalších jehel nebo jehlových hrotů všem účastníkům programu, kteří mají problémy s nalezením vhodné cévy pro vpich. Pružnost svého přístupu ukazuje také Španělsko. I když metodické pokyny ve Španělsku uznávají, že „pravidlem by mělo být vyměnit, tj. odevzdat použitou stříkačku, než je vydána nová souprava,“ zároveň obsahují nařízení, že „při aplikaci [pravidla „jedna za jednu“] je třeba zachovat pružný přístup a mít na paměti, že prvořadým cílem programu je předcházet sdílení jehel.“²⁴⁴ Pokyny uvádějí, že „[p]očet rozdávaných souprav závisí na četnosti výměn a návycích uživatele: měl by být dostatečný pro pokrytí potřeb daného vězně, aby nemusel tutéž jehlu použít opakovaně před dalším dnem výměny.“²⁴⁵

Třebaže některé prvky mohou být výhodou v jednom programu a nevýhodou ve druhém, důkazy nashromážděné v šesti zkoumaných programech výměny jehel jasně ukazují, že každá metoda distribuce má své výrazné charakteristické rysy a výstupy.²⁴⁶ Jejich přehled uvádíme níže pro každou metodu zvlášť.

Počet rozdávaných souprav závisí na četnosti výměn a návycích uživatele.

Osobní distribuce vězeňskými zdravotními sestrami nebo lékařem

- Zajišťuje osobní kontakt s vězni a dává příležitost k poskytování poradenství.
- Může usnadnit oslovení dosud neznámých uživatelů drog a kontakt s nimi.
- Věznice si zachovává vysokou mírou kontroly nad přístupem k injekčním stříkačkám.
- Umožňuje výměnu stříkaček podle pravidla „jedna za jednu“ nebo distribuci více jehel (podle potřeby a podle politiky konkrétní věznice).
- Nižší míra anonymity a diskrétnosti může snížit účast (i když vysoká míra akceptace ze strany vězňů je možná, pokud je zachována diskrétnost).

- Znamená omezenější přístup, jelikož injekční stříkačky jsou k dispozici pouze během určených hodin zdravotnické služby (to platí zvláště v případě, kdy věznice dodržuje přísné pravidlo „jedna za jednu“).
- Vytváří možnost výměny v zastoupení, kdy někteří vězni zajišťují injekční stříkačky pro ostatní, kteří se nechťejí programu zúčastnit osobně, protože nemají dostatečnou důvěru v personál věznice.
- Může dojít ke snížení anonymity a diskrétnosti v případě stanovení pravidel, která vyžadují, aby externí organizace poskytovala věznicím informace o účasti.
- Vězeňský personál může mít nedůvěru k externím službám zajišťujícím injekční stříkačky.
- Externí pracovníci se mohou setkat s většími překážkami při překonávání vězeňské byrokracie než interní zdravotnický personál věznice.
- Střídání personálu v nevládní organizaci může vyústit v narušení kontinuity programu a ztrátě jednotné „tváře“ programu z pohledu vězňů a vězeňského personálu.

Distribuce prostřednictvím vězňů, kteří byli vyškoleni jako terénní pracovníci (peer outreach workers)

- Znamená vysokou míru akceptace ze strany vězňů.
- Znamená vysokou míru anonymity a důvěry.
- Znamená vysokou dostupnost – terénní pracovníci z řad vězňů (peer outreach workers) žijí přímo v odděleních věznice a jsou k dispozici nepřetržitě).
- Vězeňský personál nemá přímou kontrolu nad distribucí, což může vést ke zvýšeným obavám pracovníků o bezpečnost na pracovišti.
- Obtížnější je zajišťovat výměnu podle pravidla „jedna za jednu“.

Distribuce prostřednictvím externích nevládních organizací nebo dalších zdravotnických pracovníků

- Zajišťuje osobní kontakt s vězni a dává příležitost k poskytování poradenství.
- Usnadňuje oslovení dosud neznámých uživatelů drog a kontakt s nimi.
- Věznice má možnost udržet si vysokou mírou kontroly nad přístupem k injekčním stříkačkám.
- Umožňuje výměnu stříkaček podle pravidla „jedna za jednu“ nebo distribuci více jehel (podle potřeby a podle politiky konkrétní věznice).
- Zajišťuje vyšší stupeň anonymity a diskrétnosti, protože neprobíhá interakce s vězeňským personálem.
- Znamená omezený přístup; injekční stříkačky jsou k dispozici během určených hodin v týdnu (to platí zvláště v případě, kdy program přísně uplatňuje pravidlo „jedna za jednu“).

Distribuce prostřednictvím výdejních automatů

- Znamená vysokou dostupnost (často je ve věznici větší počet automatů na různých místech, která jsou přístupná i mimo určené hodiny lékařské služby).
- Znamená vysokou míru anonymity a důvěry, protože není nijak zapojen personál věznice.
- Znamená vysokou míru akceptace ze strany vězňů.
- Znamená důslednou výměnu podle pravidla „jedna za jednu“.
- Automaty jsou často náchylné na projev vandalizmu a poškozování ze strany vězňů a pracovníků věznice, kteří jsou proti programu.
- Technické problémy s fungováním výdejních automatů mohou znamenat, že injekční stříkačky nejsou po určitou dobu dostupné, což může snížit důvěru vězňů v program.
- Některé věznice nejsou architektonicky vhodné pro použití výdejních automatů (nemají dostatek diskrétních míst volně přístupných vězňům, kam by mohly být automaty instalovány).
- Protože automaty je nutné navrhnout na zakázku a konstruovat individuálně, mohou být náklady na jejich zajištění v dostatečném počtu v několika věznicích pro některé vězeňské systémy neúnosné.

Údaje o vězeňských programech výměny jehel zkoumaných pro účely této zprávy ukazují, že

Společné rysy efektivních vězeňských programů výměny jehel

vlastní metoda distribuce jehel je méně významná než to, zda program bude vyhovovat potřebám daného zařízení, vězeňské populaci a personálu věznice. Jak je podrobně uvedeno výše, programy výměny jehel ve věznicích uplatňují nejrozličnější metody výměny a distribuce injekčních stříkaček. Všechny tyto metody se osvědčily jako úspěšné a byly zavedeny, aniž ohrozily bezpečnost nebo ostrahu zařízení. Bez ohledu na rozdíly mezi jednotlivými programy výměny jehel zkoumanými v rámci této zprávy souborné údaje z těchto programů naznačují řadu společných rysů, které jsou pro efektivní programy výměny jehel ve věznicích charakteristické. Těmto společným rysům je věnován následující oddíl.

Pro úspěšné vytvoření a zavedení vězeňských programů výměny jehel je nezbytné mít na nejvyšší úrovni podporu vedoucích představitelů.

Vedení vězeňské správy a podpora ze strany vězeňského personálu

Stejně jako v případě jiných kontroverzních opatření, která jdou zjevně proti ortodoxnímu názoru v rámci nějakého systému, je pro úspěšné vytvoření a zavedení vězeňských programů výměny jehel nezbytné mít na nejvyšší úrovni podporu vedoucích představitelů. V praxi to může znamenat nutnost zajistit si vedení ze strany výše postavených představitelů zodpovědných za zdravotnické služby ve věznici nebo celou věznici, a podporu ředitele věznice, ve které se program výměny jehel zavádí. Nedílnou součástí úspěšných programů bývá rovněž podpora vězeňského personálu. Ve všech správních oblastech, kde proběhly návštěvy v rámci přípravy této zprávy, byly vzdělávací workshopy a konzultace s vězeňským personálem klíčovým prvkem pro rozvoj programů výměny injekčních stříkaček ve věznici.

To však neznamená, že personál těchto nápravných zařízení věc od samého začátku vždy pod-

poroval. V několika případech, jak dokládají hodnocení, zpočátku pracovníci věznic zastávali odmítavý postoj, ale postupem doby začali program podporovat, když sami přímo viděli jeho přínos. Vzhledem k počáteční nechuti personálu je o to důležitější, aby ve vedení stáli lidé, kteří jsou o správnosti zavádění vězeňských programů výměny jehel přesvědčeni, informovaní a umějí stmelovat. Přestože realizace programů směrem zdola nahoru, založená na zapojení a spolupráci personálu, se ukázala jako úspěšná, údaje o úspěšnosti postupu shora dolů, kdy zavádění vězeňských programů výměny jehel řídí vláda, se různí. Problémy při zavádění programu výhradně shora dolů byly zaznamenány ve Švýcarsku. Na druhé straně zkušenost Španělska ukazuje, že je možné, aby se řídicí úlohy při stanovení postupu realizace vězeňských programů výměny jehel ujala vláda i parlament, jestliže na úrovni věznic je podporována praktičnost a pružnost programů.

Vzdělávací workshopy a konzultace s vězeňským personálem byly klíčovým prvkem při rozvoji programů výměny injekčních stříkaček ve věznicích.

Potřeba diskrétnosti a důvěry

Klíčovým faktorem úspěšnosti programů výměny jehel bylo zajištění diskrétnosti. Z pohledu mnoha vězňů je diskrétnost nejvýznamnějším faktorem při získávání důvěry v programy výměny jehel. Zajistit absolutní diskrétnost osobních údajů vězňů je v kterékoli věznici snad nemožné. Avšak v kontextu vězeňských programů výměny jehel je zcela zásadní zajistit vězňům, kteří užívají drogy a získávají přístup ke sterilním jehlám, diskrétnost v co největší možné míře. Úspěšné programy zkoumané v této zprávě vesměs usilovaly o nalezení takových metod distribuce, které by si získaly důvěru vězeňské populace, a tak maximalizovaly účast v programu.

V některých věznicích se jako nejlepší mechanismus diskrétní distribuce jehel osvědčily výdejní automaty na injekční stříkačky instalované v prostorách, kde jsou celý vězňů. V těch zařízeních, kde probíhá výměna osobně, se ukázalo, že jedním z faktorů úspěšnosti programu je vymezení diskrétního místa ve věznici, kde by tuto službu bylo možné poskytovat. Význam diskrétnosti jasně dokládá zkušenost z Moldávie, kde pilotní vězeňský program výměny jehel ve vězeňském zařízení 18 zaznamenal významný nárůst účasti poté, kdy se vězeňský lékař rozhodl namísto zdravotního oddělení využít ke kontaktu s vězni injekčně užívajícími drogy dobrovolné terénní pracovníky z řad vězňů (peer outreach workers). Zkušenost ze španělského pilotního programu v Bilbao, kde hodnocení zjistila, že vězni dávají přednost tomu, když je program zajišťován externí nevládní organizací namísto personálem věznice, rovněž ukazuje význam diskrétnosti pro uživatele programu. Podobně také hodnocení dvou německých pilotních projektů zjistila, že program, který uplatňoval metodu osobní distribuce z rukou zdravotnického personálu, si získal menší důvěru vězňů než ten, v němž byly použity anonymní výdejní automaty.

Zároveň však projekt v Bilbao ukázal, že absolutní diskrétnost je snad méně důležitá pro vězně injekčně užívající drogy než důvěra v osobu (osoby) nebo organizaci zajišťující program a kvalitu poskytované služby. Hodnocení projektu v Bilbao zjistilo, že vězni si vážili osobního jednání s pracovníky externí nevládní organizace, kteří výměny prováděli, a dokonce ho označili za lepší metodu distribuce než anonymní výdejní automaty.

Je zcela zásadní zajistit vězňům, kteří užívají drogy, a získávají přístup ke sterilním jehlám, diskrétnost v co největší možné míře.

Zajištění adekvátního přístupu k jehlám

Vedle dodržení co největší diskrétnosti je adekvátnost přístupu k programu výměny jehel rovněž jedním z klíčových faktorů pro zabezpečení toho, aby program naplňoval potřeby vězňů.

V některých případech toho bylo dosaženo rozmístěním několika výdejních automatů v rámci jednoho nápravného zařízení, jako například v pilotním programu věznice Hindelbank. Tam, kde byla zvolena metoda osobní distribuce, jako například v pilotním projektu věznice Lingen 1 Gross-Hesepe nebo v baskickém Bilbao, se vězeňští pracovníci snažili najít ve věznici taková místa, která jsou diskrétní a zároveň vězňům snadno dostupná. V moldavském projektu rozhodnutí uplatnit vrstevnickou strukturu programu vězňům umožnilo přístup k injekčním stříkačkám 24 hodin denně, protože terénní pracovníci žili přímo v odděleních, kde je rozdávali.

Výměna jehel jako součást programu minimalizace škod

Rovněž se ukázalo, že cíle snížit počet přenosů HIV a VHC lze nejlépe dosáhnout, jestliže je výměna jehel ve věznici součástí širší, komplexní strategie minimalizace škod. Ve vězeních ve všech šesti zemích zkoumaných v rámci této zprávy, jsou vězeňské programy výměny jehel součástí rozsáhlejších iniciativ minimalizace škod. Další opatření k minimalizaci škod poskytovaná vězňům zahrnují osvětu o HIV/VHC, substituční léčbu drogové závislosti, distribuci kondomů, distribuci Sava nebo jiného dezinfekčního prostředku, antiseptických tamponů, holítek a anonymní testy HIV a VHC. Přestože tato otázka nebyla vědecky hodnocena, z primárních údajů a zkušeností prezentovaných v této zprávě se jeví, že vězeňské programy výměny jehel a ostatní opatření k minimalizaci škod se vzájemně posilují a že (dřívější) existence ostatních opatření k minimalizaci škod přispěla k úspěšnému zavedení programů výměny jehel.

V některých věznicích tento komplexní přístup k minimalizaci škod zahrnuje i to, že se neprovádí screening na přítomnost THC (účinné látky v konopí) v rámci rozborů moči v programu drogových testů používaných ve věznicích. Mnoho věznic, kde proběhly návštěvy před vypracováním této zprávy, přijalo rozhodnutí neprovádět screening na přítomnost THC nebo netrestat vězně za pozitivní nález THC, protože jsou přesvědčeny, že takový postup by vedl mnoho vězňů

k tomu, že se vzdají konopí ve prospěch injekční-
ho užívání drog, aby se tak vyhnuli odhalení.

Význam rozhodování podloženého fakty: hodnocení pilotních projektů

Posledním společným rysem je důkladné hodnocení pilotního projektu jako prvního kroku k rozšíření programů. V některých zemích byl realizován jen jeden pilotní projekt, v jiných (například v Německu) probíhaly dva pilotní programy současně. Výstupy hodnocení pilotních programů pak posloužily jako východisko pro budoucí plánování. V některých případech (Švýcarsko, Německo, Španělsko) byly věznicemi vybranými pro pilotní programy relativně malá nápravná zařízení a/nebo věznice s otevřeným nebo polootevřeným režimem a nižší bezpečnostní kategorie. V těchto případech byly programy nejprve testovány a hodnoceny v prostředí těchto vězeňských zařízení a teprve pak rozšířeny do větších věznic vyšší bezpečnostní kategorie a s uzavřeným režimem. V Moldávii však hned pilotní program výměny jehel proběhl ve věznici s dozorem / zvýšenou ostrahou, která měla stav přibližně 1000 vězňů.

Cíle snížit počet přenosů HIV a VHC lze nejlépe dosáhnout, jestliže výměna jehel ve věznici je součástí širší, komplexní strategie minimalizace škod.

Zkušenosti šesti zemí rozebírané v této zprávě ukazují, že pilotní projekty mohou být zahájeny rychle a nemusí zdržovat zavedení programů výměny jehel v širším měřítku. Například v Kyrgyzstánu byla výměna jehel zahájena v říjnu 2002, počátkem roku 2003 byl dán souhlas s rozšířením programu, k září 2003 programy probíhaly v šesti z jedenácti věznic a do dubna 2004 už ve všech jedenácti kyrgyzských věznicích. Ani hodnocení nemusí být úplně dokončeno před rozšířením programů do dalších věznic. Například v Bělorusku proběhl pilotní program v jedné věznici počátkem dubna 2003 a měl trvat až do ledna 2004. Přestože byla doba trvání programu prodloužena do června 2004, byl rozšířen do dvou dalších věznic a ministerstvo vnitra vyjádřilo ochotu rozšířit výměnu jehel do věznic v celé

zemi. Je důležité zmínit, že ve vězeňských systémech uvedených v této zprávě nebyly pilotní projekty záminkou pro oddálení širšího uplatnění programů výměny jehel.

Hodnocení jsou důležitá nejen při rozšiřování programů výměny jehel v rámci jedné správní oblasti, ale jsou také velmi užitečná pro širší mezinárodní společenství. Přesná hodnocení pilotních programů výměny jehel (a rozšířených programů) přispívají důležitými informacemi do mezinárodní literatury o programech výměny jehel ve věznicích. Závěry hodnocení poskytují údaje pro další správní oblasti. S těmito údaji se pak mohou další správní oblasti ujmout vedoucí iniciativy a dosáhnout konsenzu ohledně potřeby a realizace programů výměny jehel ve věznicích.

V KANADSKÝCH VĚZNICÍCH
JE TŘEBA ZAVÉST
PROGRAMY VÝMĚNY JEHEL

Programy výměny jehel jsou doporučovány od roku 1992

Jak bylo podrobně uvedeno výše, výskyt infekce HIV v kanadských věznicích se odhaduje na nejméně desetinásobek počtu případů HIV v obecné populaci a výskyt VHC se blíží hranici 30 %. Výsledky četných studií jasně ukazují potřebu programů, které snižují riziko přenosu HIV a VHC mezi vězni injekčně užívajícími drogy. Podle výsledků mnoha studií jsou totiž v Kanadě počty případů HIV a VHC a injekčního užívání drog téměř stejně vysoké jako v zemích, které už vězeňské programy výměny jehel zavedly, nebo ještě vyšší.

V Kanadě byly od roku 1992 zpracovány vládními i nevládními orgány nejrůznější studie, které výslovně stanovily požadavek poskytování sterilních jehel vězňům v kanadských věznicích (federálních a provinčních/územních). Mezi tyto studie patří:

- 1992 – *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*, Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network²⁴⁷
- 1994 – *HIV/AIDS in Prisons: Final Report of the Expert Committee on AIDS and Prisons*, Expert Committee on AIDS and Prisons, Correctional Service of Canada²⁴⁸
- 1996 – *HIV/AIDS and Prisons: Final Report*, Canadian HIV/AIDS Legal Network and the Canadian AIDS Society²⁴⁹
- 1997 – *HIV, AIDS, and Injection Drug Use: A National Action Plan*, Task Force on HIV/AIDS and Injection Drug Use²⁵⁰
- 1998 – *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual/Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*, Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network²⁵¹
- 1999 – *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*, Study Group on Needle Exchange Programs, Correctional Service of Canada²⁵²
- 2002 – *Action on HIV/AIDS and Prisons: Too Little, Too Late – A Report Card*, Canadian HIV/AIDS Legal Network²⁵³
- 2003 – *Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C*, Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network²⁵⁴
- 2003 – *Protecting Their Rights: A Systemic Review of Human Rights in Correctional Services for Federally Sentenced Women*, Canadian Human Rights Commission²⁵⁵
- 2002 – *Policy for the New Millennium: Working Together to Redefine Canada's Drug Strategy*, Report of the Special Committee on Non-Medical Use of Drugs²⁵⁶
- 2003 – *Strengthening the Canadian Strategy on HIV/AIDS*, Report of the House of Commons Standing Committee on Health²⁵⁷

Vedle toho dvě zprávy výborů Dolní sněmovny Kanadského parlamentu vyzvaly Kanadskou vězeňskou službu, aby umožnila uvězněným pachatelům přístup k intervencím minimalizace škod, aby se snížila incidence krví přenášených onemocnění, a to způsobem odpovídajícím požadavkům režimu ostrahy v daném zařízení:

Celkem těchto jedenáct zpráv dohromady a s nimi i tento dokument (*Výměna jehel ve věznicích: poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností*) dokládají efektivnost programů výměny jehel a poskytují četné důkazy o potřebě takových programů v kanadských věznicích. Ve světle těchto vědomostí a informovaného názoru podporujícího zavedení programů výměny jehel v kanadských věznicích nemohou volení představitelé a zástupci vězeňských úřadů věrohodně tvrdit, že si nejsou vědomi zdravotních rizik spojených s injekčním užíváním drog v kanadských věznicích nebo že nevědí o existenci prokazatelně efektivního prostředku minimalizace těchto rizik, totiž o programech výměny jehel. Bez ohledu na podporu programů výměny jehel ze strany skupin a jednotlivců, kteří se k tématu důvěryhodně a odborně vyjadřují,

vlády a vězeňské úřady v Kanadě dosud neučinily rozhodný krok ke snížení známých rizik spojených s injekčním užíváním drog, včetně přenosu HIV a VHC.

Všechny výše uvedené zprávy vycházejí z důvěryhodných zdrojů a obsahují důležité důkazy svědčící ve prospěch programů výměny jehel. Tři z nich jsou však mimořádně významné, protože tvoří průsečík procesů a osob zapojených do sběru, zpracování a zveřejňování těchto informací.

Představitelé vlády a vězeňských úřadů v Kanadě musí učinit rozhodný krok ke snížení známých rizik spojených s injekčním užíváním drog, včetně přenosu HIV a VHC.

Expertní komise pro otázky AIDS a věznic

V roce 1994 vydala Kanadská vězeňská služba zprávu Expertní komise pro otázky AIDS a věznic (Expert Committee on AIDS and Prisons, ECAP) nazvanou *HIV/AIDS in Prisons: Final Report of the Expert Committee on AIDS and Prisons (HIV/AIDS ve vězních: Závěrečná zpráva Expertní komise pro otázky AIDS a věznic)*. Komise vznikla v roce 1992 z nařízení kanadského ministra spravedlnosti na pomoc federální vládě při zlepšování zdraví vězňů ve federálních věznicích a ochraně pracovníků Kanadské vězeňské služby a s cílem předcházet přenosu HIV a dalších infekcí ve federálních nápravných zařízeních. Členy komise byli klinický imunolog, vědec a odborník na etiku; lékař a člen Poradního výboru pro otázky zdravotní péče Kanadské vězeňské služby; profesor sociálních věd a kulturního dědictví původních obyvatel a bývalý komisař Kanadské vězeňské služby. Pozorovateli komise byli pracovníci Kanadské vězeňské služby a organizace Health Canada. Komise ECAP prostudovala zákony a politické linie, navštívila nápravná zařízení, vedla rozhovory s vězni, vězeňským personálem, zainteresovanými osobami a odborníky a organizacemi a přijala podněty od jednaděsáti kanadských a mezinárodních organizací, kanadských vlád a vládních úřadů. Komise ECAP prezentovala svá zjištění na schůzích a konferencích a zajistila širokou distribuci své zprávy.

Obdržela zpětnou vazbu od padesáti skupin, jednotlivců a organizací.

Komise ECAP prošetřila a posoudila současnou situaci a debatu o prevenci rizik spojených s injekčním užíváním drog ve věznicích. V otázce sterilního injekčního náčiní vyslovila toto doporučení:²⁵⁸

Protože je třeba zabránit přenosu infekčních chorob, především viru HIV, v důsledku sdílení kontaminovaného injekčního náčiní a protože čištění injekčního náčiní dezinfekčním prostředkem nemusí být účinné nebo systematické, komise ECAP došla k závěru, že Kanadská vězeňská služba musí řešit úkol zajistit vězňům přístup ke sterilnímu injekčnímu náčiní.

Proto ECAP doporučuje provést výzkum, který určí způsoby a vypracuje návrh opatření, včetně zajištění přístupu ke sterilnímu injekčnímu náčiní, která dále sníží riziko přenosu HIV a jiného poškození zdraví při injekčním užívání drog ve federálních nápravných zařízeních. Tento výzkum by měl být proveden za aktivní spoluúčasti Health Canada a jednotlivců nezávislých na Kanadské vězeňské službě, avšak ve spolupráci s ní. Měly by mu předcházet konzultace s vězni, personálem věznic, občanskými skupinami a nezávislými experty. Jeho součástí by měl být jeden nebo více vědecky validovaných pilotních projektů a měl by být doprovázen plánováním, komunikací a osvětou, které urychlí zajištění sterilního injekčního náčiní ve věznicích.

Studijní skupina pro programy výměny jehel

Závěrečná zpráva Studijní skupiny pro programy výměny jehel z roku 1999 byla vypracována Studijní skupinou pro programy výměny jehel, kterou ustavila Kanadská vězeňská služba. Studijní skupina vznikla s konkrétním cílem prozkoumat otázku zavedení výměny jehel do kanadských federálních věznic. Mezi členy skupiny byl i dr. Peter Ford, internista, který se specializuje na problematiku infekčních chorob a kterého si smluvně zajistila Kanadská vězeňská služba, aby poskytoval lékařskou péči HIV pozitivním vězňům v několika nápravných zařízeních v provin-

cii Ontario. Dr. Ford je také spoluautorem čtyř epidemiologických studií prevalence HIV a VHC v kanadských věznicích. Dalšími členy studijní skupiny byli pracovníci Kanadské vězeňské služby (ostraha, zdravotníci a zástupkyně žen ve výkonu trestu), zdravotnické a občanské organizace, Health Canada, vězni a veřejnost. Součástí projektu byly návštěvy pracovní skupiny Kanadské vězeňské služby složené ze zástupců zdravotnického personálu a pracovníků vězeňské ostrahy ve třech švýcarských věznicích, kde se měli dozvědět více o strategiích minimalizace škod a ještě konkrétněji o programech výměny jehel. V *Závěrečné zprávě Studijní skupiny pro program výměny jehel* se konstatuje, že projekt výměny injekčních jehel²⁵⁹

- by byl pokrokem při naplňování slibu vlády, že zajistí větší bezpečnost, a podpořil by závazek kanadského ministra spravedlnosti k zajištění a ochraně bezpečnosti občanů;
- může oslovit pachatele, kteří mají relativně nízké riziko nákazy HIV a VHC a může fungovat jako vstupní brána, která je pomůže nasměrovat na vhodné služby zdravotní péče, programy léčby drogových závislostí a poradenské a sociální služby, čímž přispěje k reintegraci pachatelů do společnosti;
- není a nemůže být samostatným programem, ale musí být nabízen jako součást komplexních preventivních a léčebných programů, jako je udržovací metadonová léčba, programy pro léčbu zneužívání látek a závislostí a poradenství.

Studijní skupina se shodla na doporučení, že Kanadská vězeňská služba by měla:²⁶⁰

- zajistit principiální souhlas ministerstva s multicentrickým pilotním programem výměny jehel ve federálních nápravných zařízeních pro muže a ženy, včetně rozvoje a plánování programového modelu, a s realizací a hodnocením tohoto pilotního programu.

Vlastní Studijní skupina Kanadské vězeňské služby konstatovala, že projekt výměny jehel by byl pokrokem při naplňování slibu vlády, že zajistí větší bezpečnost, a podpořil by závazek kanadského ministra spravedlnosti k zajištění a ochraně bezpečnosti občanů.

Stálý zdravotní výbor

V červnu 2003 Stálý zdravotní výbor Dolní sněmovny Kanadského parlamentu vydal svou zprávu nazvanou *Strengthening the Canadian Strategy on HIV/AIDS (Posilování kanadské strategie boje s HIV/AIDS)*. Výbor tvoří poslanci všech politických stran zastoupených v Dolní sněmovně Kanadského parlamentu. Vyslechl ústní svědectví a obdržel písemné výpovědi mnoha skupin, organizací a jednotlivců, mimo jiné Health Canada, Kanadské vězeňské služby, Canadian HIV/AIDS Legal Network a the Canadian Association for HIV Research. Třebaže činnost výboru a jeho závěrečná doporučení se zaměřila na výši financování kanadské strategie boje s HIV/AIDS, výbor v otázce harm reduction (minimalizace škod) ve federálních věznicích doporučil, aby:²⁶¹

Kanadská vězeňská služba uplatňovala strategii minimalizace škod při prevenci šíření HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog v nápravných zařízeních na základě obdobných kritérií účasti, jaká se používají v obecné populaci (podle doporučení ve zprávě Zvláštního výboru pro nemedicínské použití drog (Special Committee on Non-Medical Use of Drugs) z prosince 2002).

Zvláštní výbor pro nemedicínské použití drog doporučil, aby „Kanadská vězeňská služba umožnila uvězněným pachatelům přístup k intervencím minimalizace škod, aby se tak snížila incidence krví přenášených onemocnění, a to způsobem odpovídajícím požadavkům režimu ostrahy daného zařízení.“²⁶²

Ve své reakci na zprávu Stálého výboru se ministryně zdravotnictví tímto doporučením přímo nezabývala.²⁶³

Právní závazek respektovat, chránit a naplňovat právo vězňů na zdraví

Jak jsme podrobně uvedli výše (viz kapitola Lidská práva a právní normy, která se týká injekčního užívání drog, HIV a hepatitidy C ve věznicích), existuje řada mezinárodních i kanadských právních dokumentů, které podrobně upravují právní a morální odpovědnost kanadských vlád zajistit vězňům zdravotní péči, včetně preventivních opatření proti HIV a VHC. Na základě záruk zakotvených v těchto dokumentech a standardů stanovených těmito dokumenty lze tvrdit, že kanadské věznice (jak federální, tak provinční/územní) mají zákonnou povinnost zajistit

vězňům přístup ke sterilním jehlám. Dále lze tvrdit, že vězni, kteří utrpěli újmu nebo poškození zdraví v důsledku toho, že vězeňské úřady jim nezajistily přístup ke sterilním jehlám, by mohli mít právní základ pro úspěšnou žalobu vůči těmto úřadům. Takový soudní spor by mohl vycházet z příslušné charty a zvykového práva (například žaloba pro škodu z nedbalosti).

Kanadské věznice (federální i provinční/územní) mají zákonnou povinnost zajistit vězňům přístup ke sterilním stříkačkám.

Nedostatečnost dezinfekčních prostředků

V Kanadě je dezinfekční prostředek na bázi chlornanu sodného (Savo) k dispozici jako opatření k minimalizaci škod v mnoha věznicích.²⁶⁴ Savo představuje významnou možnost řešení minimalizace škod pro injekční uživatele drog, kteří nemají přístup ke sterilním jehlám. Není však náhradou za sterilní jehly mezi osobami, které v důsledku injekčního užívání drog riskují nakažení virem HIV a VHC.

Účinnost Sava jako dezinfekčního prostředku při eliminaci viru HIV v injekčních stříkačkách je dobře známa,²⁶⁵ avšak Savo není stoprocentně účinné při prevenci přenosu VHC.²⁶⁶ Dřívější studie rovněž naznačují, že mnoho injekčních uživatelů drog si jen stěží zapamatuje, jak jehly správně pomoci Sava dezinfikovat. Řada studií zjistila, že polovina nebo více než polovina injekčních uživatelů drog nezná nebo nepoužívá správný postup pro dezinfekci jehel Savem.²⁶⁸ Proto není Savo považováno za optimální standard v prevenci přenosu infekčních chorob mezi injekčními uživateli drog. Navíc, a to se týká konkrétně opatření k minimalizaci škod ve vězeňském prostředí, údaje z Austrálie ukazují, že

významná část vězňů Savo nepoužívá, ani když je volně k dispozici.²⁶⁹ Pravděpodobnost účinné dekontaminace jehel Savem ve věznicích tak dále klesá, protože čištění je časově náročné a někteří vězni se raději nechtějí pouštět do žádné činnosti, která zvyšuje riziko, že pracovníci věznice odhalí jejich nezákonné užívání drog.

Třebaže zajištění Sava pro vězně je pozitivním opatřením, problémy s účastí v programu a omezená účinnost Sava při prevenci přenosu VHC ukazují, že tato intervence sama o sobě je jednoznačně nedostatečným řešením problému poškozování zdraví spojeného s užíváním drog ve věznicích. Byla dokonce vyslovena teze, že opakované použití injekční jehly kontaminované HIV a čištění Savem může riziko přenosu HIV naopak zvýšit.²⁷⁰ Mnoho studií hájících přínos Sava jako opatření k minimalizaci škod i nadále dochází k závěru, že zajištění přístupu ke sterilním jehlám je vhodnější než dezinfekce použitých jehel.²⁷¹

Zkušenosti s programy výměny jehel zkoumanými pro účely této zprávy naznačují řadu dalších zdravotních přínosů spojených s výměnou jehel

ve věznicích – přínosů, které dezinfekce Savem nemůže zajistit. K těmto přínosům patří významné snížení výskytu abscesů a dalších poranění cév, která jsou důsledkem opakovaného používání tupých nebo poškozených jehel, a významné snížení počtu případů (fatálního i nefatálního) předávkování drogami v některých zařízeních.

Programy výměny jehel rovněž zlepšily bezpečnost personálu tím, že snížily nebo zcela odstranily riziko náhodného poranění pracovníků věznic o ukryté jehly při prohlídkách cel a osobních prohlídkách. Poskytování dezinfekčního prostředku tento přínos pracovníkům věznic nezajišťuje, protože jehly jsou v zařízeních nadále považovány za nezákonné, a jsou proto ukrývány, a ne bezpečně ukládány na viditelných místech.

To, že dezinfekční prostředek není zcela optimálním opatřením k ochraně veřejného zdraví, platí nejen v kanadském kontextu, ale celosvětově ve všech vězeňských systémech, které poskytují vězňům Savo nebo jiné dezinfekční prostředky, nikoli však přístup ke sterilním jehlám. Podle UNAIDS je poskytování koncentrovaného dezinfekčního prostředku Savo jako opatření k minimalizaci škod zavedeno ve věznicích v Evropě, Austrálii, Africe a střední Americe.²⁷² V oblastech, kde bylo vězňům poskytováno Savo a nebyly distribuovány sterilní jehly, se politickým představitelům a vězeňským orgánům podařilo zavedením programů výměny jehel významně zlepšit zdraví a bezpečnost vězňů, vězeňského personálu i veřejnosti.

Substituční metadonová léčba jako částečné řešení problému poškozování zdraví u injekčních uživatelů drog

Metadon je nezbytným prvkem komplexní strategie minimalizace škod, a to jak mezi vězni, tak v obecné populaci, protože představuje důležitou alternativu pro injekční uživatele drog ve věznicích, kteří chtějí přestat injekčně užívat heroin. Při orálním příjmu metadon účinně brání vzniku opiátového abstinenciho syndromu.²⁷³ V důsledku toho je metadonová substituční terapie efektivní při snižování závažných rizik, poškozování zdraví a nákladů spojených s neléčenou závislostí na opiátech u pacientů, které se podaří převést na metadonovou substituční léčbu a úspěšně je na ní udržet.²⁷⁴ Metadonová substituční léčba je spojena se snížením počtu případů přenosu HIV a virové hepatitidy.²⁷⁵ Udržovací metadonové programy nabízí vězňům čím dál více systémů nápravných zařízení po celém světě.²⁷⁶ Hodnocení udržovacích metadonových programů ve věznicích ukazují pozitivní výsledky.²⁷⁷ Například výsledky z jedné věznice v Novém Jižním Walesu v Austrálii ukázaly, že u vězňů, kteří nastoupili metadonovou substituční léčbu, došlo ke snížení míry užívání hero-

inu, injekčního užívání drog a sdílení jehel oproti vězňům v kontrolní skupině.²⁷⁸

V Kanadě v květnu 2002 Kanadská vězeňská služba rozšířila dostupnost metadonové substituční léčby pro vězně.²⁷⁹ V rámci této nové politiky smějí vězni, kteří jsou na metadonu v době svého uvěznění, v této léčbě pokračovat, a vězni, kteří splňují kritéria pro rozšířený přístup k této léčbě, smějí požádat o zahájení udržovacího metadonového programu během svého pobytu ve věznici. Rozšíření kritérií pro přístup k metadonové substituci vycházelo částečně z hodnocení provedených Kanadskou vězeňskou službou, v nichž bylo prokázáno, že metadonový program má pozitivní dopad na úspěšnost přípravy na život po propuštění a na chování ve věznici.²⁸⁰ Dostupnost metadonové substituční léčby v provinčních a územních věznicích se značně liší.²⁸¹

Bez ohledu na její přínos existuje několik důvodů, proč je poskytování metadonové substituční léčby při absenci výměny jehel nedostatečnou odpovědí na riziko přenosu HIV a VHC ve vězni-

cích při injekčním užívání drog. Primárním důvodem je to, že metadonová substituce jako jedna z forem léčby závislosti na heroinu není přínosem pro vězně, kteří program léčby nenastoupí. Jsou nejméně čtyři potenciální okolnosti, za nichž se vězni metadonového programu nezúčastní nebo k němu nebudou mít přístup. Za prvé, vězni injekčně užívající heroin se nemusí chtít udržovacího metadonového programu zúčastnit. Za druhé, i přes svou závislost na heroinu někteří vězni nemusí splňovat všechna kritéria pro přijetí do metadonového programu nebo nemusí splňovat průběžná kritéria pro účast poté, co ho zahájili. Za třetí, v rámci současné politiky Kanadské vězeňské služby byly stanoveny limity pro maximální počet vězňů, kteří smějí být současně zařazeni do metadonového programu, a to podle kapacity pro realizaci programu v daném zařízení. S problémem nedostatku kapacit a zdrojů se nepotýká pouze Kanadská vězeňská služba na federální úrovni, ale pravděpodobně se s ním setkávají také v řadě systémů nápravných zařízení na úrovni provinční a územní. Za čtvrté, zpracování žádosti o účast v programu a vlastní zahájení metadonové substituční léčby po přijetí vězně do programu určitou dobu trvá. Mnohdy proto dochází k situacím, kdy vězni se závislostí na heroinu nadále injekčně užívají heroin a potenciálně se dopouštějí vysoce rizikového chování, bez ohledu na to, že ve věznicích metadonové programy existují.

Navíc podle zavedené metodiky je metadonová substituce určena pouze pro uživatele drog, kteří jsou fyzicky závislí na opiátech podle standardních kritérií (obvykle těch, která jsou uvedena v *Diagnosticke a statistickém manuálu duševních poruch* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publikovaném Americkou psychiatrickou asociací). Proto metadonová substituce není lékařsky indikována u příležitostných nebo rekreačních uživatelů drog injekčně užívajících heroin, kteří opět pravděpodobně budou pokračovat v injekční aplikaci drogy a sdílení jehel, pokud výměna jehel není zajištěna. Ve věznicích mnohdy existují překážky pro optimální poskytování metadonu. Jako léčebná terapie vyžaduje metadonová substituce zapoje-

ní vězeňského lékaře, který jednak má kvalifikaci pro metadonovou léčbu, jednak je z hlediska filozofie nakloněn myšlence substituční léčby. V Kanadě i v mezinárodním měřítku nemusí být takoví lékaři k dispozici ve všech věznicích.

Podobně také vězni mohou nadále injekčně užívat nelegální drogy, třeba i jiné než heroin, dokonce i v průběhu metadonové substituční léčby. Tuto skutečnost si uvědomila španělská vláda a uvádí ji jako jeden z důvodů, proč vězni na metadonových programech mají zároveň přístup k výměně jehel.²⁸² K přetrvávajícímu injekčnímu užívání heroinu může docházet tam, kde vězni nedostávají dávku metadonu, která dostačuje k překonání abstinenčních příznaků, nebo tam, kde si vězni injekčně aplikují narkotika k neodbornému potlačení bolesti způsobené chronickou nemocí.

Konečně metadon je vhodný pouze pro léčbu závislosti na opiátech. Není řešením minimalizace škod pro ty, kteří injekčně užívají neopiáty, jako například kokain. Proto metadonová substituce neřeší rizikové praktiky při injekční aplikaci drog u těchto uživatelů.

Závěrem lze konstatovat, že i když je metadonová substituce nezbytným prvkem strategie minimalizace škod, sama o sobě ani v kombinaci s poskytováním dezinfekčního prostředku není dostatečnou odpovědí na riziko přenosu nemocí při injekčním užívání drog ve věznicích. A dále, že z obdobných důvodů, jaké byly uvedeny v předcházejícím oddílu o nedostatečnosti dezinfekčních prostředků, realizace programů výměny jehel ve věznicích dosáhla dalších důležitých přínosů pro zdraví vězňů a bezpečnost vězeňského personálu, kterých nelze dosáhnout samotnou metadonovou substituční léčbou nebo metadonovou substituční léčbou v kombinaci s distribucí dezinfekčního prostředku.

Metadon je nezbytným prvkem komplexní strategie minimalizace škod, a to jak mezi vězni, tak v obecné populaci.

Názory vězeňského personálu

Nechuť kanadských federálních a provinčních /územních vládních úřadů zavést programy výměny jehel lze připsat na vrub skutečným i předpokládaným námitkám vězeňského personálu. V roce 1999 se proti programům výměny jehel ve federálních věznicích postavil Odborový svaz zaměstnanců kanadského ministerstva spravedlnosti, který zastupuje pracovníky nápravných zařízení.²⁸³ Údaje o postojích jednotlivých pracovníků k programům výměny jehel jsou však neprůkazné. Například když vědci z Expertní komise pro otázky AIDS a věznic prováděli průzkum postojů personálu Kanadské vězeňské služby k iniciativám prevence HIV, 15 % pracovníků vězeňské služby a 31 % vězeňského zdravotnického personálu zavedení programů výměny jehel pro vězně podporovalo.²⁸⁴ Průzkum proběhl před deseti lety. Od té doby přibýly nové důkazy o významném nárůstu případů nákazy HIV a VHC mezi vězni, o úspěšném a bezpečném zavádění vězeňských programů výměny jehel v jiných správních oblastech, o realizaci a následném rozšíření MMT ve federálních věznicích a o aktualizovaných programech osvěty o HIV/AIDS. Postoje a názory se mohou měnit. K této změně může dojít na základě znalostí a informací získaných buďto přímou zkušeností s těmito programy, nebo prostřednictvím vzdělávacích programů na pracovišti. Proto lze důvodně předpokládat, že počet pracovníků podporujících zavedení programů výměny jehel by dnes byl vyšší.

Kanadští volení představitelé a zástupci vězeňských orgánů by měli vědět, jaké jsou postoje vě-

zeňského personálu v ostatních správních oblastech. Nedávný přehled studií o programech výměny jehel ve Švýcarsku, Německu a Španělsku zjistil, že personál věznic obecně programy podporuje, i když účast v průzkumu se lišila.²⁸⁵ A jak už bylo uvedeno v této zprávě – zejména ve vztahu k situaci v Německu a Moldávii – postoje personálu se mění s tím, jak se pracovníci přímo seznamují s programy výměny jehel a myšlenkou minimalizace škod, když se podílejí na realizaci a přezkumu programů výměny jehel.

Je třeba zdůraznit, že kanadským jurisdikcím se v posledních letech daří bezpečně a úspěšně zavádět opatření pro minimalizaci škod (harm reduction), jako například kondomy a dezinfekční prostředek Savo ve věznicích, bez ohledu na zprvu kontroverzní povahu takových opatření. Zavedení těchto programů prokázalo, že i přes počáteční obavy v některých oblastech nedošlo k tomu, že by opatření k minimalizaci škod „vyslala špatný signál“ nebo vedla ke zvýšenému užívání a pašování drog, násilí vůči vězeňskému personálu a vandalizmu. Tyto skutečnosti, spolu s poznatky z programů výměny jehel v jiných správních oblastech, je třeba vězeňským pracovníkům připomínat, obávají-li se, že zavedení programů výměny jehel ve věznicích by k podobným negativním důsledkům vedlo.

Nedávný přehled studií o programech výměny jehel ve Švýcarsku, Německu a Španělsku zjistil, že personál věznic obecně programy podporuje.

Nákladová efektivnost vězeňských programů výměny jehel

Žádné přímé důkazy o nákladové efektivnosti vězeňských programů výměny jehel nejsou k dispozici. Existují důkazy o nákladové efektivnosti programů výměny jehel v obecné populaci. Ne-

dávná australská zpráva došla k závěru, že peníze investované do programů výměny jehel v obecné populaci v zemi se vrátily více než patnáctinásobně na úsporách v důsledku toho, koli-

ka případům nákazy se během desetiletého období podařilo předejít.²⁸⁶ Matematický model nákladové efektivity, který uvažoval Spojené státy americké jako příklad, zjistil, že ekonomické přínosy programů výměny a likvidace jehel jsou zásadní.²⁸⁷ Analýza programů výměny jehel ve státě New York prokázala, že ze společenského hlediska jsou tyto programy nákladově efektivní a přinášejí úspory.²⁸⁸

Dokonce i přes chybějící ekonomické analýzy zaměřené specificky na věznice existuje silný argument, že vězeňské programy výměny jehel jsou nákladově efektivní na společenské úrovni. Výsledky studií, které měřily nákladovou efektivnost programů výměny jehel v obecné populaci, jsou validními ukazateli potenciálních úspor, které lze programům výměny jehel ve věznicích připsat. Pokud ne z žádného jiného důvodu, pak už proto, že většina vězňů se vrací do společnosti, kde využívají zdravotní a sociální služby, dopadne převážná část nákladů na řešení nákazy virem HIV a VHC nakonec na veřejnost. Proto by se zkoumání nákladové efektivity programů výměny jehel nemělo omezovat pouze na úspory v rozpočtech vězeňských systémů. To platí zvláště v případě zemí, jako je Kanada, kde federální i provinční/územní vlády financují podstatnou část zdravotní péče a předepisovaných léků v obecné populaci (a plně financují tyto služby ve věznicích). Každá ekonomická analýza musí

tedy brát v úvahu celkové úspory vládních výdajů.

Na úrovni jednotlivých případů jsou úspory nákladů spojené s prevencí přenosu HIV a VHC zásadní. Co se týká HIV, nedávná kanadská studie ukázala, že průměrné přímé náklady na poskytování lékařské péče (včetně nákladů na léky, ambulantní péči, nemocniční lůžkovou péči a domácí péči) na jednoho pacienta za jeden měsíc v Albertě v období 1997–1998 byly 1036 kanadských dolarů, vztaženo k cenové úrovni roku 2001.²⁸⁹

Každý případ HIV, kterému by se podařilo předejít, by znamenal ročně úsporu 12 432 kanadských dolarů, počítáno v cenách z roku 2001. Abychom si tuto částku uvedli do souvislostí, náklady na jeden výdejní automat na injekční stříkačky jsou přibližně 3000 USD,²⁹⁰ což odpovídá přibližně částece 4700 kanadských dolarů. I za předpokladu, že programy výměny jehel předejdou relativně malému počtu případů přenosu HIV nebo VHC mezi vězni, kteří injekčně užívají drogy, by se tyto programy samy mnohonásobně vrátily. Pravděpodobně by také snížily potřebu zdrojů zdravotní péče v současné době věnovaných léčení jiných zdravotních problémů spojených s injekčním užíváním drog, jako jsou například infekce v místě vpichu a další infekce.

Nastal čas, aby volení představitelé a vězeňské orgány v Kanadě začali jednat

Kanadské věznice by měly neprodleně zavést programy výměny jehel. Nevládní i vládní organizace, studijní skupiny a komise k tomu vyzývají kanadské věznice od roku 1992. Zkušenosti a důkazy ze všech šesti zemí, kde existují vězeňské programy výměny jehel, ukazují, že tyto programy:

- neohrožují bezpečnost vězeňského personálu ani vězňů a naopak zvyšují bezpečnost života a práce ve věznicích,

- nezvyšují spotřebu drog ani injekční užívání,
- snižují rizikové chování a přenos nemocí (včetně HIV a VHC),
- mají další pozitivní přínosy pro zdraví vězňů,
- jsou efektivní v širokém spektru nejrozumnějších věznic,
- úspěšně využívají různé metody distribuce jehel podle potřeb vězeňského personálu a vězňů v různých vězeňských zařízeních.

Nejenže je výměna jehel prokazatelně efektivním opatřením na ochranu veřejného zdraví, které snižuje míru poškozování spojeného s injekčním užíváním drog, včetně přenosu HIV a VHC; federální a provinční/územní vlády v Kanadě mají zákonnou povinnost dodržovat, chránit a naplňovat právo vězňů na zdraví. Toto právo je zakotveno v mezinárodních zákonech a zahrnuje právo na opatření preventivní zdravotní péče.

V kontextu epidemie HIV/AIDS se programy výměny jehel osvědčily jako účinné opatření zdravotní prevence pro osoby s rizikem nákazy virem HIV. Vzhledem k přetrvávajícímu užívání nelegálních drog ve věznicích a vzhledem k důkazům o sdílení jehel mezi vězni injekčně užívajícími drogy jsou vězeňské programy výměny jehel zásadní z hlediska práva na zdraví v případě vězňů, kteří drogy injekčně užívají.

Vedle toho existují pádné důvody se domnívat, že vězeňské programy výměny jehel jsou nákladově efektivní, a dokonce by vedly k úspoře nákladů pro kanadské vládní úřady.

Kanadské vládní úřady by měly činit závažná rozhodnutí ve věci veřejného zdraví na základě důkazů a svých zákonných povinností, nikoli na základě veřejného názoru nebo politické účelnosti. Ani volení představitelů nebo zástupců vězeňských orgánů by neměli rozhodovat o vězeňských programech výměny jehel tak, že přitom budou ignorovat důkazy a své zákonné povinnosti, což se v Kanadě děje už příliš dlouho. Je třeba, aby se volení představitelů a zástupců vězeňských úřadů v této věci ujali vedení. Vedení je také nutné ze strany jednotlivých pracovníků věznic, a to jak vězeňské služby, tak zdravotnického personálu, i externích lékařů, kteří ve věznicích pracují. Vládní úřady v Kanadě, a zejména Kanadská vězeňská služba stály v čele při zavádění opatření harm reduction ve věznicích. Jednotlivé vězeňské systémy v Kanadě už zavedly distribuci kondomů a dezinfekčního prostředku a metadonové substituce a zajišťují pro vězně i personál osvětu o HIV – i když je třeba ještě za-

jistit, aby přístup k těmto opatřením měli spolehlivě všichni vězni v celé Kanadě.

I přes debaty a odpor, které doprovázely jejich představení a zavedení, jsou opatření harm reduction nyní široce akceptována jako součást odpovědnosti vězeňských systémů vůči vězňům a nijak neohrozila režim ostrahy zařízení a pevný řád kanadských věznic. Existence těchto opatření a zkušenosti s jejich zaváděním, spolu s mezinárodními zkušenostmi a údaji z vězeňských programů výměny jehel představují základy pro zavedení výměny jehel v kanadských věznicích.

Kanadské věznice by měly neprodleně zavést programy výměny jehel.

Doporučení

Na federální i provinční/územní úrovni by systémy nápravných zařízení v Kanadě měly okamžitě podniknout kroky k zavedení multicektrických pilotních programů výměny jehel.

ZÁVĚR:
VÝZVA K ZAVEDENÍ PROGRAMŮ
VÝMĚNY JEHEL VE VĚZNICÍCH

Třebaže počet zemí, které zavedly výměnu jehel ve věznicích, je relativně malý, programy se daří zavádět v širokém spektru různých vězeňských prostředí. Programy výměny jehel ve věznicích lze najít v západní i východní Evropě a ve střední Asii. Probíhají v dobře financovaných vězeňských systémech stejně jako ve vězeňských systémech trpících zásadním nedostatkem financí. Probíhají ve věznicích civilních i vojenských a v zařízeních s diametrálně odlišným fyzickým uspořádáním prostor pro vězně. Probíhají v zařízeních pro muže i pro ženy, v zařízeních všech úrovní ostrahy a všech velikostí. Probíhají jako jednotlivé pilotní projekty i jako integrované součásti celkové vězeňské politiky. K distribuci injekčních stříkaček využívají různé metody.

I když byly tyto vězeňské programy výměny jehel zaváděny v nejrůznějších prostředích a za odlišných okolností, jejich výsledky jsou pozoruhodně shodné. Zlepšily zdraví vězňů a omezily sdílení jehel. Obavy z násilí, zvýšení spotřeby drog a dalších negativních důsledků se nenaplnily. Na základě důkazů a zkušeností uvedených v této zprávě lze dojít k nespornému závěru, že vězeňské programy výměny jehel efektivně a úspěšně řeší vzájemně propojené problémy injekčního užívání drog, HIV a VHC ve věznicích.

Avšak dojdeme-li k otázce výměny jehel ve věznicích, objektivní důkazy se často ukázaly jako druhořadé vedle politických a ideologických úvah a nezájmu veřejnosti o problémy, se kterými se vězni, vězeňský personál a vězeňské systémy potýkají. Mnoho zemí, které vykazují významný výskyt HIV, VHC a injekčního užívání drog ve věznicích, odmítá o programech výměny jehel uvažovat, a to i přes důkazy o jejich účinnosti a bezpečnosti. Platí to dokonce i o zemích, včetně Kanady, které už přijaly kroky k zavedení ostatních opatření k minimalizaci škod s cílem řešit injekční užívání drog, HIV a VHC ve věznicích. Jak však tato zpráva konstatuje, jakákoli strategie minimalizace škod, která nezahrnuje poskytování sterilních jehel, nejenže není zcela optimálním opatřením k ochraně veřejného zdraví, ale je popřením mezinárodních norem týkajících se zdraví vězňů a neodpovídá nejlepší praxi.

S ohledem na účel této zprávy vynikají mezi poznatky z výzkumu prováděného pro její zpracování dva, které vyzývají vězeňské systémy s epidemiemi HIV a VHC v důsledku injekčního užívání drog, aby programy výměny jehel zavedly.

Prvním poznatkem je to, že výměna jehel ve věznicích je pragmatickým a nezbytným zdravotním opatřením v reakci na problémy HIV, VHC a injekčního užívání drog, které je prokazatelně efektivní a bezpečné. Výměna jehel je k dispozici v některých věznicích už 10 let, a je to postup, který byl všude, kde byl zaveden, podroben přísnému hodnocení.

Vězeňské systémy a vlády se nemohou nadále vyhýbat své odpovědnosti za zajištění zdraví vězňů tím, že budou vězeňské programy výměny jehel odmítat jako něco nového nebo nevyzkoušeného. Nejsou totiž ani jedním.

Druhým poznatkem, který se nabízí, je skutečnost, že bez ohledu na to, jak efektivní jsou v praxi, zůstávají iniciativy minimalizace škod nadále kontroverzní. Rozhodnutí o podmínkách ve věznicích nebo neschopnost tato rozhodnutí učinit často nemají žádnou souvislost s fakty, ke škodě zdraví vězňů, vězeňského personálu a obecné populace. Pro někoho se věznice staly prostředkem k vyjádření politické ideologie, jen s malým zřetelem k důkazům o opatřeních, která ve skutečnosti zlepšují zdraví a bezpečnost vězňů, personálu věznice i široké veřejnosti. To se ukázalo v případě Německa, kde dlouhodobě úspěšné programy výměny jehel ukončily nově zvolené vlády spolkových zemí.

Tato dvě ponaučení ukazují na potřebu vedení ze strany volených představitelů a vězeňských úřadů v otázce programů výměny jehel ve věznicích. Vedení je také nutné ze strany jednotlivých pracovníků věznic (a to jak vězeňské služby, tak zdravotnického personálu) i externích lékařů, kteří ve věznicích pracují. V kontextu programů výměny jehel ve věznicích předpokládá takové vedení řadu atributů. Za prvé předpokládá pochopení zákonné povinnosti vězeňských systémů respektovat, chránit a naplňovat právo věz-

ňů na zdraví. Za druhé, vedení předpokládá znalost zkušeností a údajů z existujících vězeňských programů výměny jehel. Tato zpráva je komplexním zdrojem takových informací. Za třetí, vedení předpokládá ochotu a odhodlání zajistit, aby vězeňské programy výměny jehel reagovaly na potřeby vězňů a personálu (zdravotnického i vězeňského). To znamená zapojit vězně a personál věznice do návrhu a realizace programů.

POZNÁMKY

- 1 J Nelles, T Harding. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* 1995; 346: 1507.
- 2 TM Hammett. *AIDS in Correctional Facilities: Issues and Options*. 3rd ed. Washington, DC: US Department of Justice, 1988, at 26.
- 3 US National Commission on AIDS. *Report: HIV Disease in Correctional Facilities*. Washington, DC: The Commission, 1991, at 10.
- 4 Spanish Focal Point. *National Report 2001 for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Madrid: Government Delegation for the National Plan on Drugs, October 2001, at 84, with reference.
- 5 T Harding, G Schaller. HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners? In: J Mann, D Tarantola, T Netter, eds. *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992, 761–769, at 762; with reference to T Harding. AIDS in prison. *Lancet* 1987; 2:1260–1263.
- 6 H Heilpern, S Egger. AIDS in Australian Prisons – Issues and Policy Options. Canberra: Department of Community Services and Health, 1989 at 21.
- 7 T Harding, G Schaller. HIV/AIDS and Prisons: Updating and Policy Review. A survey covering 55 prison systems in 31 countries. Geneva: WHO Global Programme on AIDS, 1992, at 20.
- 8 Heilpern & Egger, supra, note 6.
- 9 TM Hammett, MP Harmon, W Rhodes. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *American Journal of Public Health* 2002; 92: 1789–1794.
- 10 Bureau of Justice Statistics Bulletin. *HIV in Prisons, 2001*. Washington: US Department of Justice, Office of Justice Programs, January 2004 (NCJ 202293).
- 11 A Bobrik. Health and health-related factors at the penal system of Russia. January 2004 (nepublikováno).
- 12 Central and Eastern Europe Harm Reduction Network. *Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Vilnius: The Network, July 2002, at 5.
- 13 International Harm Reduction Development. *Drugs, AIDS, and Harm Reduction: How to Slow the HIV Epidemic in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. New York: Open Society Institute, 2001, at 14 with reference.
- 14 M Schonteich. *Latvia: exploring alternatives to pre-trial detention*. Open Society Justice initiative, 2003. K dispozici na stránkách www.justiceinitiative.org/publications/justiceinitiatives/2003/schoenteich0603.
- 15 Central and Eastern Europe Harm Reduction Network, supra, note 12 at 5 with references.
- 16 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). *AIDS Epidemic Update: December 2002*. Geneva: UNAIDS/WHO, 2002, at 15.
- 17 Ibid at notes 8 to 15.
- 18 Údaje o séroprevalenci převzaty od Kanadské vězeňské služby. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report of the Expert Committee on AIDS and Prisons*. Ottawa: CSC, 1994, at 15–19; CSC. *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*. Ottawa: CSC, 1994, at 47–79; Jürgens, infra, note 47 at Appendix 2, with references; R Lines. *Action on HIV/AIDS in Prisons: Too Little, Too Late – A Report Card*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2002, at 3–4.
- 19 Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, and Correctional Service of Canada. *Infectious Disease Prevention and Control in Canadian Federal Penitentiaries 2000–01*. Ottawa: CSC, 2003, at 6.
- 20 HIV/AIDS and hepatitis C in prison: the facts. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004 (revised, updated version of info sheet one in the series of info sheets on HIV/AIDS in prisons. Více údajů je k dispozici za rok 2001. Viz supra, note 19.
- 21 Supra, note 19.
- 22 C Hankins et al. HIV-1 infection in a medium security prison for women – Quebec. *Canada Diseases Weekly Report* 1989; 15(33): 168–170.
- 23 DA Rothon, RG Mathias, MT Schechter. Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal* 1994; 151(6): 781–787.
- 24 P Ford, C White, H Kaufmann et al. Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 153: 1605–1609.
- 25 PM Ford, M Pearson, P Sankar-Mistry, T Stevenson, D Bell, J Austin. HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *QJM* 2000; 93(2): 113–119.
- 26 M Pearson, PS Mistry, PM Ford. Voluntary screening for hepatitis C in a Canadian federal penitentiary for men. *Canada Communicable Disease Report* 1995; 21: 134–136.
- 27 CA Hankins, S Gendron, MA Handley, C Richard, MT Tung, M O'Shaughnessy. HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a nonnominal methodology. *American Journal of Public Health* 1994; 84(10): 1637–1640.
- 28 S Landry et al. Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 2004; 15(Suppl A): 50A (abstract 306).
- 29 Reuters Health, 18 February 2003. K dispozici na stránkách www.kaisernet.org/daily_reports/rep_index.cf?m?DR_ID=16138.
- 30 *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1996; 2(2): 20.

- 31 A Raufu. Nigerian prison authorities free HIV positive inmates. *AIDS Analysis Africa* 2001; 12(1): 15.
- 32 UNAIDS/WHO, supra, note 16 at 23.
- 33 NM Osti et al. Human immunodeficiency virus seroprevalence among inmates of the penitentiary complex of the region of Campinas, state of São Paulo, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 1999; 94(4): 479–483. Also M, Burattini et al. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34(5): 431–436; L Strazza, RS Azevedo, HB Carvalho, E Massad. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2004; 37(5): 771–776.
- 34 K Dolan et al. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003; 98: 153–158, with reference.
- 35 B Pal, A Acharya, K Satyanarayana. Seroprevalence of HIV infection among jail inmates in Orissa. *Indian Journal of Medical Research* 1999; 109: 199–201.
- 36 Viz obecne, GE Macalino, JC Hou, MS Kumar, LE Taylor, IG Sumantera, JD Rich. Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy* 2004; 15: 103–114; K Dolan. *The Epidemiology of Hepatitis C Infection in Prison Populations*. University of New South Wales: National Drug and Alcohol Research Centre, 1999, at 12, with many references.
- 37 Macalino et al, supra, note 36 at 111.
- 38 CSC, supra, note 19 at 14.
- 39 Ibid.
- 40 Ibid at 20.
- 41 S Black. Springhill Project Report. Ottawa: Correctional Service of Canada, 1999.
- 42 Např. viz A Taylor et al. Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison. *British Medical Journal* 1995; 310: 289–292.
- 43 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002, at 46.
- 44 Ibid.
- 45 Ibid at 47.
- 46 Correctional Service of Canada. *1995 National Inmate Survey: Final Report*. Ottawa: The Service (Correctional Research and Development), 1996, No SR-02.
- 47 R Jürgens. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, 1996, at 23, with notes.
- 48 K otázce dopadu rozboru moči při testování na přítomnost nelegálních drog ve věznicích na veřejné zdraví viz obecně: SM Gore, AG Bird, AJ Ross. Prison rights: mandatory drugs tests and performance indicators for prisons. *British Medical Journal* 1996; 312(7043): 1411–1413.
- 49 Viz např. SM Shah, P Shapshak, JE Rivers, RV Stewart, NL Weatherby, KQ Xin, JB Page, DD Chitwood, DC Mash, D Vlahov, CB McCoy. Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 1996; 11(3): 301–306; P Shapshak, RK Fujimura, JB Page, D Segal, JE Rivers, J Yang, SM Shah, G Graham, L Metsch, N Weatherby, DD Chitwood, CB McCoy. HIV-1 RNA load in needles/syringes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Drug and Alcohol Dependency* 2000; 58(1–2): 153–157; RH Needle, S Coyle, H Cesari, R Trotter, M Clatts, S Koester, L Price, E McLellan, A Finlinson, RN Bluthenthal, T Pierce, J Johnson, TS Jones, M Williams. HIV risk behaviors associated with the injection process: multiperson use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks. *Substance Use & Misuse* 1998; 33(12): 2403–2423; B Jose, SR Friedman, A Neaigus, R Curtis, JP Grund, MF Goldstein, TP Ward, DC Des Jarlais. Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS* 1993; 7(12): 1653–1660, erratum in *AIDS* 1994; 8(1): following 4.
- 50 R Lines. *Pros & Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV/AIDS Programs for Prisoners*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2002, at 67.
- 51 Supra, note 36.
- 52 A Ball et al. Multi-centre Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection: a report prepared on behalf of the international collaborative group for the World Health Organization Programme on Substance Abuse. Geneva: World Health Organization, 1995.
- 53 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Prisons and AIDS: UNAIDS Point of View*. Geneva: UNAIDS Information Centre, April 1997, at 6.
- 54 Supra, note 43 at 46–47.
- 55 Dolan, supra, note 36 at 6.
- 56 Ibid, with reference.
- 57 Jürgens, supra, note 47, with reference.
- 58 A Buavirat et al. Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case control study. *British Medical Journal* 2003; 326(7384): 308.
- 59 Medecins Sans Frontières. Health Promotion Program in the Russian Prison System: Prisoner Survey 2000. Cited in: International Harm Reduction Development, supra, note 13. Viz též R Jürgens, MB Bijl. Risk behaviours in penal institutions. In P Bollini (ed). *HIV in Prison*.

- A Manual for the Newly Independent States. MSF, WHO, and Prison Reform International, 2002.
- 60 Ibid.
- 61 C Magis-Rodriguez et al. Injecting drug use and HIV/AIDS in two jails of the North border of Mexico. Abstract for the XIII International AIDS Conference, 2000.
- 62 Dolan, supra, note 34 at 153, with references.
- 63 Jürgens, supra, note 47 at 40, with references.
- 64 K Dolan, W Hall, A Wodak, M Gaughwin. Evidence of HIV transmission in an Australian prison. *Medical Journal of Australia* 1994; 160(11): 734; K Dolan et al. A network of HIV infections among Australian inmates. XI International Conference on AIDS, Vancouver, 7–11 July 1996, Abstract We.D.3655.
- 65 R Jürgens. HIV/AIDS in prisons: recent developments. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2002; 7(2/3): 13–20, at 19, with reference to L Dapkus. Prison's rate of HIV frightens a nation. *Associated Press* 29 September 2002.
- 66 Dolan, supra, note 36.
- 67 R Keppler, F Nolte, H Stöver. Transmission of infectious diseases in prisons – results of a study for women in Vechta, Lower Saxony, Germany. *Sucht* 1996; 42: 98–107 at 104.
- 68 LM Calzavara, AN Burchell, J Schlossberg, T Myers, M Escobar, E Wallace, C Major, C Strike, M Millson. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction* 2003; 98(9): 1257–1265.
- 69 A DiCenso et al. *Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2003.
- 70 PM Ford et al. HIV and hep C seroprevalence and associated risk behaviours in a Canadian prison. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1999; 4(2/3): 52–54.
- 71 T Nichol. Bleach Pilot Project. Second unpublished account of the introduction of bleach at Matsqui Institution, dated 28 March 1996. Cited in Jürgens, supra, note 47.
- 72 1995 *National Inmate Survey*, supra, note 46.
- 73 C Hankins et al. Prior risk factors for HIV infection and current risk behaviours among incarcerated men and women in medium security correctional institutions – Montreal. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 1995; 6(Suppl B): 31B. Cited in Jürgens, supra, note 47.
- 74 A Dufour et al. HIV prevalence among inmates of a provincial prison in Quebec City. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 1995; 6(Suppl B): 31B. Cited in Jürgens, supra, note 47.
- 75 E Single. Harm reduction as the basis for hepatitis C policy and programming. Presentation at First Canadian Conference on Hepatitis C, Montréal, Canada, 4. května 2001.
- 76 Lines, supra, note 18.
- 77 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Prisons and AIDS: UNAIDS Technical Update*. Geneva: UNAIDS, April 1997, at 3. K dispozici online na stránkách www.unaids.org.
- 78 Vienna Declaration and Programme of Action, adopted 25 June 1993. World Conference on Human Rights. UN GA Doc A/CONF/137/23.
- 79 International Covenant on Civil and Political Rights. UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16) at 52, UN Doc A/6316 (1966), 999 UNTS 171, entered into force 23 March 1976.
- 80 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16) at 49, UN Doc A/6316 (1966), 993 UNTS 3, entered into force 3 January 1976.
- 81 African Charter on Human and Peoples' Rights. OAU Doc CAB/LEG/67/3 rev 5, 21 ILM 58 (1982), adopted 27 June 1981, entered into force 21 October 1986.
- 82 American Convention on Human Rights. OAS Treaty Series No 36, 1144 UNTS 123, entered into force 18 July 1978.
- 83 Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights. OAS Treaty Series No 69 (1988), signed 17 November 1988.
- 84 [European] Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. ETS 5, 213 UNTS 222, entered into force 3 September 1953, as amended by Protocols Nos 3, 5, and 8, which entered into force on 21 September 1970, 20 December 1971, and 1 January 1990 respectively.
- 85 European Social Charter. ETS 35, 529 UNTS 89, entered into force 26 February 1965.
- 86 Universal Declaration of Human Rights. UN GA res 217A (III), UN Doc A/810 at 71 (1948).
- 87 Podle mezinárodního zvykového práva jsou standardy a normy obsažené v deklaracích uznávány mezi společnostmi národů za základ závazných zákonů. Otázka, co je součástí mezinárodního zvykového práva, je otázkou faktickou a otázkou úzu. Mezinárodní zvykové právo je právo, které se stává pro státy závazným na základě zvyklostí, když dostatečný počet států začne postupovat tak, jako by něco bylo zákonem, a není nutné, aby tyto zákony byly psané.
- 88 Viz obecně Jürgens, supra, note 47 at 85–86. Konkrétně zásada c. 5 Základních zásad OSN pro zacházení s vězni uvádí: „S výjimkou těch omezení, která jsou prokazatelně nezbytná v důsledku uvěznění, zůstávají všem vězňům lidská práva a základní svobody zakotvené ve Všeobecné deklaraci lidských práv, (...) Mezinárodní úmluvě o ekonomických, sociálních a kulturních právech a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech (...) a dále všechna další práva, která jsou zakotvena v ostatních úmluvách Organizace spojených národů.“ Přijato v Rezoluci Valného shromáždění OSN 45/111, annex, 45 UN GAOR Supp (No 49A) at 200, UN Doc A/45/49 (1990).

- 89 S Shaw. Prisoners' Rights. In: P Seighart (ed). *Human Rights in the United Kingdom*. London: Pinter Publishers, 1988, at 42.
- 90 Basic Principles, supra, note 88.
- 91 Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. UN GA res 43/173, annex, 43 UN GAOR Supp (No 49) at 298, UN Doc A/43/49 (1988).
- 92 Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted 30 August 1955 by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. UN Doc A/CONF/611, annex I, ESC res 663C, 24 UN ESCOR Supp (No 1) at 11, UN Doc E/3048 (1957), amended ESC res 2076, 62 UN ESCOR Supp (No 1) at 35, UN Doc E/5988 (1977).
- 93 Recommendation No R (98)7 of the Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Adopted by the Committee of Ministers on 8 April 1998 at the 627th Meeting of the Ministers' Deputies [hereinafter Council of Europe Recommendation No R 98(7)].
- 94 WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons. Geneva: WHO, 1993 [dále WHO Guidelines].
- 95 Declaration of Commitment – United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. UN GA Res/S-26/2, 27 June 2001 [dále UNGASS Declaration].
- 96 International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. UNCHR res 1997/33, UN Doc E/CN.4/1997/150 (1997).
- 97 WHO Guidelines, supra, note 94 at Art 4.
- 98 UNGASS Declaration, supra, note 95 at Art 58.
- 99 Ibid at Arts 62, 64.
- 100 Viz napr. Universal Declaration of Human Rights, supra, note 86 at Art 25; International Covenant on Social, Economic and Cultural Rights, supra, note 80 at Art 12; European Social Charter, supra, note 85 at Art 11; African Charter on Human and Peoples' Rights, supra, note 81 at Art 16.
- 101 Constitution of the World Health Organization. In: *Basic Documents*, 39th ed. Geneva: WHO, 1992. Viz obecně: V Leary. The right to health in international human rights law. *Health and Human Rights* 1994; 1(1): 24–56.
- 102 Basic Principles, supra, note 88.
- 103 Charter of Fundamental Rights of the European Union, Art 35.
- 104 Council of Europe Recommendation No R 98(7), supra, note 93.
- 105 WHO Guidelines, supra, note 94 at guidelines 1, 2, 4.
- 106 H Stöver. *Drugs and HIV/AIDS Services in European Prisons*. Oldenburg, Germany: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2002, at 127–128.
- 107 WHO Guidelines, supra, note 94 at 4.
- 108 Ibid.
- 109 Ibid at 6.
- 110 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fifty-second session, April 1996.
- 111 International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, supra, note 96 at paras 2, 15(d).
- 112 International Council of Prison Medical Services. Oath of Athens for Prison Health Professionals. Adopted 10 September 1979, Athens.
- 113 Viz Jürgens, supra, note 47 at 81–88.
- 114 Ibid.
- 115 R Elliott. Prisoners' Constitutional Right to Sterile Needles and Bleach. Appendix 2 in Jürgens, supra, note 47.
- 116 Corrections and Conditional Release Act, SC 1992, c 20 [hereinafter CCRA]; SOR/92–620.
- 117 CCRA, s 86(2).
- 118 I Malkin. The Role of the Law of Negligence in Preventing Prisoners' Exposure to HIV While in Custody. Appendix 1 in Jürgens, supra, note 47.
- 119 SF Hurley, DJ Jolley, JM Kaldor. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet* 1997; 349(9068): 1797–1800.
- 120 DR Holtgrave, SD Pinkerton, TS Jones, P Lurie, D Vlahov. Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 1998; 18(Suppl 1): S133–138.
- 121 Australian National Council on Drugs, Australian National Council of AIDS and Hepatitis Related Diseases. National Council backs investment on needle programs. Media release dated 22 October 2002, Australian National Council on Drugs.
- 122 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Switzerland: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002.
- 123 Swiss Federal Office of Public Health. *Swiss Drugs Policy*. Berne: The Office, September 2000, at 8–11.
- 124 C Berger, A Uchtenhagen. Prevention of Infectious Diseases and Health Promotion in Penal Institutions: Summary of a final report for the Swiss Federal Office of Public Health. Zurich: The Office, April 2001, at 1.
- 125 J Nelles, A Fuhrer, HP Hirsbrunner, TW Harding. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *British Medical Journal* 1998; 317: 270–273.
- 126 J Nelles, A Fuhrer, I Vincenz. Prevention of drug use and infectious diseases in the Realta Cantonal Men's Prison: Summary of the evaluation. Berne: University Psychiatric Services, 1999.

- 127 J Nelles. The contradictory position of HIV prevention in prison: Swiss experiences. *International Journal of Drug Policy* 1997; 1: 2–4.
- 128 Swiss Federal Office of Public Health. Swiss Drugs Policy: Harm Reduction Fact Sheet. Berne: The Office, September 2000.
- 129 Popsáno v publikaci Nelles & Harding, supra, note 1.
- 130 J Nelles, A Dobler-Mikola, B Kaufmann. Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün. In: J Nelles, A Fuhrer (eds). *Harm Reduction in Prison*. Berne: Peter Lang, 1997, at 239–262. Cited in Dolan et al, supra, note 34.
- 131 Osobní komunikace s P Fähem, ředitelem věznice Oberschöngrün, dne 1. března 1996. Citováno v publikaci R Jürgens. Needle exchange in prisons: an overview. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1996; 2(4): 1, 40–42.
- 132 Popis programu ve věznici Hindelbank je sloučen ze dvou zdrojů. R Jürgens. HIV prevention taken seriously: provision of syringes in a Swiss prison. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1994; 1(1): 1–3; Nelles et al, supra, note 125.
- 133 Stöver, supra, note 106 at 135–136.
- 134 Informace o hodnocení projektu věznice Hindelbank převzaty ze zdroje: Nelles et al, supra, note 125; Dolan et al, supra, note 34.
- 135 D DeSantis, vezeňské zařízení Hindelbank, 2. června 2003. Rozhovor s Rickem Linesem.
- 136 J Nelles, A Fuhrer, HP Hirsbrunner, TW Harding. How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners? *Drug and Alcohol Review* 1999; 18: 133–138.
- 137 Nelles et al, supra, note 126.
- 138 Nelles et al, supra, note 130.
- 139 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Germany: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002.
- 140 U Marcus. HIV/AIDS und Drogenkonsum in Deutschland – Epidemiologische Entwicklungen und Erklärungen. In: J Klee; H Stöver (eds). *AIDS und Drogen – Ein Beratungsführer*. 3rd edition, 2003 (in press).
- 141 R Simon, E Hoch, R Hüllinghorst, G Nöcker, M David-Spickermann. *Report on the Drug Situation in Germany 2001*. German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001, at 145, with reference.
- 142 R Muller, K Stark, I Guggenmoos-Holzmann, D Wirth, U Bienzie. Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. *AIDS* 1995; 9(2): 183–190.
- 143 A Thiel. Hepatitis C in prison – the underestimated problem. Conference presentation at 7th International Conference on Hepatitis C, Edinburgh, June 12–13, 2003.
- 144 Simon et al, supra, note 141.
- 145 European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, supra, note 43 at 50. Viz též Keppler et al, supra, note 67.
- 146 Mezi látky používané v substituční léčbě patří levometadon, buprenorfin, dihydrokodein a kodein. Osobní korespondence s Heino Stöverem.
- 147 Osobní korespondence s Heino Stöverem ze dne 8. září 2004.
- 148 Všechny informace o německých projektech výměny jehel ve věznicích jsou převzaty od: Stöver, supra, note 106 at 128–131, není-li uvedeno jinak.
- 149 Informace o hodnocení jsou shrnuty z publikace: H Stöver. Evaluation of needle exchange pilot projects show positive results. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 2000; 5(2/3): 60–64.
- 150 H Stöver, J Nelles. Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 2003; 14(5/6) (in press).
- 151 J Sanz Sanz, P Hernando Briangos, JA López Blanco. Syringes Exchange Programs in Spanish Prisons. Presentation at the conference of the European Network of Drug Services in Prison, Rome, 22–24 May 2003; and J Sanz Sanz. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio Del Interior. Soukromá korespondence ze dne 20. dubna 2004.
- 152 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Spain: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002 at 2.
- 153 Spanish Focal Point, supra, note 4 at 75.
- 154 Ibid at 25.
- 155 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio Del Interior. *Plan Nacional Sobre Drogas: Memoria 2000*. Madrid: Ministerio Del Interior, 2001, at 54.
- 156 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo. *Needle Exchange in Prison: Framework Program*. Madrid: Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, October 2002, at 4.
- 157 Ibid.
- 158 Sanz Sanz et al, supra, note 151.
- 159 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, supra, note 155 at 53.
- 160 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 4.
- 161 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, supra, note 155 at 55.
- 162 Spanish Focal Point, supra, note 4 at 75.
- 163 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 4.
- 164 Sanz Sanz et al, supra, note 151.
- 165 Drogas, supra, note 155 at 53.

- 166 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 4.
- 167 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, supra, note 155 at 53.
- 168 Sanz Sanz et al, supra, note 151.
- 169 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, supra, note 155 at 55.
- 170 Ibid at 58. Translated from original Spanish.
- 171 Spanish Focal Point, supra, note 4 at 75–76.
- 172 AL Sánchez Iglesias. Instruction 101/2002 on Criteria of Action in Connection with the Implementation in a Number of Prisons of the Needle Exchange Program (NEP) for Injecting Drug Users (IDUs). Madrid: Directorate General for Prisons, 23 August 2002, at 7. Reprinted in Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156.
- 173 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, supra, note 155 at 58.
- 174 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 6.
- 175 Ibid.
- 176 Informace o pilotním projektu jsou ze zdroje: C Menoyo, D Zulaica, F Parras. 2000. Needle exchange programs in prisons in Spain. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2000; 5(4): 20–21, není-li uvedeno jinak.
- 177 Dolan et al, supra, note 34 at 157.
- 178 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 6.
- 179 Grupo De Trabajo Sobre Programas De Intercambio De Jeringuillas En Prisiones (Abril 2000). *Elementos Clave para la Implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas en Prisión*. Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA/Dirección General de Instituciones Penitenciarias, at 2. Translated from the original Spanish.
- 180 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, supra, note 155 at 58.
- 181 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 5.
- 182 Ibid at 6.
- 183 Ibid at 6–7.
- 184 Sanz Sanz et al, supra, note 151.
- 185 J Sanz Sanz, P Hernando Briongos, JA López Blanco. Syringe-exchange programmes in Spanish prisons. In *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison* 2003; 13: 9–12.
- 186 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 11.
- 187 Ibid at 16–17.
- 188 Ibid at 11.
- 189 Ibid at 14.
- 190 *Recomendaciones sobre los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)*. Obtained from the Prisión Soto de Real, Madrid. Copy on file.
- 191 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 10.
- 192 Ibid.
- 193 Ibid at 12.
- 194 Information on the Bilbao evaluation is summarized from Menoyo et al, supra, note 176.
- 195 Spanish Focal Point, supra, note 4 at 60.
- 196 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 5.
- 197 Sanz Sanz et al, supra, note 185. Představitelé španělské vezeňské služby a Národního protidrogového plánu, kteří byli dotazováni během přípravy této zprávy, rovněž potvrdili, že nedošlo k žádným případům zneužití injekčních stříkaček poskytovaných v rámci programu ani k jejich použití jako zbraní.
- 198 Sanz Sanz, supra, note 151.
- 199 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Republic of Moldova: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update at 2, 6.
- 200 Číselný údaj poskytla organizace Health Reform in Prisons, listopad 2002.
- 201 V Moldávii je 20 věznic s celkovým stavem přibližně 10 500 osob.
- 202 Číselný údaj poskytla organizace Health Reform in Prisons, listopad 2002.
- 203 Čísla v tomto sloupci představují počet evidovaných případů HIV/AIDS identifikovaných v kterémkoli okamžiku kalendářního roku. Počet případů HIV/AIDS během roku nemusel být konstatní, vzhledem k pohybům ve vězeňské populaci a k úmrtím.
- 204 Více informací o organizaci Open Society Institute a jejím International Harm Reduction Development Program viz www.soros.org/initiatives/ihrd.
- 205 Číselný údaj poskytla organizace Health Reform in Prisons, listopad 2002.
- 206 Většina informací o těchto dvou moldavských projektech pochází z konferenčních příspěvků dr. Larisy Pintelli a dr. Nicolae Bodruga z organizace Health Reform in Prisons. International Harm Reduction Development Prison Grantees Conference, Kišinev, Moldávie, květen 2002.
- 207 N Bodrug. A pilot project breaks down resistance. In *Harm Reduction News: Newsletter of the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute* 2002; 3(2).
- 208 Dr. Larisa Pintelli, organizace Health Reform in Prisons, Moldávie. Soukromá korespondence ze dne 13. května 2003.
- 209 Dr. Larisa Pintelli organizace Health Reform in Prisons, Moldávie. Konferenční příspěvek, listopad 2002, a soukromá korespondence ze dne 13. května 2003.
- 210 Pintelli, soukromá korespondence ze dne 19. května 2002.
- 211 Pintelli, soukromá korespondence, supra, note 208.
- 212 Pintelli, soukromá korespondence, supra, note 210.
- 213 Bodrug, supra, note 207 at 11.

- 214 Ibid at 11.
- 215 Ibid.
- 216 Ibid.
- 217 Pintelli, soukromá korespondence, supra, note 208.
- 218 Všechny informace o HIV/AIDS, injekčním užívání drog a harm reduction v kyrgyzských věznicích – a o pilotním programu výměny jehel – poskytla dr. Raushan Abdyldeyeva a Elvira Muratalieva z Open Society Institute, není-li uvedeno jinak.
- 219 E Subata. Accepting maintenance treatment. *Harm Reduction News: Newsletter of the International Harm Reduction Development Programme of the Open Society Institute* 2003; 4(2): 6.
- 220 *AIDS Epidemic Update*, supra, note 16 at 14.
- 221 Číselné údaje prezentovány kyrgyzskou delegací na Prison Grantees Workshop, International Harm Reduction Development Conference, Kišiněv, Moldávie, listopad 2002.
- 222 Dr. Raushan Abdyldeyeva, soukromá korespondence, květen 2003.
- 223 Elvira Muratalieva, Open Society Institute, Kyrgyzstán, soukromá korespondence ze dne 9. dubna 2004.
- 224 Ibid.
- 225 Dr Larisa Savishcheva. Project "Prevention of HIV in Penitentiary Institutions in the Republic of Belarus." Příspěvek na International Harm Reduction Development Conference, Varšava, Polsko, 8. září 2003.
- 226 Číselné údaje převzaty ze zdroje: Nathalia Karzhaeva. Drug Using and Harm Reduction Programme in Belarus. Příspěvek na konferenci Effective Advocacy for Health in the NIS, Tbilisi, Gruzie, 18. září 2003.
- 227 Dr. Larisa Savishcheva, manažerka projektu v Bělorusku, soukromý rozhovor, září 2003.
- 228 L Savishcheva. Needle exchange in Belarussian prisons: A joint UNDP-UNAIDS pilot project. In *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison* 2003; 13: 8.
- 229 Ibid.
- 230 Dr, Larisa Savishcheva, manažerka projektu v Bělorusku, soukromá korespondence ze dne 30. září 2003.
- 231 Ibid.
- 232 Dr. Larisa Savishcheva, manažerka projektu v Bělorusku, soukromá korespondence ze dne 8. dubna 2004.
- 233 Savishcheva, supra, note 230.
- 234 Stöver & Nelles, supra, note 150.
- 235 W Headrick. Report on the Needle Exchange Program in Switzerland Prisons, 9 April 1999. Copy on file.
- 236 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 16.
- 237 Stöver & Nelles, supra, note 150 at 15.
- 238 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 5.
- 239 Cited in D Riley. Drug Use in Prisons. In: Correctional Service of Canada. *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*. Ottawa: CSC, 1994, at 156.
- 240 M Lachat. Account of a pilot project for HIV prevention in the Hindelbank Penitentiaries for Women – Press conference, 16 May 1994. Berne: Information and Public Relations Bureau of the Canton.
- 241 Stöver & Nelles, supra, note 150 at 15.
- 242 DeSantis, supra, note 135.
- 243 H Stutz, U Weibel. Obershöngrün Institution, 4 June 2003. Interview with Rick Lines.
- 244 Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, supra, note 156 at 11.
- 245 Ibid at 14.
- 246 Tato analýza je adaptována a rozšířena na základě analýzy podle Stöver & Nelles, supra, note 150 at 14.
- 247 Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN). *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*. Toronto: PASAN, June 1992.
- 248 CSC, *Final Report*, supra, note 18.
- 249 Jürgens, supra, note 47.
- 250 Task Force on HIV/AIDS and Injection Drug Use. *HIV, AIDS, and Injection Drug Use: A National Action Plan*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse and Canadian Public Health Association, 1997.
- 251 A Scott, R Lines. *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual/Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 1998.
- 252 Study Group on Needle Exchange Programs. *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*. Ottawa: Correctional Service of Canada, October 1999. Copy on file.
- 253 Lines, supra, note 18.
- 254 DiCenso et al, supra, note 69.
- 255 Canadian Human Rights Commission. Protecting Their Rights: A Systemic Review of Human Rights in Correctional Services for Federally Sentenced Women. Ottawa: Canadian Human Rights Commission, December 2003.
- 256 Special Committee on Non-Medical Use of Drugs. *Policy for the New Millennium: Working Together to Redefine Canada's Drug Strategy*. Ottawa: House of Commons, 2002. Doporučení 32 zprávy zní: „Výbor doporučuje, aby Kanadská vězeňská služba umožnila pachatelům přístup k intervencím harm reduction s cílem snížit incidenci krví přenášených onemocnění, a to způsobem odpovídajícím požadavkům režimu ostrahy daných zařízení.“ V důvodových zprávách strana the Canadian Alliance rozhodně odmítla myšlenku programu výměny jehel ve věznicích jako „přehnanou“ (at 171); the Bloc Québécois se k otázce nevyjádřil; a NDP uvedla, že „by kladla větší důraz na přijetí opatření k minimalizaci škod, např. programy výměny jehel, jako praktičtější

- řešení [reálné situace drog v našich věznicích]" (at 181).
- 257 House of Commons, Standing Committee on Health. *Strengthening the Canadian Strategy on HIV/AIDS*. Ottawa: House of Commons, 2003 (k dispozici na www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/HEAL/Studies/Reports/healrp03-e.htm).
- 258 CSC, *Final Report*, supra, note 18 at 78–79.
- 259 *Final Report of the Study Group*, supra, note 252, at 1–2.
- 260 Ibid.
- 261 Standing Committee on Health, supra, note 257, recommendation 4(d).
- 262 Special Committee on Non-Medical Use of Drugs, supra, note 256 at 106.
- 263 Government response to the Third Report of the Standing Committee on Health, *Strengthening the Canadian Strategy on HIV/AIDS*. K dispozici na stránkách www.parl.gc.ca/InfoCom/PubDocument.asp?FileID=65688&Language=E.
- 264 Lines, supra, note 18.
- 265 N Abdala, AA Gleghorn, JM Carney, R Heimer. Can HIV-1-contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001; 28(5): 487–494.
- 266 H Hagan, H Thiede. Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiology* 2003; 14(5): 628–629; author reply on 629.
- 267 CB McCoy, JE Rivers, HV McCoy et al. Compliance to bleach disinfection protocols among injecting drug users in Miami. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 773–776.
- 268 Viz RG Carlson, J Wang, HA Siegal, RS Falck. A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users. *AIDS Education and Prevention* 1998; 10(6): 523–532; McCoy et al, supra, note 267; AA Gleghorn, MC Doherty, D Vlahov, DD Celentano, TS Jones. Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 767–772.
- 269 KA Dolan, AD Wodak, WD Hall. A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998; 22(7): 838–840.
- 270 V injekční stříkačky sterilizované dezinfekčním prostředkem na bázi chlornanu sodného (Savo) pravděpodobně zůstávají stopy tohoto prostředku i po vypláchnutí vodou. Savo obsahuje volný chlór, který je znám svými oxidačními účinky, a laboratorní studie in vitro prokázaly, že nízké koncentrace oxidantu mohou vést jednak k zanícení tkáně, jednak k replikaci viru HIV-1. Proto, i když to není statisticky prokázáno, „mohou oxidační účinky reziduí dezinfekčního prostředku na bázi chlornanu sodného v injekčních stříkačkách sterilizovaných tímto prostředkem hypoteticky zvyšovat možnost nákazy přezívajícím virem HIV-1 obsaženým v kontaminované injekční stříkačce.“
- C Contoreggi, S Jones, P Simpson, WR Lange, WA Meyer. Effects of varying concentrations of bleach on in vitro HIV-1 replication and the relevance to injection drug use. *Intervirology* 2000; 43(1): 1–5.
- 271 F Kapadia, D Vlahov, DC Des Jarlais, SA Strathdee, L Ouellet, P Kerndt, EV Morse, I Williams, RS Garfein, S Richard, for the Second Collaborative Injection Drug User Study (CIDUS-II) Group. Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology* 2002; 13(6): 738–741. Viz též N Flynn, S Jain, EM Keddie, JR Carlson, MB Jennings, HW Haverkos, N Nassar, R Anderson, S Cohen, D Goldberg. In vitro activity of readily available household materials against HIV-1: is bleach enough? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 747–753.
- 272 UNAIDS, *Prisons and AIDS: UNAIDS Technical Update*, supra, note 77, at 6.
- 273 E Senay, A Uchtenhagen. Methadone in the treatment of opioid dependence: A review of world literature. In: J Westermeyer (ed). *Methadone Maintenance in the Management of Opioid Dependence*. New York: Prager, 1990.
- 274 G Bertschy. Methadone maintenance treatment: an update. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1995; 245(2): 114–124; M Rosenbaum, A Washburn, K Knight, M Kelley, J Irwin. Treatment as harm reduction, defunding as harm maximization: the case of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs* 1996; 28(3): 241–249.
- 275 DR Gibson, NM Flynn, JJ McCarthy. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999; 13(14): 1807–1818; DM Hartel, EE Schoenbaum. Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Reports* 1998; 113(Suppl 1): 107–115; KA Dolan, J Shearer, M MacDonald, RP Mattick, W Hall, AD Wodak. A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence* 2003; 72(1): 59–65.
- 276 A Byrne, K Dolan. Methadone treatment is widely accepted in prisons in New South Wales. *British Medical Journal* 1998; 316(7146): 1744–1745; D Goldberg, A Taylor, J McGregor, B Davis, J Wrench, L Gruer. A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? *International Journal of STD & AIDS* 1998; 9(1): 25–30.

- 277 K Dolan, Hall W, Wodak A: Methadone maintenance reduces injecting in prison. *British Medical Journal* 1996; 312(7039): 1162; Dolan et al, *supra*, note 275.
- 278 Ibid.
- 279 Commissioner's Directive 800-1. Methadone Treatment Guidelines (2 May 2002); Policy Bulletin 127, 2 May 2002. Viz obecně R Jürgens. HIV/AIDS in prisons: more new developments. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2002; 7(1): 15-17.
- 280 B Sibbald. Methadone maintenance expands inside federal prisons. *Canadian Medical Association Journal* 2002; 167(10): 1154.
- 281 Viz Lines, *supra*, note 18; N Whitting. New policy on methadone maintenance treatment in prisons established in Alberta. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2003; 8(3): 45-47.
- 282 Viz analýza výměny jehel ve španělských věznicích, výše.
- 283 *Final Report of the Study Group*, *supra*, note 252.
- 284 CSC, *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*, *supra*, note 18 at 94.
- 285 Dolan et al, *supra*, note 34.
- 286 Australian National Council on Drugs, *supra*, note 121.
- 287 Holtgrave et al, *supra*, note 120.
- 288 FN Laufer. Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001; 28(3): 273-278.
- 289 HB Krentz, MC Auld, MJ Gill. The changing direct costs of medical care for patients with HIV/AIDS, 1995-2001. *Canadian Medical Association Journal* 2003; 169(2): 106-110.
- 290 Soukromá korespondence s Heino Stöverem.

BIBLIOGRAFIE

Mezinárodněprávní dokumenty

- African Charter on Human and Peoples' Rights. OAU Doc CAB/LEG/67/3 rev 5, 21 ILM 58 (1982), adopted 27 June 1981, entered into force 21 October 1986. (Africká charta o lidských právech a právech národů, přijata 27. června 1981, vstoupila v platnost 21. října 1986)
- Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights. OAS Treaty Series No 69 (1988), signed 17 November 1988. (Dodatkový protokol Americké úmluvy o lidských právech v oblasti ekonomických, sociálních a kulturních práv, podepsán 17. listopadu 1988)
- American Convention on Human Rights. OAS Treaty Series No 36, 1144 UNTS 123, entered into force 18 July 1978. (Americká úmluva o lidských právech, vstoupila v účinnost 18. července 1978)
- Basic Principles for the Treatment of Prisoners. UN GA res 45/111, annex, 45 UN GAOR Supp (No 49A) at 200, UN Doc A/45/49 (1990). (Základní zásady zacházení s vězni)
- Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. UN GA res 43/173, annex, 43 UN GAOR Supp (No 49) at 298, UN Doc A/43/49 (1988). (Souhrn zásad na ochranu všech zadržovaných či vězněných osob)
- Declaration of Commitment – United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. UN GA Res/S-26/2, 27 June 2001. (Deklarace závazku – Zvláštní zasedání Valné hromady Organizace spojených národů k otázce HIV/AIDS)
- [European] Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. ETS 5, 213 UNTS 222, entered into force 3 September 1953, as amended by Protocols Nos 3, 5, and 8, which entered into force on 21 September 1970, 20 December 1971, and 1 January 1990 respectively. (Evropská konvence o ochraně lidských práv a základních svobod, vstoupila v účinnost 3. září 1953, novelizována protokoly č. 3, 5 a 8, které vstoupily v účinnost 21. září 1970, 20. prosince 1971, resp. 1. ledna 1990)
- European Social Charter. ETS 35, 529 UNTS 89, entered into force 26 February 1965. (Evropská sociální charta, vstoupila v účinnost 26. února 1965)
- International Covenant on Civil and Political Rights. UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16) at 52, UN Doc A/6316 (1966), 999 UNTS 171, entered into force 23 March 1976. (Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, vstoupil v účinnost 23. března 1976)
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16) at 49, UN Doc A/6316 (1966), 993 UNTS 3, entered into force 3 January 1976. (Mezinárodní úmluva o ekonomických, sociálních a kulturních právech, vstoupila v účinnost 3. ledna 1976)
- International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. UNCHR res 1997/33, UN Doc E/CN.4/1997/150 (1997). (Mezinárodní zásady problematiky HIV/AIDS a lidských práv)
- Recommendation No R (98)7 of the Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Adopted by the Committee of Ministers on 8 April 1998 at the 627th Meeting of the Ministers' Deputies. (Doporučení č. R (98) 7 Výboru ministrů k etickým a organizačním aspektům zdravotní péče ve věznicích)
- Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted 30 August 1955 by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. UN Doc A/CONF/611, annex I, ESC res 663C, 24 UN ESCOR Supp (No 1) at 11, UN Doc E/3048 (1957), amended ESC res 2076, 62 UN ESCOR Supp (No 1) at 35, UN Doc E/5988 (1977). (Minimální standardní zásady zacházení s vězni. Přijaty 30. srpna 1955 1. kongresem Organizace spojených národů o prevenci kriminality a zacházení s pachateli.)
- Universal Declaration of Human Rights. UN GA res 217A (III), UN Doc A/810 at 71 (1948). (Všeobecná deklarace lidských práv)
- Vienna Declaration and Programme of Action, adopted 25 June 1993. World Conference on Human Rights. UN GA Doc A/CONF/137/23. (Vídeňská deklarace a Akční program, přijata 25. června 1993. Světová konference o lidských právech.)
- WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons. Geneva: WHO, 1993. (Doporučené postupy WHO pro řešení infekce HIV a AIDS ve věznicích)

Knihy, články, zprávy, resumé apod.

- Abdala N, Gleghorn AA, Carney JM, Heimer R. Can HIV-1-contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001; 28(5): 487–494.
- Ball A et al. *Multi-centre Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection: a report prepared on behalf of the international collaborative group for the World Health Organization Programme on Substance Abuse*. Geneva: World Health Organization, 1995.
- Berger C, Uchtenhagen A. *Prevention of Infectious Diseases and Health Promotion in Penal Institutions: Summary of a final report for the Swiss Federal Office of Public Health*. Zurich: The Office, April 2001.
- Bertschy G. Methadone maintenance treatment: an update. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1995; 245(2): 114–124.
- Black S. Springhill Project Report. Ottawa: Correctional Service of Canada, 1999.
- Bobrik A. Health and Health-related Factors at the Penal System of Russia. January 2004 (unpublished).
- Bodrug N. A pilot project breaks down resistance. In *Harm Reduction News: Newsletter of the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute* 2002; 3(2).
- Buavirat A et al. Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study. *British Medical Journal* 2003; 326(7384): 308.
- Burattini M et al. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34(5): 431–436.
- Bureau of Justice Statistics Bulletin. *HIV in Prisons, 2001*. Washington: US Department of Justice, Office of Justice Programs, January 2004 (NCJ 202293).
- Byrne A, Dolan K. Methadone treatment is widely accepted in prisons in New South Wales. *British Medical Journal* 1998; 316(7146): 1744–1745.
- Calzavara LM, Burchell AN, Schlossberg J, Myers T, Escobar M, Wallace E, Major C, Strike C, Millson M. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction* 2003; 98(9): 1257–1265.
- Canada, House of Commons, Special Committee on Non-Medical Use of Drugs. *Policy for the New Millennium: Working Together to Redefine Canada's Drug Strategy*. Ottawa: House of Commons, 2002.
- Canada, House of Commons, Standing Committee on Health. *Strengthening the Canadian Strategy on HIV/AIDS*. Ottawa: House of Commons, 2003 (available at www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/HEAL/Studies/Reports/healrp03-e.htm).
- Canadian Human Rights Commission. *Protecting Their Rights: A Systemic Review of Human Rights in Correctional Services for Federally Sentenced Women*. Ottawa: Canadian Human Rights Commission, December 2003.
- Carlson RG, Wang J, Siegal HA, Falck RS. A preliminary evaluation of a modified needlecleaning intervention using bleach among injection drug users. *AIDS Education and Prevention* 1998; 10(6): 523–532.
- Central and Eastern Europe Harm Reduction Network. *Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Vilnius: The Network, July 2002.
- Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, and Correctional Service of Canada. *Infectious Disease Prevention and Control in Canadian Federal Penitentiaries 2000–01*. Ottawa: CSC, 2003.
- Contoreggi C, Jones S, Simpson P, Lange WR, Meyer WA. Effects of varying concentrations of bleach on in vitro HIV-1 replication and the relevance to injection drug use. *Intervirology* 2000; 43(1): 1–5.
- Correctional Service of Canada. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report of the Expert Committee on AIDS and Prisons*. Ottawa: CSC, 1994.
- Correctional Service of Canada. *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*. Ottawa: CSC, 1994.
- Correctional Service of Canada. *1995 National Inmate Survey: Final Report*. Ottawa: The Service (Correctional Research and Development), 1996, No SR-02.
- Correctional Service of Canada, Study Group on Needle Exchange Programs. *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*. Ottawa: Correctional Service of Canada, October 1999.
- Correctional Service of Canada, Commissioner's Directive 800-1. *Methadone Treatment Guidelines* (2 May 2002); *Policy Bulletin* 127, 2 May 2002.
- Corrections and Conditional Release Act, SC 1992, c 20; SOR/92–620.
- Dapkus L. Prison's rate of HIV frightens a nation. Associated Press 29 September 2002.

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio Del Interior. *Plan Nacional Sobre Drogas: Memoria 2000*. Madrid: Ministerio Del Interior, 2001; 54.
- DiCenso A et al. *Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2003.
- Dolan K. *The Epidemiology of Hepatitis C Infection in Prison Populations*. University of New South Wales: National Drug and Alcohol Research Centre, 1999.
- Dolan K, Hall W, Wodak A, Gaughwin M. Evidence of HIV transmission in an Australian prison. *Medical Journal of Australia* 1994; 160(11): 734.
- Dolan K et al. A network of HIV infections among Australian inmates. In: XI International Conference on AIDS, Vancouver, 7-11 July 1996, Abstract We.D.3655.
- Dolan K, Hall W, Wodak A. Methadone maintenance reduces injecting in prison. *British Medical Journal* 1996; 312(7039): 1162.
- Dolan KA, Wodak AD, Hall WD. A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998; 22(7): 838-840.
- Dolan K et al. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003; 98: 153-158.
- Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD. A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence* 2003; 72(1): 59-65.
- Dufour A et al. HIV prevalence among inmates of a provincial prison in Quebec City. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 1995; 6(Suppl B): 31B.
- Elliott R. Prisoners' Constitutional Right to Sterile Needles and Bleach. Appendix 2 in Jürgens, R. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, 1996.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
- Flynn N, Jain S, Keddle EM, Carlson JR, Jennings MB, Haverkos HW, Nassar N, Anderson R, Cohen S, Goldberg D. In vitro activity of readily available household materials against HIV-1: is bleach enough? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 747-753.
- Ford P, White C, Kaufmann H et al. Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 153: 1605-1609.
- Ford PM et al. HIV and hep C seroprevalence and associated risk behaviours in a Canadian prison. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1999; 4(2/3): 52-54.
- Ford PM, Pearson M, Sankar-Mistry P, Stevenson T, Bell D, Austin J. HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *QJM* 2000; 93(2): 113-119.
- Gibson DR, Flynn NM, McCarthy JJ. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behaviour and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999; 13(14): 1807-1818.
- Gleghorn AA, Doherty MC, Vlahov D, Celentano DD, Jones TS. Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 767-772.
- Gore SM, Bird AG, Ross AJ. Prison rights: mandatory drugs tests and performance indicators for prisons. *British Medical Journal* 1996; 312(7043): 1411-1413.
- Goldberg D, Taylor A, McGregor J, Davis B, Wrench J, Gruer L: A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? *International Journal of STD & AIDS* 1998; 9(1): 25-30.
- Grupo De Trabajo Sobre Programas De Intercambio De Jeringuillas En Prisiones (Abril 2000). *Elementos Clave para la Implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas en Prisión*. Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA/Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Hagan H, Thiede H. Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiology* 2003; 14(5): 628-629; author reply on 629.
- Hammett TM. *AIDS in Correctional Facilities: Issues and Options*. 3rd ed. Washington, DC: US Department of Justice, 1988.
- Hammett TM, Harmon MP, Rhodes W. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *American Journal of Public Health* 2002; 92: 1789-1794.
- Hankins C et al. HIV-1 infection in a medium security prison for women - Quebec. *Canada Diseases Weekly Report* 1989; 15(33): 168-170.
- Hankins CA, Gendron S, Handley MA, Richard C, Tung MT, O'Shaughnessy M. HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using

- a nonnominal methodology. *American Journal of Public Health* 1994; 84(10): 1637–1640.
- Hankins C et al. Prior risk factors for HIV infection and current risk behaviours among incarcerated men and women in medium-security correctional institutions – Montreal. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 1995; 6(Suppl B): 31B.
- Harding T. AIDS in prison. *Lancet* 1987; 2: 1260–1263.
- Harding T, Schaller G. *HIV/AIDS and Prisons: Updating and Policy Review. A survey covering 55 prison systems in 31 countries*. Geneva: WHO Global Programme on AIDS, 1992.
- Harding G, Schaller G. HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners? In: J Mann, D Tarantola, T Netter (eds). *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992; 761–769.
- Hartel DM, Schoenbaum EE. Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Reports* 1998; 113(Suppl 1): 107–115.
- Heilpern H, Egger S. *AIDS in Australian Prisons – Issues and Policy Options*. Canberra: Department of Community Services and Health, 1989.
- Holtgrave DR, Pinkerton SD, Jones TS, Lurie P, Vlahov D. Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 1998; 18(Suppl 1): S133–138.
- Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet* 1997; 349(9068): 1797–1800.
- International Council of Prison Medical Services. Oath of Athens for Prison Health Professionals. Adopted 10 September 1979, Athens.
- International Harm Reduction Development. *Drugs, AIDS, and Harm Reduction: How to Slow the HIV Epidemic in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. New York: Open Society Institute, 2001.
- Jacobs P, Calder P, Taylor M, Houston S, Saunders LD, Albert T. Cost effectiveness of Streetworks' needle exchange program of Edmonton. *Canadian Journal of Public Health* 1999; 90(3): 168–171.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Prisons and AIDS: UNAIDS Point of View*. Geneva: UNAIDS Information Centre, April 1997.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Prisons and AIDS: UNAIDS Technical Update*. Geneva: UNAIDS, April 1997.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fifty-second session, April 1996.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). *AIDS Epidemic Update: December 2002*. Geneva: UNAIDS/WHO, 2002.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Germany: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Republic of Moldova: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Spain: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). Switzerland: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS, 2002.
- Jose B, Friedman SR, Neaigus A, Curtis R, Grund JP, Goldstein MF, Ward TP, Des Jarlais DC. Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS* 1993; 7(12): 1653–1660, erratum in *AIDS* 1994; 8(1): following 4.
- Jürgens R. HIV prevention taken seriously: provision of syringes in a Swiss prison. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1994; 1(1): 1–3.
- Jürgens R. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, 1996.
- Jürgens R. HIV/AIDS in prisons: more new developments. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2002; 7(1): 15–17.
- Jürgens R. HIV/AIDS in prisons: recent developments. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2002; 7(2/3): 13–20.
- Jürgens R, Bijl MB. Risk behaviours in penal institutions. In: P Bollini, ed. *HIV in Prison. A Manual for the Newly Independent States*. MSF, WHO, and Prison Reform International, 2002.
- Kapadia F, Vlahov D, Des Jarlais DC, Strathdee SA, Ouellet L, Kerndt P, Morse EV, Williams I, Garfein RS,

- Richard S, for the Second Collaborative Injection Drug User Study (CIDUS-II) Group. Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology* 2002; 13(6): 738–741.
- Keppeler R, Nolte F, Stöver H. Transmission of infectious diseases in prisons – results of a study for women in Vechta, Lower Saxony, Germany. *Sucht* 1996; 42: 98–107.
- Krentz HB, Auld MC, Gill MJ. The changing direct costs of medical care for patients with HIV/AIDS, 1995–2001. *Canadian Medical Association Journal* 2003; 169(2): 106–110.
- Landry S et al. Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 2004; 15(Suppl A): 50A (abstract 306).
- Laufer FN. Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001; 28(3): 273–278.
- Leary V. The right to health in international human rights law. *Health and Human Rights* 1994; 1(1): 24–56.
- Lines R. *Action on HIV/AIDS in Prisons: Too Little, Too Late – A Report Card*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2002.
- Lines R. *Pros & Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV/AIDS Programs for Prisoners*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2002.
- 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.
- Magis-Rodriguez C et al. *Injecting drug use and HIV/AIDS in two jails of the North border of Mexico*. Abstract for the XIII International AIDS Conference, 2000.
- Malkin I. The Role of the Law of Negligence in Preventing Prisoners' Exposure to HIV While in Custody. Appendix 2 in Jürgens, R. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, 1996.
- Marcus U. HIV/AIDS und Drogenkonsum in Deutschland – Epidemiologische Entwicklungen und Erklärungen. In: J Klee, H Stöver, eds. *AIDS und Drogen – Ein Beratungsführer*. 3rd ed, 2003 (in press).
- McCoy CB, Rivers JE, McCoy HV et al. Compliance to bleach disinfection protocols among injecting drug users in Miami. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1994; 7(7): 773–776.
- Menoyo C, Zulaica D, Parras F. Needle exchange programs in prisons in Spain. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2000; 5(4): 20–21.
- Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo. *Needle Exchange in Prison: Framework Program*. Madrid: Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, October 2002.
- Muller R, Stark K, Guggenmoos-Holzmann I, Wirth D, Bienzele U. Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. *AIDS* 1995; 9(2): 183–190.
- Needle RH, Coyle S, Cesari H, Trotter R, Clatts M, Koester S, Price L, McLellan E, Finlinson A, Bluthenthal RN, Pierce T, Johnson J, Jones TS, Williams M. HIV risk behaviors associated with the injection process: multiperson use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks. *Substance Use & Misuse* 1998; 33(12): 2403–2423.
- Nelles J. The contradictory position of HIV prevention in prison: Swiss experiences. *International Journal of Drug Policy* 1997; 1: 2–4.
- Nelles J, Harding T. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* 1995; 346: 1507.
- Nelles J, Dobler-Mikola A, Kaufmann B. Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün. In: J Nelles, A Fuhrer, eds. *Harm Reduction in Prison*. Berne: Peter Lang, 1997; 239–262.
- Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP, Harding TW. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *British Medical Journal* 1998; 317: 270–273.
- Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP, Harding TW. How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners? *Drug and Alcohol Review* 1999; 18: 133–138.
- Nelles J, Fuhrer A, Vincenz I. *Prevention of drug use and infectious diseases in the Realta Cantonal Men's Prison: Summary of the evaluation*. Berne: University Psychiatric Services, 1999.
- Osti NM et al. Human immunodeficiency virus seroprevalence among inmates of the penitentiary complex of the region of Campinas, state of São Paulo, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 1999; 94(4): 479–483.
- Pal B, Acharya A, Satyanarayana K. Seroprevalence of HIV infection among jail inmates in Orissa. *Indian Journal of Medical Research* 1999; 109: 199–201.

- Pearson M, Mistry PS, Ford PM. Voluntary screening for hepatitis C in a Canadian federal penitentiary for men. *Canada Communicable Disease Report* 1995; 21: 134–136.
- Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN). *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*. Toronto: PASAN, June 1992.
- Raufu A. Nigerian prison authorities free HIV positive inmates. *AIDS Analysis Africa* 2001; 12(1): 15.
- Riley D. Drug Use in Prisons. In: Correctional Service of Canada. *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*. Ottawa: CSC, 1994.
- Rosenbaum M, Washburn A, Knight K, Kelley M, Irwin J. Treatment as harm reduction, defunding as harm maximization: the case of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs* 1996; 28(3): 241–249.
- Roth DA, Mathias RG, Schechter MT. Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal* 1994; 151(6): 781–787.
- Sánchez Iglesias AL. Instruction 101/2002 on Criteria of Action in Connection with the Implementation in a Number of Prisons of the Needle Exchange Program (NEP) for Injecting Drug Users (IDUs). Madrid: Directorate General of Prisons, 23 August 2002.
- Sanz Sanz J, Hernando Briongos P, López Blanco JA. Syringe-exchange programmes in Spanish prisons. In: Connections: *The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison* 2003; 13: 9–12.
- Savischeva L. Needle exchange in Belarussian prisons: A joint UNDP-UNAIDS pilot project. In: Connections: *The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison*, 2003; 13: 8.
- Schonteich M. *Latvia: Exploring alternatives to pre-trial detention*. Open Society Justice initiative, 2003. Available at www.justiceinitiative.org/publications/justiceinitiatives/2003/schoenteich0603.
- Scott A, Lines R. *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual/Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 1998.
- Senay E, Uchtenhagen A. Methadone in the treatment of opioid dependence: A review of world literature. In: J Westermeyer, ed. *Methadone Maintenance in the Management of Opioid Dependence*. New York: Prager, 1990.
- Shapshak P, Fujimura RK, Page JB, Segal D, Rivers JE, Yang J, Shah SM, Graham G, Metsch L, Weatherby N, Chitwood DD, McCoy CB. HIV-1 RNA load in needles/syringes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Drug and Alcohol Dependency* 2000; 58(1–2): 153–157.
- Shah SM, Shapshak P, Rivers JE, Stewart RV, Weatherby NL, Xin KQ, Page JB, Chitwood DD, Mash DC, Vlahov D, McCoy CB. Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 1996; 11(3): 301–306.
- Shaw S. Prisoners' Rights. In: P Seighart, ed. *Human Rights in the United Kingdom*. London: Pinter Publishers, 1988, at 42.
- Simon R, Hoch E, Hüllinghorst R, Nöcker G, David-Spickermann M. *Report on the Drug Situation in Germany 2001*. German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001, at 145, with reference.
- Sibbald B. Methadone maintenance expands inside federal prisons. *Canadian Medical Association Journal* 2002; 167(10): 1154.
- Spanish Focal Point. *National Report 2001 for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Madrid: Government Delegation for the National Plan on Drugs, October 2001.
- Stöver H. Evaluation of needle exchange pilot projects show positive results. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 2000; 5(2/3): 60–64.
- Stöver H. *Drugs and HIV/AIDS Services in European Prisons*. Oldenburg, Germany: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2002, at 127–128.
- Stöver H, Nelles J. Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 2003; 14(5/6) (in press).
- Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2004; 37(5): 771–776.
- Subata E. Accepting maintenance treatment. *Harm Reduction News: Newsletter of the International Harm Reduction Development Programme of the Open Society Institute* 2003; 4(2): 6.
- Swiss Federal Office of Public Health. *Swiss Drugs Policy*. Berne: The Office, September 2000.
- Swiss Federal Office of Public Health. *Swiss Drugs Policy: Harm Reduction Fact Sheet*. Berne: The Office, September 2000.

- Task Force on HIV/AIDS and Injection Drug Use. *HIV, AIDS, and Injection Drug Use: A National Action Plan*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse and Canadian Public Health Association, 1997.
- Taylor A et al. Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison. *British Medical Journal* 1995; 310: 289-292.
- US National Commission on AIDS. *Report: HIV Disease in Correctional Facilities*. Washington, DC: The Commission, 1991.
- Whitling N. New policy on methadone maintenance treatment in prisons established in Alberta. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2003; 8(3): 45-47.

0 AUTORECH

Rick Lines je výkonný ředitel organizace Irish Penal Reform Trust v Dublinu. V oblasti HIV/AIDS a harm reduction ve věznicích pracuje od roku 1993 pro několik organizací, mimo jiné Canadian HIV/AIDS Legal Network.

Kontaktní adresa: rlines@iprt.ie.

Ralf Jürgens je výkonný ředitel organizace Canadian HIV/AIDS Legal Network v Montrealu. V letech 1992 až 1994 byl koordinátorem Expertní komise pro otázky AIDS a věznic Kanadské vězeňské služby (Expert Committee on AIDS and Prisons of Correctional Service Canada).

Kontaktní adresa: ralfj@aidslaw.ca.

Glenn Betteridge pracuje jako Senior Policy Analyst v organizaci Canadian HIV/AIDS Legal Network. Dříve pracoval jako právník u HIV/AIDS Legal Clinic of Ontario.

Kontaktní adresa: gbetteridge@aidslaw.ca.

Heino Stöver, PhD je sociolog a pracuje v Brémenském institutu pro výzkum drog v Německu.

Kontaktní adresa:

heino.stoever@uni-bremen.de.

Dr. Dumitru Laticevschi působí v moldavské nevládní organizaci Zdravotní reforma ve věznicích (Health Reform in Prisons) od roku 1999 a podílel se na realizaci dvou projektů výměny jehel v moldavských věznicích.

Kontaktní adresa: dlaticevschi@ucimp.mdl.net.

Dr. Joachim Nelles inicioval první vědecky hodnocený program výměny injekčních stříkaček ve věznici Hindelbank ve švýcarském kantonu Bern a od té doby vedl vědecká hodnocení programů výměny jehel v různých švýcarských věznicích.

Kontaktní adresa: joachim.nelles@solnet.ch.

Seznam fotografií uveřejněných v anglickém originálu

Výdejní automat na injekční stříkačky, věznice Saxerriet, Švýcarsko

Po vložení použité injekční stříkačky automat vydá novou, věznice Saxerriet, Švýcarsko

Jakákoli injekční stříkačka/jehla nalezená mimo svou schránku je považována za nelegální, věznice Hindelbank, Švýcarsko
(Foto: Peter Dimakos)

Výdejní automat na injekční stříkačky, věznice Lichtenberg, Berlín

Balíček prostředků pro minimalizaci škod (harm reduction kit), věznice Lichtenberg, Berlín
(Foto: Peter Dimakos)

Balíček prostředků pro minimalizaci škod (harm reduction kit), věznice Soto de Real, Madrid
(Foto: Peter Dimakos)

Informace o minimalizaci škod a prevenci HIV, věznice VZ18, Branesti, Moldávie
(Foto: Elena Vovc)

Programy výměny jehel se osvědčily v zařízeních kasárenského typu, jako např. v moldavské věznici VZ18 v Branesti, Moldávie
(Foto: Elena Vovc)

České vydání neobsahuje fotografie. Čtenáři si je mohou prohlédnout v anglickém originálu, publikovaném na stránkách www.aidslaw.ca pod titulem Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience.
(<http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/pnep/toc.htm>)

Rick Lines, Ralf Jürgens, Glenn Betteridge,
Heino Stöver, Dumitru Laticeschi,
Joachim Nelles

Výměna jehel ve věznicích

Poznátky z komplexního přehledu
mezinárodních údajů a zkušeností

© Vydal/ Úřad vlády České republiky, 2006

1. vydání

Redakčně uzavřeno 30. 11. 2005

Design Missing-Element

Sazba Vladimír Vašek

ISBN 80-86734-79-X

VÝMĚNA JEHEL VE VĚZNICÍCH POZNATKY Z KOMPLEXNÍHO PŘEHLEDU MEZINÁRODNÍCH ÚDAJŮ A ZKUŠENOSTÍ

■ Publikace se zabývá otázkou výměnných programů injekčních jehel a stříkaček ve věznicích, a to na základě mezinárodních zkušeností a údajů aktuálních ke dni 31. března 2001. Údaje pak byly shromažďovány po dobu osmnácti měsíců od začátku října 2002. Autoři prostudovali odbornou literaturu, navštívili věznice ve čtyřech zemích a vedli korespondenci s lidmi, kteří za realizaci výměnných programů ve věznicích zodpovídají. Zpráva podává komplexní přehled o faktickém a právním základě programů výměny jehel ve věznicích. Cílem této zprávy je pobídnout vězeňské systémy, které se potýkají s výskytem epidemií HIV a virových hepatitid (zejména VHC) v souvislosti s injekčním užíváním drog, k zavedení programů výměny injekčních jehel a stříkaček.

■ Publikaci čtenářům předkládá Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích najdete na webové stránce www.drogy-info.cz v sekci Publikace. Distribuci zajišťuje vydavatel.

ISBN 80-86734-79-X



neprodejné