

ОЦІНКА НАЯВНОСТІ, ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ ПОСЛУГ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ І ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА СНІДУ В ЗАКЛАДАХ ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ СИСТЕМИ

(за результатами експертного опитування)

Київ 2012

Авторський колектив:

О. М. Балакірева, к. соціол. н.,

Т. В. Бондар, к. соціол. н.,

Ю.В. Середа, к. соціол. н.

Проведення цього дослідження стало можливим завдяки щедрій підтримці американського народу через Агентство США з Міжнародного розвитку (USAID). Ці матеріали відображають точку зору їх авторів та не обов'язково відображають точку зору USAID та Уряду США.



Державна пенітенціарна
служба України



ДУ «Український центр профілактики та
боротьби зі СНІДом МОЗ України»

© ГО «Український інститут соціальних досліджень імені
Олександра Яременка», 2012

© Управління ООН з наркотиків та злочинності (UNODC)
в Україні, 2012

ЗМІСТ

Подяки.....	4
ВСТУП.....	5
1. Методологія дослідження.....	7
2. Особливості впровадження ВІЛ-профілактичних програм у системі пенітенціарних закладів.....	9
2.1. Актуальність напрямку.....	9
2.2. Особливості нормативно-правового регулювання.....	10
2.3. Підготовка персоналу колоній і СІЗО з питань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією.....	13
2.4. Партнерство та адвокація.....	16
2.5. Бар'єри щодо впровадження програм.....	19
3. Профілактика ВІЛ і лікування серед ув'язнених у колоніях та СІЗО.....	23
3.1. Обізнаність співробітників пенітенціарних установ щодо наявних ризиків стосовно ВІЛ серед ув'язнених.....	23
3.2. Доступність профілактичних програм.....	25
3.2.1. Базовий пакет послуг.....	25
3.2.2. Доступність послуг для ВІЛ-позитивних ув'язнених і ставлення до них з боку співробітників пенітенціарних установ та інших ув'язнених.....	32
3.2.3. Доступність специфічних послуг з профілактики та лікування ВІЛ для жінок.....	36
3.2.4. Робота щодо інформування і переадресації осіб, які готуються до виходу із колоній, щодо послуг з профілактики та лікування, які надаються в регіонах, куди відбувають звільнені.....	37
3.3. Оцінка ефективності послуг з профілактики та очікування для ув'язнених.....	38
ВИСНОВКИ.....	39
РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	41
Додаток 1. Характеристика опитаних експертів.....	43

ПОДЯКИ

Даний звіт презентує результати моніторингу наявності, доступності та якості послуг з попередження та лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу в закладах пенітенціарної системи, реалізований УІСД імені О. Яременка шляхом вивчення експертної думки. Дослідження здійснено в рамках проекту «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» за технічної підтримки Управління ООН з наркотиків та злочинності (UNODC) та Агентства США з Міжнародного розвитку (USAID). Партнерами проекту є Державна пенітенціарна служба України та Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України.

Дослідницька група УІСД імені О. Яременка перш за все висловлює щирі подяку медичним та соціальним працівникам виправних колоній, представникам регіональних управлінь ДПтСУ, слідчих ізоляторів, громадських та релігійних організацій, які дали згоду виступити в якості експертів даного дослідження та надали повні та компетентні відповіді на всі поставлені запитання під час інтерв'ю.

З вдячністю відзначаємо професійність та ретельність роботи інтерв'юерів, які проводили глибокі інтерв'ю з експертами: Олена Плакунова (АР Крим), Лариса Рогова (Донецьк), Ольга Єлесіна (Миколаїв), Олександр Свеженцев та Ігор Шелкошвеев (Харків та Полтава), Елеонора Герасименко (Черкаси), Світлана Серенко (Одеса), Наталя Цивінська (Житомир), Руслан Панасенко (Луганськ), Іванна Задорожня (Львів), Ольга Габінат (Тернопіль), Катерина Овчар (Чернігів).

Наша подяка партнерам проекту – відповідальним особам від Державної пенітенціарної служби України Анатолію Криворуку (начальнику відділу організації лікувально-профілактичної роботи) та Зурабу Малазонії (канд.мед.наук, заступнику начальника управління – начальнику відділу медичного забезпечення та контролю за лікарськими засобами) – за допомогу в організації дослідження та рекрутинг експертів.

Насамкінець дякуємо всім співробітникам УІСД імені О. Яременка (Євгенія Криворучко, Юлія Арабська) та студентам-практикантам соціологічного факультету КНУ імені О.Шевченка (Олександр Соцький), які долучились до цього дослідження під час проведення польового етапу та первинної обробки отриманих даних.

ВСТУП

Важливість здійснення інтервенцій щодо профілактики ВІЛ у місцях позбавлення волі була визнана ще на початку 1990-х, коли Всесвітня організація охорони здоров'я випустила посібники з профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу у в'язницях, таким чином реагуючи на зростання кількості ВІЛ-інфікованих у таких установах по всьому світу. У них підкреслювалося, що «всі ув'язнені мають право на отримання медичної допомоги, включаючи профілактичні заходи, еквівалентні тим, які доступні в суспільстві, без будь-якої дискримінації»¹. Дослідження, проведені в різних країнах, свідчать, що питома вага ВІЛ-інфікованих та темпи поширення епідемії в місцях позбавлення волі є вищими, ніж у загальній популяції, що дозволяє розглядати ув'язнених як групу ризику. Так, перші епідеміологічні дослідження серед ув'язнених в Україні, проведені на початку 2000-х виявили, що в окремих колоніях питома вага ВІЛ-позитивних ув'язнених досягала третини. Варто зазначити, що серед ув'язнених значною є група споживачів ін'єкційних наркотиків, а поширеність випадків ВІЛ-інфекції в цій групі ризику є найвищою в Україні². Хоча в пенітенціарних установах гомосексуальні зв'язки засуджуються, а вживати наркотики та зберігати шприци й інструменти для татуювання заборонено, моніторингові поведінкові дослідження фіксують наявність практик використання нестерильного інструментарію та гомосексуальних статевих контактів без використання презервативів; поширені випадки небезпечних щодо ВІЛ-інфікування статевих контактів зі шлюбними партнерами³.

За останні десять років обсяги інтервенцій щодо ВІЛ серед ув'язнених значно збільшилися, зокрема за підтримки міжнародних донорів. Особи, які утримуються в установах виконання покарань, визнані як цільова група в Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. Програма передбачає виділення бюджетних коштів на створення інфекційних відділень для лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в установах виконання покарань, забезпечення проведення лабораторного супроводу антиретровірусної терапії, замісної підтримувальної терапії⁴, профілактики, діагностики та лікування опортуністичних інфекцій ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, які перебувають в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах. Поступово збільшується кількість проектів зі зменшення шкоди, які реалізуються громадськими і благодійними організаціями, здебільшого за фінансової підтримки Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Протягом першого півріччя 2010 р. територіальні підрозділи кримінально-виконавчої інспекції співпрацювали з 319 громадськими та 255 релігійними організаціями у сфері надання допомоги нарко- та алкозалежним, ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД ув'язненим, а також навчанні працівників установ виконання покарань з питань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією.

У якій мірі є ефективною робота щодо профілактики ВІЛ серед ув'язнених, розкривають національні моніторингові дослідження наявності, доступності та якості послуг з попередження та лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу в закладах пенітенціарної системи, які здійснюються з 2004 р. та є важливою складовою контролю за епідеміологічною ситуацією в Україні. Моніторинг 2011/2012 рр., проведений ГО «Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка» на замовлення Управління ООН з наркотиків та злочинності (UNODC) за підтримки Агентства США з Міжнародного розвитку (USAID), уперше був реалізований як комплексна оцінка протидії епідемії в пенітенціарних установах і крім біоповедінкового компонента включав проведення кабінетного дослідження й експертного опитування. Цей звіт демонструє результати опитування експертів із числа надавачів послуг, осіб, що при-

1 За даними МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», понад третину ув'язнених (35%) мали досвід споживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Див.: Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами зв'язаного дослідження. – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010 р. – К., – С. 40.

2 Там само. – 64 с.

3 Хоча впровадження замісної підтримувальної терапії в установах виконання покарань визначено в Загальнодержавній програмі, це суперечить низці інших нормативно-правових документів, які забороняють споживання наркотичних речовин в таких установах. На час написання звіту така програма не впроваджується ні в колоніях, ні в СІЗО.

4 ВІЛ/СНІД та права людини у пенітенціарній системі: посіб. / Зінченко С. [та ін.]. – К.: ПРООН, 2011.

ймають рішення, зацікавлених сторін та має на меті визначення рівня доступності, безпеки, зручності й ефективності отримання послуг як з точки зору експертів у цілому, так і окремих категорій спеціалістів. У звіті акцентується увага на оцінках експертів щодо рівня підготовки спеціалістів у сфері профілактики ВІЛ, успішності адвокації та партнерства, доступності тих чи інших профілактичних послуг, поширеності ризиків інфікування ВІЛ безпосередньо в СІЗО та колоніях, а також визначенні ключових бар'єрів щодо провадження ефективної політики та заходів з профілактики ВІЛ у системі пенітенціарних закладів.

1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основною метою експертного дослідження було визначення наявності, доступності та якості послуг з попередження та лікування ВІЛ-інфекції і СНІДу в закладах пенітенціарної системи, зокрема передбачалося вирішення таких завдань:

- здійснити аналіз експертної думки щодо бар'єрів (структурних, культурних, економічних) для провадження ефективної політики та заходів з профілактики ВІЛ в пенітенціарних установах, у тому числі слідчих ізоляторах;
- проаналізувати наявність специфічних видів послуг для жінок з лікування СНІДу та профілактики поширення ВІЛ-інфекції;
- вивчити спектр наявних послуг з добровільного тестування на ВІЛ, лікування наркотичної залежності, з підвищення обізнаності щодо ВІЛ, програм безкоштовного розповсюдження презервативів, діагностики та лікування гепатитів В та С, діагностики і лікування туберкульозу та ІПСШ;
- в'яснити наявність профілактичних програм для осіб, які перебувають у слідчих ізоляторах, та системи інформування/переадресації осіб, які готуються до виходу із колоній щодо послуг з профілактики та лікування, які надаються в регіонах, куди відбувають звільнені;
- здійснити аналіз доступності (порога доступності: високий/низький), безпеки, зручності та ефективності отримання послуг.

Цільова група експертів включала працівників управлінь Державної пенітенціарної служби України в областях, працівників медичних та соціально-психологічних служб колоній і СІЗО, а також працівників громадських організацій, що здійснюють профілактичну роботу у сфері ВІЛ/СНІДУ серед ув'язнених.

Опитування здійснювалося шляхом глибинних інтерв'ю («віч-на-віч») з експертами, які проводили інтерв'юери ГО «Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка». Усі інтерв'юери пройшли тренінги в регіонах опитування щодо збору даних під час польового етапу дослідження.

Запланована вибірка сукупність передбачала опитування 36 експертів. У кожній області необхідно було опитати представників трьох категорій:

- медичного працівника колонії або слідчого ізолятора чи камер попереднього утримування засуджених;
- працівника соціально-психологічної служби колонії, слідчого ізолятора або камер попереднього утримування засуджених чи соціального працівника / психолога громадської організації, яка працює з ув'язненими.
- представника обласного управління Державної пенітенціарної служби України (ДПтС України), який працює з ув'язненими та має відповідні знання і здійснює певні функції у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу.

Польовий етап експертного опитування проведено з 17 грудня 2011 р. по 19 січня 2012 р. Реалізована вибірка сукупність – 42 експерти з 12 регіонів країни, зокрема АР Крим, Донецької, Житомирської, Луганської, Львівської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Тернопільської, Харківської, Черкаської та Чернігівської областей. Усього було опитано 10 представників обласних управлінь ДПтС України, 10 представників громадських і релігійних організацій, 4 працівники СІЗО та 18 працівників колоній. Із загалу опитаних експертів у питаннях колоній були компетентні 38 осіб, у питаннях СІЗО – 20 осіб. Більш детальна інформація щодо посад, місць роботи та розподілу експертів за віком і статтю наведена

у додатку 1.

Інструментарій дослідження включав два типи сценаріїв інтерв'ю: для представників обласних управлінь ДПтС України та всіх інших експертів. Перший сценарій містив більш детальні запитання щодо нормативно-правового регулювання профілактики ВІЛ у пенітенціарних установах, участі в роботі координаційних структур з питань боротьби з епідемією в області та партнерства; другий сценарій глибше розкривав питання доступності та ефективності тих чи інших профілактичних послуг у конкретних колоніях/СІЗО.

2. Особливості впровадження ВІЛ-профілактичних програм у системі пенітенціарних закладів

2.1. Актуальність напрямку

Усі опитані експерти вважають впровадження ВІЛ-профілактичних програм у системі пенітенціарних закладів актуальним, фокусуючи увагу на високій частці представників груп ризику серед ув'язнених та росту зацікавленості до профілактичних заходів серед самих ув'язнених завдяки активній роботі громадських організацій.

«Проблема дуже актуальна. Я думаю, що не помилюся, якщо скажу, що більше половини засуджених – це ін'єкційні наркомани, які цим займалися на волі» (лікар-психіатр колонії, АР Крим).

«Ув'язнені (...) дуже жваво стали цікавитися своїм здоров'ям і профілактикою, лікуванням захворювання» (представник обласного управління ДПтС України, м. Черкаси).

Поширеність практик ризикової поведінки серед ув'язнених як підставу для актуальності ВІЛ-профілактики в пенітенціарних установах радше називають представники громадських організацій та працівники колоній і СІЗО, в той час як представники обласних управлінь ДПтС України більше наголошують на актуальності догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та формуванні мотивації до безпечної щодо ВІЛ поведінки після завершення терміну ув'язнення.

«Серед ув'язнених існує систематичне вживання ін'єкційних наркотиків. Але, на жаль, сам департамент [пенітенціарна служба] заперечує проблему вживання наркотиків у місцях позбавлення волі» (представник громадської організації, м. Полтава).

«У в'язниці люди вже приходять з позитивними аналізами. Як такого поширення в тюрмах немає, але тут основне завдання підтримати їх і дати їм можливість нормально жити й існувати на рівні з усіма» (представник обласного управління ДПтС України, м. Чернігів).

Більшість експертів позитивно оцінюють ситуацію у сфері профілактики ВІЛ серед ув'язнених та погоджуються, що профілактика ВІЛ у пенітенціарних установах стала звичною справою. Регулярні профілактичні втручання в колоніях і СІЗО контролюються Державною пенітенціарною службою та впроваджуються численними громадськими організаціями. За оцінками представників обласних управлінь ДПтС України, проблемі профілактики ВІЛ присвячено у середньому 15–20% їх робочого часу.

«Якщо раніше це [профілактика ВІЛ/СНІДу] було, головним чином, ініціативою СНІД-центру, то зараз робота цілком нормально налагоджена на рівні Департаменту» (представник обласного управління ДПтС України, м. Миколаїв).

Окремі експерти зазначають про надмірну увагу до проблеми профілактики ВІЛ.

«Питанням ВІЛ\СНІДу приділяється дуже багато уваги в колоніях. Можливо, навіть надто багато» (представник обласного управління ДПтС України, м. Одеса).

«Проблеми я не бачу (...) Раніше це було для нас щось нове» (лікар-терапевт колонії, м. Житомир).

2.2. Особливості нормативно-правового регулювання

Усі опитані представники ДПтС України обізнані щодо Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, і тільки один експерт повідомив про відсутність такої програми на рівні управління (табл. 1). Алгоритм прийняття програми на рівні управління, як правило, включав адаптацію загальнодержавної програми управліннями ДПтС України у співпраці з управліннями охорони здоров'я, її обговорення на координаційній раді з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії та затвердження обласною.

«Є відомча програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД в установах виконання покарань та в слідчих ізоляторах державної кримінально-виконавчої служби України на 2009–2013 роки, а прийнята вона в 2009 р.» (представник обласного управління ДПтС України, м. Луганськ).

Щодо працівників колоній/СІЗО, їх рівень обізнаності про особливості нормативно-правового регулювання був вищим серед працівників медичних частин порівняно з працівниками соціально-психологічної служби та представниками громадських організацій. Останні наголошували, що нормативно-правові документи більше стосуються медичних аспектів профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу, зокрема лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих ув'язнених, і не стосуються персоналу соціальної служби.

«Безпосередньо я не користуюся такими [нормативно-правовими] документами. Є документи для санчастини, де регламентується їх [ув'язнених] обстеження, діагностика. А в психолога немає таких документів» (психолог колонії, м. Одеса).

Працівники пенітенціарних установ у сфері роботи щодо профілактики ВІЛ керуються головним чином відомчими та міжвідомчими наказами МОЗ України. Експерти найчастіше згадували про:

- Наказ МОЗ і ДКВС України від 18 січня 2000 р. № 3/6 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та виправно-трудових установах державного департаменту України з питань виконання покарань».
- Наказ МОЗ України від 25 травня 2004 р. № 120 «Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»;
- Наказ МОЗ України від 19 січня 2005 р. № 640/663 «Про затвердження форм первинної облікової документації та форм звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІД та інструкцій щодо їх заповнення»;
- Наказ МОЗ України від 19 серпня 2005 р. № 415 «Про вдосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» (ДКТ);
- Наказ МОЗ України, Міністерства освіти і науки, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, ДКВС України, Міністерства праці та соціальної політики від 23 листопада 2007 р. № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі віл від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».
- Наказ ДКВС України і МОЗ України від 15 листопада 2005 р. № 186/607 «Про організацію антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію /СНІД».

Протокол ДКТ використовували всі експерти, що надавали ув'язненим послуги з дотестового консультування, тестування та післятестового консультування.

«Це обов'язково. Передтестове та післятестове, незалежно від результату, позитивний він чи негативний. Докладно все роз'яснюємо» (лікар-психіатр колонії, АР Крим).

Таблиця 2.2.1

Розподіл відповідей експертів щодо особливостей нормативно-правового регулювання у сфері профілактики ВІЛ у колоніях/СІЗО, осіб

	Серед загалу експертів (N=42)				Серед представників обласних управлінь ДПТС України (N=10)				Серед працівників колоній, СІЗО, громадських організацій (N=32)			
	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
	НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ – немає відповіді, питання не ставилося											
Чи є потреба в зміні чи удосконаленні чинних нормативно-правових документів у сфері профілактики ВІЛ у колоніях/СІЗО?	19	11	5	7	5	1	1	3	14	10	4	4
Чи є потреба чинних нормативно-правових документів з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-позитивних у колоніях/СІЗО в зміні або удосконаленні?	8	13	8	13	3	2	1	4	5	11	7	9
Чи відомо Вам про принципи «Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»?					9	0	0	1				
Чи розроблена така програма на рівні управління Державної пенітенціарної служби України в області?					7	1	0	2				
Чи використовуєте Ви протокол ДКТ у своїй роботі? (*мається на увазі, чи використовує сам експерт такий протокол. Загалом, усі, хто надає послуги з ДКТ, використовують протокол. Усі ті, що відповіли «Ні», – не використовують протокол, тому що не проводять ДКТ)									13	14	1	4

У двох інтерв'ю згадувалися Закон України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» та постанова КМУ щодо «Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції».

На потребі зміни чи удосконалення чинних нормативно-правових документів у сфері профілактики ВІЛ у колоніях/СІЗО наголошують близько половини представників обласних управлінь ДПтС України та працівників колоній, СІЗО, громадських організацій (19 експертів). Разом з тим чинні нормативно-правові документи з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-позитивних у колоніях/СІЗО сприймаються більш задовільно: про необхідність їх удосконалення зазначають 8 експертів. Більшість зауважень стосується неузгодженості нормативно-правової бази МОЗ та ДПтС України, зокрема в контексті впровадження замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) та інших програм зі зменшення шкоди для ув'язнених СН. Хоча протягом 2004–2009 рр. було прийнято ряд нормативно-правових документів, які регламентують впровадження програм ЗПТ в Україні і стосуються пенітенціарної системи, така програма на поточний час не впроваджується ні в колоніях, ні в СІЗО.

«Те, що бажає одна система – система охорони здоров'я, пенітенціарна система ще не може прийняти у повній мірі (...) Медична частина СІЗО не має ліцензії на зберігання препаратів [для ЗПТ]. Теж саме в колоніях» (представник обласного управління ДПтС України, м. Миколаїв).

Працівники колоній/СІЗО і представники громадських організацій часто нарікали на обмеження нового Закону України «Про засади запобігання та протидії корупції» від 07.04.2011, що спричиняє відмови керівників колоній/СІЗО від гуманітарної допомоги ув'язненим через їх побоювання відносно оцінки безоплатних послуг з боку громадських організацій як хабару, браку знань щодо документального оформлення гуманітарної допомоги.

«Був випадок, я назбирала 26 мішків жіночих речей. Керівник колонії відмовилася приймати (...) після виходу нового закону про корупцію. Всі бояться, не зрозуміло як оформлювати» (соціальний працівник громадської організації, м. Одеса).

«Ми зараз можемо приймати гуманітарну допомогу тільки від благодійних фондів. Це величезна проблема» (медичний працівник колонії, м. Одеса).

Окремі експерти наголошували на необхідності нормативного закріплення додаткового фінансування спеціалістів, що здійснюють лікування, догляд та підтримку ВІЛ-інфікованих у колоніях. Згідно штатному розкладу окрема посада лікаря-інфекціоніста у колоніях/СІЗО часто відсутня, а за напрямок роботи з ВІЛ-інфікованими призначається відповідальним один із лікарів медико-санітарної частини: терапевт, нарколог, психіатр тощо.⁵ Збільшення кількості ВІЛ-інфікованих у пенітенціарних установах збільшує робоче навантаження таких спеціалістів у порівнянні з іншими лікарями.

«Коли 56–77 осіб ВІЛ-інфікованих і плюс 5 отримують АРТ, це все лягає на його плечі: психіатра або дерматолога. Хоч би доплату якусь отримували» (представник обласного управління ДПтС України, м. Житомир).

Рідше зустрічалися вимоги щодо покращення законодавчої бази у контексті більшого захисту працівників СІЗО/колоній, які працюють з ВІЛ-інфікованими ув'язненими, з одного боку, та посилення системи захи-

⁵ Впровадження ЗПТ для людей, які утримуються в місцях позбавлення волі, та тимчасово затриманих зафіксовано у Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, Протоколі засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (при Кабінеті Міністрів) від 7 квітня 2009 р. та Протокольному рішенні за результатами засідання Координаційної ради з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії (при Президенті України) від 31 березня 2009 р.

сту прав самих ув'язнених – з іншого.

«Медичному працівникові дуже важко довести, що його випадок інфікування стався на виробництві, і пов'язаний саме з виконанням функціональних обов'язків. Медичні працівники соціально не захищені» (медичний працівник колонії, м. Одеса).

«Відсутність громадського контролю за тим, що відбувається в місцях позбавлення волі. (...) Є спостережні комісії, які повинні цим займатися. Але найчастіше вони взагалі не працюють» (представник громадської організації, м. Полтава).

2.3. Підготовка персоналу колоній і СІЗО з питань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією

Формування системи навчання та підвищення кваліфікації спеціалістів, залучених до роботи з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, є одним із організаційних заходів, визначених Загальнодержавною програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки. Наразі лівова частка науково-практичних семінарів та тренінгів з питань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією організовується громадськими організаціями, зокрема благодійними фондами, за підтримки міжнародних донорів. У процесі опитування 9 з 10 представників обласного управління ДПтС України відповіли, що управління організує підготовку персоналу колоній/СІЗО з питань профілактики ВІЛ-інфікування серед ув'язнених. Шестеро з них розуміли під такою організацією співпрацю з громадськими організаціями у сфері навчання персоналу, а троє – лекції з профілактики та лікування ВІЛ у межах службової підготовки, що, як правило, проводяться спеціалістами СНІД-центру. Медичні працівники управління повідомляли про регулярні атестації та підвищення кваліфікації в умовах центрального апарату та на рівні обласного управління, що містять перелік питань стосовно ВІЛ/СНІДу.

Досвіду додаткового навчання щодо профілактики та лікування ВІЛ не мали двоє представників управлінь ДПтС України, четверо працівників медичних, соціально-психологічних служб колоній/СІЗО та один представник громадської організації. Загалом 35 експертів з 42 проходили додаткове навчання з питань ВІЛ-інфекції. 17 експертів проходили навчання щодо особливостей профілактики ВІЛ у пенітенціарних установах (табл. 2.3.1, рис. 2.3.1). По 8 експертів відвідували тренінги з ДКТ, питань антиретровірусної терапії та зменшення шкоди. Шестеро проходили додаткове навчання з питань профілактики ІПСШ. Окремі працівники колоній/СІЗО та громадських організацій відвідували тренінги з подолання дискримінації щодо ВІЛ-інфікованих та вертикальної трансмісії. Медичні працівники частіше проходили додаткове навчання протягом останніх двох років у порівнянні з працівниками соціально-психологічних служб.

Таблиця 2.3.1

Розподіл відповідей експертів щодо тем отриманої підготовки з питань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією за кількістю згадувань, осіб

(серед тих, що проходили підготовку та відповіли на питання, N=35;

один експерт міг отримати декілька напрямків підготовки)

Тема	Серед представників обласних управлінь ДПтС України	Серед працівників колоній / СІЗО	Серед працівників громадських організацій	Серед усіх
Дотестове консультування і тестування на ВІЛ (ДКТ)	1	6	1	8
Особливості профілактики ВІЛ у пенітенціарних установах	1	10	6	17
Стратегія зменшення шкоди	2	3	4	8
Подолання дискримінації щодо ВІЛ-інфікованих	-	1	1	2
Питання антиретровірусної терапії (АРТ)	-	4	4	8
Профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)	2	3	1	6
Профілактика вертикальної трансмісії (передача ВІЛ від матері до дитини)	1	-	-	1



* Чим більший розмір літер, тим більше експертів проходили підготовку за такою темою.

Рис. 2.3.1. Темі отриманої підготовки з питань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, за частотою згадувань серед експертів*

(серед тих, що проходили підготовку та відповіли на питання, N=35)

Експерти позитивно оцінюють лекції, тренінги чи науково-практичні семінари, в яких вони брали участь, зокрема не тільки в контексті отримання нових знань, а й щодо можливості презентації досвіду, налагодженні партнерства.

«Я задоволений, достатньо кваліфіковані були співробітники, які працювали з нами, досить цікаву інформацію вони розповідали нам. Поряд з теоретичною інформацією ми могли попрактикуватися, зокрема, в питаннях дотестового консультування. Приїжджали люди з інших установ, з інших областей, вони розповідали, яким чином вони проводять роботу» (медичний працівник СІЗО, м. Харків).

Представники обласних управлінь ДПтС та лікарі наголошують на необхідності більш сфокусованих тренінгів для працівників медичних частин СІЗО/колоній, головним чином, з питань, що входять до кваліфікації лікаря-інфекціоніста: призначення схем АРТ, визначення стадії розвитку ВІЛ-інфекції. Наявність такої потреби є наслідком нестачі інфекціоністів у СІЗО/колоніях як окремої штатної одиниці.

«Тренінги проходять, але все одно кваліфікацію нашого лікаря вони не піднімають. Може, дають якийсь загальний уявлення про певні моменти, але фахівцями в даній галузі все одно не роблять» (представник обласного управління ДПТС України, м. Черкаси).

Троє з десяти представників обласних управлінь ДПТС України зазначили, що їх рівень поінформованості з питань, пов'язаних з профілактикою ВІЛ-інфекцією, є недостатнім. Двоє експертів цієї групи визначили свій рівень знання стосовно лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих як середній. Всі інші вважають себе повністю поінформованими з усіх питань щодо ВІЛ. З персоналу колоній/СІЗО проблему браку знань частіше називали лікарі, яких було призначено відповідальними за ДКТ та догляд ВІЛ-інфікованих, проте які до цього не мали такого досвіду. Таких виявилось 3 з 22 експертів. Працівники громадських організацій краще оцінювали свої знання у сфері соціально-психологічних аспектів профілактики ВІЛ-інфекції і гірше – у сфері догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих осіб.

«Я – не спеціаліст, не інфекціоніст. Я – лікар-терапевт і не знаю, яку я маю юридичну основу тим займатися. Мені дали наказ, що я відповідальний, і всього-на-всього» (терапевт колонії, м. Львів).

У межах визначення рівня обізнаності експертів про моніторинг профілактики ВІЛ-інфекції в пенітенціарних установах сценарій інтерв'ю передбачав запитання стосовно досліджень серед ув'язнених, зокрема щодо звіту, який підготував МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Варто зазначити, що всі обрані колонії, де були відібрані експерти для поточного дослідження, відтворювали вибірку 2009 р. А отже за умов відсутності змін у штаті персоналу, одні й ті ж самі лікарі проводили ДКТ у межах зв'язаного дослідження та надалі отримували інформацію від СНІД-центрів про результати такого тестування. Окрема розсилка аналітичного звіту Альянсу по колоніях, що брали участь у дослідженні, не здійснювалася. У СІЗО дослідження 2009 р. не проводилося.

Результати експертного опитування демонструють, що приблизно половина експертів (6 представників обласних управлінь ДПТС України та 15 працівників колоній, СІЗО і громадських організацій) знають про результати дослідження серед ув'язнених, яке проводилося в 2009 р. (табл. 2.3.1). Серед працівників колоній з результатами були ознайомлені всі спеціалісти, що у 2009 р. брали участь у проведенні зв'язаного дослідження та продовжували працювати в цих колоніях і в поточному році. Ті, що стали працювати у СІЗО з 2010 р., не мали інформації про дослідження. А серед 5 працівників СІЗО не було жодного експерта, що був поінформований про дослідження серед ув'язнених.

8 експертів з 21, які повідомили, що знають про результати дослідження серед ув'язнених, у першу чергу, мали на увазі поінформованість про результати тестування на ВІЛ, що за протоколом дослідження надсилали до колоній СНІД-центр.

«Так, я знаю, що є такий звіт. Він є у начальника медичної служби. І з результатом він знайомий через конфіденційність інформації, яка доступна тільки йому» (медичний працівник колонії, м. Полтава).

Таблиця 2.3.1

Обізнаність та використання досліджень щодо ув'язнених серед експертів, осіб

НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ – немає відповіді, питання не ставилося	Серед загалу експертів (N=42)				Серед представників обласних управлінь ДПтС України (N=10)				Серед працівників колоній, СІЗО, громадських організацій (N=32)			
	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
Чи відомо Вам про результати дослідження серед ув'язнених, яке проводилося в 2009 році?	21	17	0	4	6	3	0	1	15	14	0	3
Чи знайомі Ви зі звітом, який підготував МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ / СНІД в Україні»? (серед тих, що знайомі з результатами досліджень)	13	6	0	2	2	4	0	0	11	2	0	2
Чи використовуєте Ви отримані результати звіту у своїй діяльності? (серед тих, що знайомі зі звітом Альянсу)	13	0	0	0	2	0	0	0	11	0	0	0

13 експертів ознайомилися з аналітичним звітом, який підготував МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», стільки ж використовували результати цього звіту у своїй роботі при оптимізації профілактичних програм.

«Використовую. Про те, як поінформовані засуджені про ВІЛ, на що більше звертати увагу, щоб засудженим інформація дійшла» (медичний працівник колонії, м. Донецьк).

«Так, були розроблені лекції і багато іншого» (медичний працівник колонії, м. Луганськ).

Один із експертів повідомив, що дослідження викликало ріст цікавості серед ув'язнених до проблеми ВІЛ-інфекції. Вони стали частіше приходити на консультації до лікарів та психологів, відвідувати тематичні заняття, які організовували громадські організації.

2.4. Партнерство та адвокація

Центри СНІДу і громадські організації – ключові партнери колоній/СІЗО щодо профілактичної роботи у сфері ВІЛ/СНІДу. Експертне опитування не виявило жодної пенітенціарної установи, у якій не було налагоджено таких зв'язків.

Лікарі центрів СНІДу не тільки працюють за переадресацією для здійснення аналізів крові, огляду пацієнтів, призначення АРТ ВІЛ-інфікованим ув'язненим та контролю за лікуванням, а також проводять навчання персоналу колоній/СІЗО з питань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, делегують своїх спеціалістів (інфекціоністів, психологів) для огляду та консультування ув'язнених безпосередньо в місцях позбавлення волі та впроваджують у таких місцях заходи з пасивного і активного інформування ув'язнених щодо ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, гепатитів й ІПСШ. Періодичність візитів спеціалістів СНІД-центрів варіюється від щотижневих до щомісячних.

«Ми підтримуємо дуже тісні зв'язки з міським центром СНІДу. У нас є закріплена людина за нами, яка нам надає допомогу, є два психологи з того самого центру, які ходять до нас регулярно» (терапевт колонії, м. Львів).

Щодо співпраці з іншими державними організаціями тільки один з експертів повідомив про наявність такого партнера у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу, маючи на увазі центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ).

«Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Приходить соціальний працівник» (психолог колонії, м. Одеса).

Вагомим є внесок громадських і релігійних організацій, співпраця з якими будується на засадах укладення угод між ними і конкретними пенітенціарними установами. Форми діяльності, які здійснюють представники недержавних організацій, охоплюють широке коло профілактичних заходів, як правило, комплексного характеру:

- забезпечення доступу представників уразливих груп до засобів гігієни та індивідуального захисту (презервативи, серветки, індивідуальні станки для гоління, ножиці, тощо);
- гуманітарна допомога медичним частинам пенітенціарних установ у вигляді тест-систем, медикаментів та інших лікарських засобів;
- інформаційно-освітня профілактична робота серед ув'язнених (лекції та індивідуальні консультації з питань ВІЛ/СНІДу, інформаційні матеріали);
- розвиток груп самопомоги та залучення представників уразливих груп до роботи в проєкті, програми «рівний рівному»;
- консультування та мотивування представників уразливих груп до зміни поведінки на більш безпечну;
- інформаційна робота з громадськістю та представниками державних і медичних закладів з метою подолання дискримінації та стигматизації представників уразливих груп, висвітлення заходів проєкту в ЗМІ.

Найвні випадки, коли громадські організації беруть на себе оплату медичного обстеження ув'язнених за умов відсутності відповідних коштів. Окремі організації періодично проводять ДКТ та тестування швидкими тестами на ВІЛ/ІПСШ у колоніях/СІЗО. Мережа ЛЖВ протягом останніх трьох років надає фінансову підтримку з лікування ВІЛ-інфікованих у колоніях/СІЗО. Громадські організації, які реалізують програми реабілітації і ресоціалізації, працюють із засудженими, що готуються до звільнення, та підтримують їх після завершення терміну позбавлення волі.

«Ми співпрацюємо з «ЛЖВ» – це люди, що живуть з ВІЛ-інфекцією. Вони нам допомагають у забезпеченні обстежень, МРТ, комп'ютерної томографії, допомагають у придбанні медикаментів для лікування опортуністичних інфекцій» (психіатр-нарколог колонії, м. Чернігів).

«У нас існує громадська організація «Позитив». Її представники регулярно відвідують слідчий ізолятор, проводять бесіди, допомагають фінансово. Навіть до свят, дарують подарунки, певний набір, вітають» (медичний працівник СІЗО, м. Харків).

Працівники колоній/СІЗО і обласних управлінь ДПтС п'яти регіонів повідомляли про співпрацю з відділеннями Всеукраїнською мережі ЛЖВ, в інших областях частіше посилалися на інші місцеві громадські організації (табл. 2.4.1).

Таблиця 2.4.1

Перелік громадських організацій, з якими співпрацюють працівники колоній/СІЗО та обласних управлінь ДПтС України за регіоном опитування

Область	Згадані громадські організації
АР Крим	- Всеукраїнська мережа ЛЖВ (регіональне відділення) - ГО «Айболіт»
Донецька	- ГО «Лінія життя» - БФ Клуб «Твій вибір»
Житомирська	- Всеукраїнська мережа ЛЖВ (регіональне відділення)
Луганська	- фонд Олени Пінчук «АнтиСНІД»
Львівська	- ГО «Дорога»
Одеська	- БФ «Дорога до дому» - Південноукраїнський Центр «Здоров'я. Жінка. Довголіття» - БФ «Наріжний Камінь»
Полтавська	- БФ «Громадське здоров'я» - Благодійна асоціація «Світло надії»
Тернопільська	- Центр духовної та психологічної підтримки «Джерела» - Тернопільська обласна асоціація жінок - Всеукраїнський громадський центр «Волонтер» - БФ «Сіон»
Харківська	- Харківська обласна організація Товариства Червоного Хреста - ГО «Позитив» - БФ «Парус» - Всеукраїнська мережа ЛЖВ (регіональне відділення)
Черкаська	- ГО «Інсайт», - Всеукраїнська мережа ЛЖВ (регіональне відділення) - Всеукраїнський благодійний фонд «Серце до Серця»
Чернігівська	- Всеукраїнська мережа ЛЖВ (регіональне відділення)

Соціально-психологічну підтримку ув'язнених та розвиток навичок здорового способу життя здійснюють численні релігійні організації. У більшості колоній діють церкви, іноді декілька. Члени релігійних організацій регулярно проводять лекції, молитви у радіомережах колоній/СІЗО.

«У нас в колонії вже фундамент церкви заклали. Приїжджав Владика на закладку. Я вважаю, що будівля церкви в будь-якій колонії, це вже буде благотворно впливати на атмосферу установи» (лікар-психіатр колонії, м. Миколаїв).

«До нас ходить чоловік б різних конфесій» (терапевт колонії, м. Львів).

У більшості регіонів представники релігійних та громадських організацій відвідують колонії/СІЗО щотижнево. У кожній пенітенціарній установі крім договору з організацією-партнером укладається план візитів і перелік заходів, які останні бажають впровадити. На думку представників обласних управлінь ДПтС України та працівників колоній/СІЗО, така співпраця з громадськими і релігійними організаціями є, скоріше, ініціативою останніх. Самі представники громадських організацій дають схвальні відгуки щодо спільної роботи з пенітенціарними установами у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу.

«На щастя, нам ніхто не перешкоджає. І з боку управління департаменту, і з боку нашої колонії є тісна співпраця вже впродовж багатьох років» (представник громадської організації, м. Чернігів).

«Ми не відмовляємося від співпраці з жодними організаціями» (представник обласного управління ДПтС України, м. Луганськ).

7 з 10 представників обласних управлінь ДПтС України повідомили, що спеціалісти їхніх управлінь входять до складу обласних координаційних структур з питань боротьби з епідемією ВІЛ, зокрема обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та беруть участь в адвокаційній діяльності. В інтерв'ю одного експерта з цієї групи наголошувалося на низькій ефективності роботи координаційної ради та наявності права голосу тільки для представників громадських організацій. Усі інші експерти – представники управлінь особисто не входили до координаційної ради і вагалися з оцінками ефективності її роботи.

«Координаційна рада – це рада громадських організацій, а ми там просто присутні (...) Ми можемо брати участь, якись питання свої задавати. Але якщо вони проводять голосування, ми права голосу не маємо. Я один раз була присутня і так зрозуміла, що голосують тільки представники громадських організацій» (представник обласного управління ДПтС України, м. Одеса).

Загалом експерти зазначали, що на засіданнях координаційної ради представники управлінь звітують щодо моніторингу поширеності ВІЛ-інфекції в пенітенціарних установах, рівня забезпеченості АРТ та реалізованих профілактичних заходів, включаючи ДКТ, а також обговорюють питання, що потребують міжсекторальної координації.

2.5. Бар'єри щодо впровадження програм

32 із 42 експертів впевнені, що на поточний момент існують ті чи інші бар'єри щодо впровадження ВІЛ-профілактики в пенітенціарних установах. Про відсутність таких бар'єрів наголошували троє представників обласних управлінь ДПтС України, п'ятеро працівників колоній/СІЗО та двоє працівників громадських організацій. Експерти, в першу чергу, підкреслювали нестачу фінансування (26 експертів) (табл. 2.5.1, рис. 2.5.1). Цей бар'єр був ключовим для представників обласних управлінь ДПтС України і працівників колоній/СІЗО.

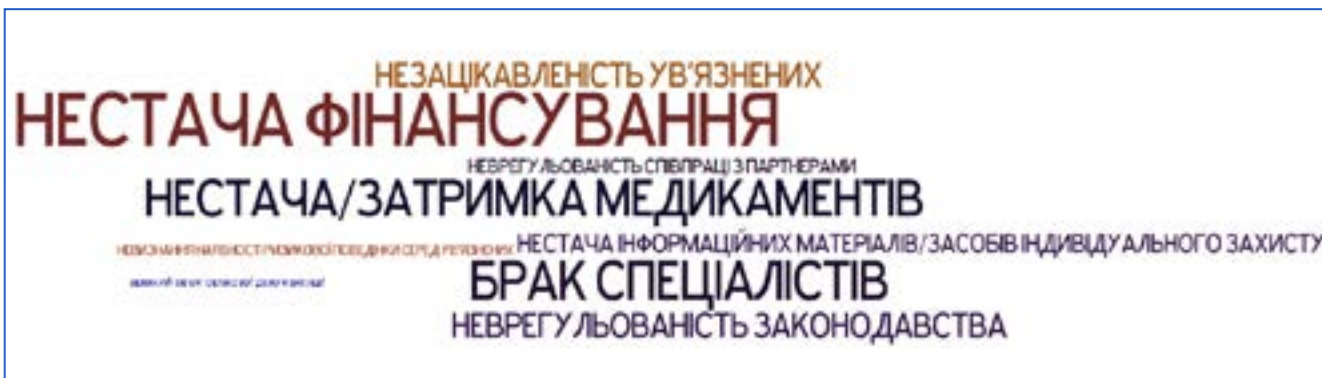
Таблиця 2.5.1

Розподіл відповідей експертів щодо бар'єрів впровадження профілактичних програм за кількістю згадувань, осіб

(серед тих, що повідомили про наявність бар'єрів, N=32;

один експерт міг назвати декілька бар'єрів)

	Серед представників обласних управлінь ДПтС України	Серед працівників колоній / СІЗО	Серед працівників громадських організацій	Серед усіх
Нестача фінансування	7	16	3	26
Брак спеціалістів	5	11	3	19
Нестача/затримка медикаментів	5	8	5	18
Неврегульованість законодавства	5	1	7	13
Великий об'єм облікової інформації	-	1	-	1
Нестача інформаційних матеріалів/ засобів індивідуального захисту	2	3	5	9
Неврегульованість співпраці с партнерами	2	1	4	7
Незацікавленість ув'язнених	3	4	4	12
Невизнання наявності ризикової поведінки серед ув'язнених	-	3	1	4



* Чим більший розмір літер, тим більше експертів назвали такий бар'єр.

Рис. 2.5.1. Бар'єри впровадження профілактичних програм у колоніях/СІЗО, за частотою згадувань серед експертів, осіб*

(серед тих, що повідомили про наявність бар'єрів, N=32)

Фінансування профілактичних програм в установах пенітенціарної системи більшою мірою відбувається за рахунок міжнародних фондів та громадських організацій. На 2012–2013 рр. Глобальний фонд виділив на реалізацію програм протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні суму у розмірі 86 млн. доларів США рокиб (10-й Раунд). Основними реципієнтами, які відповідають за реалізацію гранту, є Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ». В рамках згаданого гранту, значні кошти передбачені на впровадження програм у з профілактики, лікування, догляду та підтримки в пенітенціарній системі, які мають здійснюватися за координації Державної пенітенціарної служби України.

І нині а рахунок гранту Глобального фонду 6-го Раунду фінансуються профілактичні заходи, які здійснюють представники громадських організацій, лікування, догляд та підтримка ув'язнених, які живуть з ВІЛ, зокрема забезпечення АРТ. За рахунок державного фінансування в установах пенітенціарної служби, більшою мірою, реалізуються методи пасивного та активного інформування про епідемію, ДКТ і лікування опортуністичних захворювань. За даними інтерв'ю, придбання засобів індивідуального захисту (презервативів, дезінфектантів) за рахунок централізованого фінансування здійснювалося лише в поодиноких колоніях.

«Інформаційні заходи – покривається державним фінансуванням. А, наприклад, забезпечення презервативами – це разові програми, появились, видали, а постійного забезпечення нема. Індивідуальними станками для гоління – теж фінансують або забезпечують недержавні структури. Або батьки, або громадські організації допомагають в тому» (медичний працівник колонії, м. Тернопіль).

«Я, в принципі, не бачу особливого сенсу задіяти бюджет колоній на проведення профілактики ВІЛ. Якщо тільки буде припинено роботу недержавних благодійних організацій, які в даний момент підтримують, то доведеться тоді все-таки направляти частину отриманих доходів установи на профілактику ВІЛ і туберкульозу» (представник обласного управління ДПтС України, м. Черкаси).

Серед експертів – представників управлінь ДПтС України наявна думка, що профілактика ВІЛ-інфекції наразі не потребує виділення окремого державного фінансування в умовах поганого фінансового становища колоній і СІЗО. Між тим варто розуміти, що фінансування за рахунок Глобального фонду не може повністю компенсувати прогалин у державному фінансуванні. В ході останнього візиту виконавчий ди-

6 Вісник з питань ВІЛ/СНІДу в Україні. – 2011. – Вип. 6, листопад – грудень.. [Електронний ресурс]. – Доступний з : http://snid.cv.ua/files/editor/GIZ%20HIV%20Newsletter_%236_November-December%202011_UA.pdf

ректор Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією наголосив, що в найближчому майбутньому Україна має сконцентруватися на досягненні суттєвого прогресу у виділенні державного фінансування для фокусних програм профілактики, а також задовольнити невідкладні потреби щодо профілактики та лікування в тюремних закладах. Між тим ні на рівні колоній/СІЗО, ні на рівні обласних управлінь ДПтС України немає практики розробки планів фандрайзингу (залучення додаткових коштів), що в разі відсутності сталої співпраці з громадським сектором чи обмеження фінансування з боку Глобального фонду викликає ризик ситуаційності інтервенцій.

Брак необхідних спеціалістів серед персоналу колоній/СІЗО, про який зазначили 19 експертів, є бар'єром не тільки в контексті впровадження профілактичних програм з ВІЛ/СНІДу, а й щодо надання необхідної медичної та соціально-психологічної допомоги ув'язненим у цілому. Експерти нарікали на незаповненість штатів медчастин через низький рівень оплати праці, небажання персоналу працювати з ув'язненими. Це викликає проблему взаємозамінності персоналу під час відпусток, участі в навчанні тощо. Наявні випадки, коли окремі спеціалісти обслуговують декілька колоній одночасно, працюючи на півставки.

«Всі ми знаємо, що штати медчастин у колоніях абсолютно не заповнені» (представник громадської організації, м. Черкаси).

«У нас було п'ять фельдшерів, взяли – скоротили фельдшера. Вони всі чергові фельдшери, працюють змінно, коли їм займатися цією роботою [профілактикою ВІЛ]» (лікар-психіатр колонії, м. Миколаїв).

Проблемним моментом стає відсутність окремої посади інфекціоніста в колоніях/СІЗО. На думку експертів, доступність інфекціоністів у центрах СНІДу за переадресацією не вирішує цю проблему.

«Єдина проблема у фахівцях. Немає лікарів-інфекціоністів. Неодноразово були направлені пропозиції до департаменту про введення в СІЗО посади лікаря-інфекціоніста» (лікар-епідеміолог колонії, АР Крим).

«У нас в штаті взагалі немає лікаря-інфекціоніста. Він потрібен, але не на повну ставку, а на якусь часткову зайнятість. Це була б дуже велика допомога, підтримка, все ж таки 68 чоловік інфікованих і 18 (з них) на терапії» (медичний працівник колонії, м. Одеса)

Частина експертів зазначала проблему браку спеціалістів соціально-психологічного профілю, разом з тим усі експерти погоджувалися, що відсутність необхідних лікарів є більш критичним питанням як у колоніях, так і СІЗО.

Проблема нестачі медикаментів є третьою за частотою згадувань серед експертів. Спеціалісти колоній нарікають на неможливість вчасного надання АРТ через відсутність запасу препаратів, брак препаратів для лікування опортуністичних інфекцій, що фінансуються за рахунок держбюджету.

«Засудженим не вистачає схем АРТ. Просто гостро стоїть це питання» (представник громадської організації, м. Тернопіль).

«Маса хворих, у яких низькі клітини (СД4), чекають терапії. Немає препаратів для лікування, практично немає. Вони дуже дорогі. Ті ж кошти, які виділяються, ми в першу чергу витрачаємо для лікування всіх засуджених. Якщо ми будемо купувати опортуністичні препарати, то нам не вистачить на елементарне: на той же аспірин, парацетамол і тому подібне» (лікар-психіатр колонії, м. Миколаїв).

13 експертів, головним чином працівники громадських організацій і представники обласних управлінь ДПтС України, повідомили про нерегульованість законодавства як чинник, що заважає ефективному впровадженню профілактичних програм у колоніях/СІЗО. Порушувалися питання обмеженості програм зі зменшення шкоди для ув'язнених СН: відсутність ЗПТ і програм обміну шприців у колоніях/СІЗО. На думку цієї групи експертів, причиною такої нерегульованості та одночасно ще одним бар'єром профілактики ВІЛ/СНІДу в пенітенціарних установах є невизнання факту наявності ризикової поведінки серед ув'язнених. «Немає ще нормативно-правової бази на національному рівні, яка регламентувала б

програму замісної терапії» (соціальний працівник громадської організації, м. Полтава).

12 експертів вважали, що бар'єром є незацікавленість ув'язнених в отриманні ВІЛ-профілактичних послуг через низький інтелектуальний рівень, відсутність мотивації до збереження здоров'я та не усвідомлення ризику. «Основний бар'єр – думка самих ув'язнених. Досить високий процент малограмотних, які можуть просто не звертати уваги» (лікар-психіатр колонії, м. Львів).

Проблему нестачі інформаційних матеріалів/засобів індивідуального захисту підкреслили 9 респондентів, більшою мірою – працівники громадських організацій. «Перш за все, недостатня кількість інформації: начинний посібник, буклети, інформаційні матеріали» (старший психолог колонії, м. Житомир).

Думка, що профілактиці ВІЛ в установах пенітенціарної системи наразі заважає нерегульованість співпраці партнерів, висловили 7 експертів, з яких четверо були працівниками громадських організацій, двоє – представниками обласних управлінь ДПтС України і один – працівником колонії. Так, в одному інтерв'ю зазначалося про проблему нерегульованості співпраці з центрами СНІДу в контексті обстеження таких ув'язнених на СД4 (Т-клітини). Наявність квот на обстеження не дозволяє здійснювати процедуру вчасно. Це, в свою чергу, спричиняє затримку в корекції схем АРТ.

«Покладено раз на півроку вірусне навантаження робити, а ми не можемо цього. Іноді виходить, іноді не виходить. Все залежить від того, яку квоту отримав центр СНІДу, тому що він теж не сам робить, а в київську лабораторію возить» (медичний працівник СІЗО, м. Житомир).

Троє працівників колоній/ СІЗО і один працівник громадської організації вбачають бар'єр щодо ВІЛ-профілактики в невизнанні наявності ризикової поведінки серед ув'язнених з боку управління ДПтС України та керівництва колоній/СІЗО. На великий об'єм облікової документації щодо реєстрації та догляду ВІЛ-інфікованих засуджених звернув увагу один експерт.

3. Профілактика ВІЛ і лікування серед ув'язнених у колоніях та СІЗО

3.1. Обізнаність співробітників пенітенціарних установ щодо наявних ризиків стосовно ВІЛ серед ув'язнених

Визнання наявності ризикової поведінки стосовно ВІЛ серед осіб, що перебувають у місцях позбавлення волі, є однією з передумов успішної реалізації профілактичних програм, зокрема їх відповідності та актуальності. Серед загалу експертів найчастіше про відсутність ризиків інфікування ВІЛ у місцях позбавлення волі зазначали представники обласних управлінь ДПтС України. Серед 10 експертів цієї групи 5 осіб вважають, що такий ризик є.

«В таких місцях ув'язнені позбавлені можливості вживання наркотиків, в першу чергу, ін'єкційним шляхом. У нас немає таких фактів. Ув'язнені не мають змоги просто» (представник обласного управління ДПтС України, м. Миколаїв).

«Відсоток первинного зараження в пенітенціарній системі – це менше 5%. Так, звичайно, випадки можуть бути – і наркотичні речовини, і незахищені сексуальні зв'язки можуть бути, але «левова частка», це люди, які вже хворі» (представник обласного управління ДПтС України, м. Луганськ).

Серед працівників СІЗО/колоній три особи зазначили, що на поточний момент усі ризики інфікування ВІЛ у пенітенціарних установах: вживання ін'єкційних наркотиків спільним інструментарієм, незахищені статеві контакти, татуювання, поранення під час бійок –уже подолані. А серед представників громадських організацій всі опитані повідомляли про ті чи інші ризики ВІЛ-інфікування в СІЗО/колоніях.

«У мене зараз є дівчинка, яка в СІЗО заразилася. Вона ніколи нічого не вживала. Вона заразилася ВІЛ, ще й завагітніла. Чоловік з дитиною вдома нічого не знає, і вона не знає що робити. Поки працюємо з нею, вона вже не хоче покінчити життя самогубством, але все одно, ще нестабільна» (представник громадської організації, м. Одеса).

За думкою експертів у СІЗО ризики інфікування ВІЛ менш поширені, ніж у колоніях. Варто згадати, що з 20 експертів, компетентних у питаннях СІЗО, десятеро – представники обласних управлінь ДПтС України, які більше схильні вважати пенітенціарні установи безпечним середовищем щодо передачі ВІЛ-інфекції серед ув'язнених. Більшість експертів, компетентних у питаннях СІЗО, вбачають головний ризик у татуюванні нестерильним інструментарієм (табл. 3.1.1). Про ризик інфікування ВІЛ через незахищені статеві контакти зазначили четверо експертів. Троє – вважали, що в таких установах наявні практики вживання наркотиків ін'єкційним шляхом і відповідно ризики інфікування ВІЛ через використання нестерильного інструментарію для ін'єкцій. Окремі експерти зазначали ризики передачі ВІЛ через поранення під час гоління спільними станками або під час насильницьких дій (бійки).

«У СІЗО ризиків набагато менше, ніж у колонії, але все ж вони є – це нанесення татуювань, незахищені статеві зв'язки» (працівник медичної частини СІЗО, м. Миколаїв).

Таблиця 3.1.1

Розподіл відповідей експертів щодо ризиків інфікування ВІЛ у колоніях/СІЗО за кількістю згадувань, осіб (серед тих, що повідомили про наявність ризиків, N=34; один експерт міг назвати декілька бар'єрів)

Ризики	Серед експертів, компетентних у питаннях колоній	Серед експертів, компетентних у питаннях СІЗО	Серед усіх
Незахищені статеві контакти	27	4	31
Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	20	3	23
Татуювання нестерильним інструментарієм	24	7	31
Поранення при голінні спільними станками	3	1	4
Поранення у бійках/насильницьких діях	3	-	3
Ризик бути інфікованим на роботі/при обшуках	2	1	3

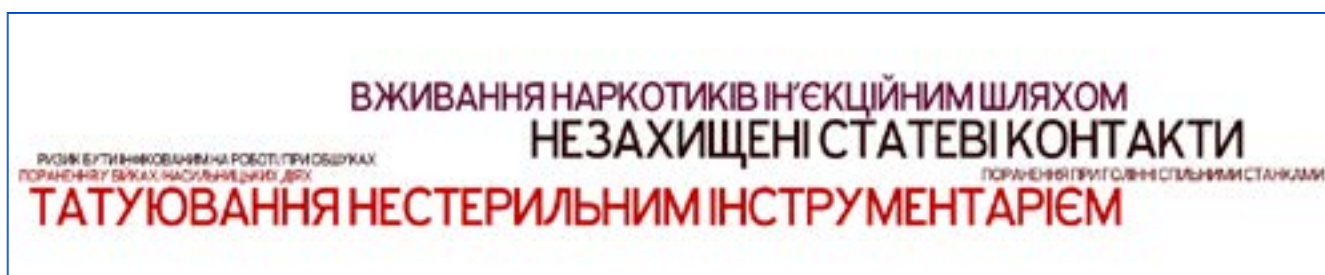
Експерти, компетентні в питаннях колоній, вважають, що основним ризиком інфікування ВІЛ серед засуджених є статеві контакти без презерватива під час відвідувань дружин/чоловіків або незахищені анальні статеві контакти серед засуджених-чоловіків (табл. 3.1.2). На другому і третьому місці за частотою згадування – використання спільного ін'єкційного інструментарію засудженими-СІН та татуювання нестерильними голками. Троє експертів вважають, що в колоніях поширений ризик інфікування ВІЛ через поранення під час гоління спільними станками. Ще троє експертів вбачають ключові ризики в пораненнях у бійках між засудженими.

«Я думаю, що татуювання, незахищені статеві акти. Наркотики туди не потрапляють» (лікар-епідеміолог колонії, АР Крим).

Троє представників управлінь наголошували на наявності ризику інфікування ВІЛ, в першу чергу, для персоналу колоній/СІЗО під час обшуків ВІЛ-позитивних ув'язнених через можливість поранення їх станками для гоління, ножицями тощо.

«Тут більше ризик не для ув'язнених, я завжди насторожую більше співробітників» (представник обласного управління ДПТС України, м. Чернігів).

У цілому серед загалу експертів основними ризиками інфікування ВІЛ у колоніях/СІЗО є незахищені статеві контакти (31 згадування), татуювання нестерильним інструментарієм (31 згадування) та використання нестерильного інструментарію при вживанні наркотиків ін'єкційним шляхом (23 згадування) (рис. 3.1.1).



* Чим більший розмір літер, тим більше експертів називали такий ризик.

Рис. 3.1.1. Наявні ризики стосовно інфікування ВІЛ серед ув'язнених колоній/СІЗО, за частотою згадувань серед експертів*

(серед тих, що повідомили про наявність ризиків, N=34)

3.2. Доступність профілактичних програм

3.2.1. Базовий пакет послуг

Загалом профілактичні заходи в СІЗО і колоніях впроваджуються з використанням тих самих форм та методів роботи, що застосовуються в програмах зменшення шкоди серед представників груп ризику та уразливих груп; однак наявні й відмінності з огляду на специфіку існування закладів пенітенціарної системи.

Практично всі представники обласних управлінь ДПтС України підтримують програми розповсюдження презервативів у колоніях/СІЗО та не бачать законодавчих перепон для впровадження таких програм (табл. 3.2.1.1, табл. 3.2.1.2). Троє експертів цієї групи вважають, що в колоніях і СІЗО не дозволено нормативно-правовими актами поширювати презервативи для анального сексу. Ці ж експерти, скоріше, наголошували на відсутності гомосексуальних відносин у пенітенціарних установах і не вважали таку послугу необхідною. Двоє експертів вважають, що немає необхідності в безкоштовній роздачі дезінфектантів ні в колоніях, ні в СІЗО, більш того, це не дозволено нормативно-правовими актами. Варто також зазначити, що експерти, які вважали цю послугу дозволеною та необхідною, часто розуміли не поширення самих дезінфектантів, а надання таких речовин медчастинам для приготування дезрозчинів і надання вже готових дезрозчинів ув'язненим, якщо вони їх потребують.

«Як таких індивідуальних засобів дезінфекції, і щоб вони видавалися засудженим, такого не потрібно. В кожній колонії існує людина, яка займається розведенням цих засобів, і засуджені мають можливість прийти в санчастину і взяти там вже розведений готовий розчин» (представник обласного управління ДПтС України, м. Чернігів).

Серед представників обласних управлінь ДПтС України не було опитаних, які б вважали послуги з ДКТ, діагностики та лікування гепатитів В і С та туберкульозу, зайвими. Один експерт зазначив, що відсутні нормативно-правові акти, які дозволяють діагностику та лікування гепатитів В і С, а також ІПСШ у колоніях. Варто зазначити, що більшість експертів розуміли наявність послуги з переадресації до відповідних медичних закладів для тестування та лікування гепатитів і ІПСШ як доступність цих послуг у СІЗО/колоніях.

Практично всі експерти з управлінь погоджуються, що послуги зі зменшення шкоди для СІН (ЗПТ, безкоштовна роздача шприців, кімнати безпечного вживання наркотиків) не виправдані ані в СІЗО, ані в колоніях. Наголошується на нелегальності наркотичних речовин. Поширена недовіра до ефективності ЗПТ та підкреслюється відсутність практик вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у пенітенціарних установах.

Таблиця 3.2.1.1

Розподіл відповідей представників обласних управлінь ДПтС України на запитання: «Чи дозволені нормативно-правовими актами такі послуги у колоніях / СІЗО?», осіб (N=10)

<i>НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ – немає відповіді, питання не ставилося</i>	Чи дозволено у колонії...?				Чи дозволено у СІЗО...?			
	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
Безкоштовна роздача презервативів для вагінального сексу	9	0	0	1	5	1	0	4
Безкоштовна роздача презервативів для анального сексу	5	3	0	2	3	2	0	5
Наявність презервативів в кімнатах побачень	9	0	0	1	4	0	1	5
Безкоштовна роздача дезінфектантів	8	1	0	1	4	2	0	4
Анонімне ДКТ	9	0	0	1	5	0	0	5
Діагностика та лікування гепатиту В і С	8	1	0	1	5	0	0	5
Діагностика та лікування ІПСШ	8	1	0	1	6	0	0	4
Діагностика та лікування туберкульозу	9	0	0	1	7	0	0	3
Кімнати безпечного вживання наркотиків	0	8	1	1	0	5	0	5
Безкоштовна роздача шприців	0	8	1	1	0	4	0	6
Замісна підтримуюча терапія	1	7	0	2	0	3	0	7
Лікування наркотичної залежності	7	2	0	1	4	2	0	4

Таблиця 3.2.1.2

Розподіл відповідей представників обласних управлінь ДПтС України щодо необхідності таких послуг у колоніях / СІЗО, осіб (N=10)

<i>НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ -- немає відповіді, питання не ставилося</i>	Чи необхідні у колонії...?				Чи необхідні у СІЗО...?			
	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
Безкоштовна роздача презервативів для вагінального сексу	9	0	0	1	3	0	0	7
Безкоштовна роздача презервативів для анального сексу	6	2	0	2	2	2	0	6
Наявність презервативів в кімнатах побачень	6	0	0	4	5	0	0	5
Безкоштовна роздача дезінфектантів	5	2	0	3	2	2	0	6
Анонімне ДКТ	6	0	0	4	4	0	0	6
Діагностика та лікування гепатиту В і С	5	0	0	5	4	0	0	6
Діагностика та лікування ІПСШ	5	1	0	4	4	0	0	6
Діагностика та лікування туберкульозу	6	0	0	4	4	0	0	6
Кімнати безпечного вживання наркотиків	0	7	0	3	0	4	0	6
Безкоштовна роздача шприців	1	5	0	4	0	3	0	7
Замісна підтримуюча терапія	1	5	0	4	3	0	0	7
Лікування наркотичної залежності	5	1	0	4	2	1	0	7

Серед працівників управлінь поширена думка, що перебування в СІЗО/колонії є оптимальною умовою для відмови від наркотиків, і сама ізоляція вже є засобом лікування від наркотичної залежності. Більшість експертів цієї групи впевнені, що впровадження заходів зі зменшення шкоди для СНІ навпаки збільшить питому вагу ув'язнених, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом.

«У нас, в принципі, повинні пролікуватися від наркоманії. Якщо людина вже потрапила в ці умови, значить треба скористатися цим. І дати їй шанс» (представник обласного управління ДПтС України, м. Луганськ).

«Можна сказати, воно [лікування наркотичної залежності] у нас і проводиться. Тому що для ув'язнених тут іде відміна наркотичного вживання» (представник обласного управління ДПтС України, м. Тернопіль).

Детоксикаційні заходи, на думку працівників управлінь, потрібні тільки в СІЗО, де ув'язнені вперше стикаються з проблемою відсутності наркотиків та проходять «ломку», а в колоніях необхідно робити більше акцентів на подоланні психологічної залежності від наркотичних речовин.

«Він проходить «ломку», ще перебуваючи в СІЗО. Фізіологічної залежності немає, це вже більше психологічна залежність» (представник обласного управління ДПтС України, м. Житомир).

Тільки один з працівників управління вважав ЗПТ ефективним рішенням у СІЗО/колоніях, посилаючись на світовий досвід досліджень у цій сфері. Проблемним питанням залишається надання послуг ув'язненим, які вже отримували послуги ЗПТ до потрапляння у СІЗО/колонію. Всі експерти стверджували, що наразі такі ув'язнені не можуть продовжувати ЗПТ в установах пенітенціарної системи, незважаючи на наявність пункту про забезпечення замісної терапії в пенітенціарних установах відповідно до Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки.

«Бувають такі випадки, що потрапляє людина, яка на ЗПТ, їй треба переривати, тому що заборонено в колонії» (лікар-епідеміолог колонії, АР Крим).

Базовий пакет послуг у колоніях. Інформаційні заходи та акції з профілактики ВІЛ серед ув'язнених є одним з основних елементів профілактичної роботи в колоніях. Не було експертів, які б повідомили про відсутність таких заходів (табл. 3.2.1.3).

Поширені засоби пасивного інформування ув'язнених за допомогою стендів або плакатів в медсанчастинах, на території колоній; розповсюдження буклетів/брошур про ВІЛ/СНІД, гепатити та ІПСШ; лекції з питань ВІЛ/СНІДу в радіомережі колоній, демонстрація фільмів. Активне інформування через індивідуальні консультації та тематичні заняття щодо ВІЛ у малих групах (6–8 осіб) надаються як медичним персоналом, так і психологами. Як правило, в колонії щорічно розробляється план освітньо-інформаційних заходів щодо ВІЛ, де визначаються форми роботи, їх періодичність та надавачі послуг (персонал колонії або представники громадських організацій).

«Ми надаємо спеціальні радіолекції, поділені на кілька, тем: ВІЛ, туберкульоз, ІПСШ, гепатити, історія виникнення» (представник громадської організації, м. Донецьк).

«У нас освітні програми в основному: журнали, брошури, розмови, лекції. Приходять до нас з ГО «Дорога» люди, які інформують. Так само у нас ще є фільм про дане захворювання» (терапевт колонії, м. Львів).

Таблиця 3.2.1.3

Розподіл відповідей експертів щодо наявності тих чи інших профілактичних послуг у колоніях, осіб

<i>НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ – немає відповіді, питання не задавалося</i>	Серед загалу експертів, компетентних у питаннях колоній (N=38)				Серед представників обласних управлінь ДПтС України (N=10)				Серед працівників колоній та представників громадських організацій, що відвідують колонії (N=28)			
	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
Інформаційні заходи, акції з профілактики ВІЛ серед ув'язнених	29	0	2	7	5	0	0	5	24	0	2	2
Безкоштовна роздача презервативів	32	3	2	1	9	0	0	1	23	3	2	0
Наявність презервативів в кімнатах побачень	32	3	2	1	9	0	0	1	23	3	2	0
Безкоштовна роздача дезінфектантів	26	7	4	1	8	1	0	1	18	6	4	0
Анонімне ДКТ	32	0	5	1	9	0	0	1	23	0	5	0
Діагностика та лікування гепатиту В і С	22	7	6	3	8	1	0	1	14	6	6	2
Діагностика та лікування ІПСШ	28	1	4	5	8	1	0	1	20	0	4	4
Діагностика та лікування туберкульозу	37	0	0	1	9	0	0	1	28	0	0	0
Кімнати безпечного вживання наркотиків*	-	-	-	-	0	9	0	1	-	-	-	-
Безкоштовна роздача шприців*	-	-	-	-	0	9	0	1	-	-	-	-
Замісна підтримуюча терапія*	-	-	-	-	0	9	0	1	-	-	-	-
Лікування наркотичної залежності	18	12	2	6	7	2	0	1	11	10	2	5

* Питання ставилося тільки представникам управління державної пенітенціарної служби/державного департаменту з виконання покарань.

Зважаючи, що безкоштовні презервативи, як правило, не надаються за рахунок фінансування колоній, і є, скоріше, ініціативою громадських організацій, наявні установи, де така програма є результатом разових акцій або проектною діяльністю. Про відсутність програми розповсюдження безкоштовних презервативів було зазначено в 3 колоніях. На період проведення опитування в цих колоніях запас безкоштовних презервативів скінчився, а нові постачання не були передбачені. Натомість у 15 інших колоніях презервативи були наявні в кімнатах побачень або медичних частинах, а іноді ще й поширювалися серед ув'язнених під час надання консультацій спеціалістів і в процесі проведення групових занять.

Про наявність послуги безоплатної роздачі дезінфектантів повідомили 26 експертів з 38. Більш поширеною є практика зберігання концентратів для приготування дезрозчинів у медичних частинах. Поширення спиртових серветок як засобу дезінфекції відбувається тільки в колоніях, де такі засоби були надані громадськими організаціями.

«Дезінфектанти в колонії вони є. Вони знаходяться в медсанчастині в достатній кількості. Якщо засудженому треба, він пояснює, з якою метою, і вони йому видаються» (лікар-нарколог колонії, м. Полтава).

У процесі опитування не було повідомлень про недоступність послуги з ДКТ. Згідно з наказом МОЗ, у кожній колонії серед лікарів обов'язково є особа, відповідальна за надання цієї послуги та ознайомена з протоколом ДКТ. Лікарі колоній зазначають, що ДКТ є добровільним, анонімним та конфіденційним. Опитування продемонструвало, що і медичні працівники колоній, і працівники соціально-психологічної служби, а також представники громадських організацій добре обізнані з процедурою та принципами проведення ДКТ.

«У нас є окремий фахівець для цього, окремий кабінет. Нікому не повідомляють, знає про це тільки одна людина. Я думаю, що навіть начальник медчастини не знає точно, по прізвищах, хто у нас ВІЛ-інфікований. В цьому питанні у нас підготовлені всі» (лікар-психіатр колонії, м. Харків).

«При отриманні результату людина викликається в санчастину і в окремому кабінеті проводиться післятестове консультування, повідомляється результат, оформляються всі документи. Є затверджений наказом МОЗ журнал диспансерного обліку, є реєстраційна карта, є облікова карта ВІЛ-інфікованого, є попередження, яке заповнює ВІЛ-інфікована людина. Після повідомлення результату, після проведення післятестового консультування оформляються всі ці документи» (медичний працівник колонії, м. Одеса).

Більш поширене тестування методом ІФА. Швидкі тести іноді надають громадські організації, але це разові акції. Жоден працівник колонії не повідомив про використання бюджетних коштів на придбання швидких тестів. Були випадки, коли працівники громадських організацій самі проводили тестування ув'язнених швидкими тестами в межах моніторингу епідемії на регіональному рівні.

«Швидкі тест-системи нам забезпечувала до сьогоднішнього дня, я думаю, так буде і надалі, громадська організація «Дорога до додому»» (лікар-психіатр колонії, м. Одеса).

Діагностика та лікування гепатитів практично у всіх колоніях доступні тільки за переадресацією до обласних лікарень або центрів СНІДу. У жодній установі на момент дослідження не було швидких тестів на гепатити В і С.

«У нас був проект з організацією «Здоров'я. Жінка. Довголіття», тоді проект передбачав діагностику гепатитів. Коли проект закінчився, доступу до цього немає» (медичний працівник колонії, м. Одеса).

«Безпосередню в колонії ми не проводимо такої діагностики (на гепатит В і С). В нас немає лабораторії. А в умовах обласної лікарні можливо» (лікар-психіатр колонії, м. Львів).

Діагностика та лікування ІПСШ у колоніях, на думку експертів, є менш актуальними, ніж гепатити або туберкульоз. Причиною таких тверджень є обов'язкове обстеження на ІПСШ у СІЗО. Медичні працівники колоній зазначали про рідкість звернень засуджених щодо інфікування ІПСШ. Разом з тим 28 експертів з 38 підтвердили доступність послуги з діагностики ІПСШ: є можливість взяття крові, мазків. Власне, здійснення аналізу крові і лікування доступне тільки за переадресацією в центрі СНІДу або спеціалізованих лікарнях. Швидкі тести на ІПСШ не поширені.

«У СІЗО обстежуються на сифіліс. Це в обов'язковому порядку. У СІЗО є лікар-дерматовенеролог, і хворі венеричними захворюваннями не потрапляють в колонії, вони йдуть у спеціалізовані лікарні. Обстежують на ІПСШ 100%. Це на ВІЛ тільки за згодою, а ІПСШ – обов'язково» (лікар-епідеміолог колонії, АР Крим).

«В основному 90% засуджених ті всі обстеження пройшли в слідчих ізоляторах. За останній рік жо-

ден засуджений не звернувся для проведення обстеження на ІПСШ» (медичний працівник колонії, м. Тернопіль).

Діагностика туберкульозу обов'язково здійснюється у всіх колоніях двічі на рік методом флюорографічних досліджень. У переважній більшості колоній медичні працівники повідомляли про наявність флюорографів, а там, де їх не було, під час планового огляду приїжджали мобільні флюорографічні кабінети з протитуберкульозного диспансеру. За місяць до звільнення з колонії засуджені також зобов'язані пройти флюорографію. Мікроскопія мокротиння здійснюється тільки в разі підозри туберкульозу за показанням лікарів. Експерти зазначають, що засуджені можуть звернутися по діагностику туберкульозу в будь-який час поза рамками планових обстежень.

«Методом флюорографічних досліджень і мікроскопії мокротиння на виділення мікобактерії туберкульозу. Це обстеження проводиться всім у плановому порядку і за місяць до звільнення з колонії. Це рентген, флюорографічний метод. А мікроскопія мокротиння – за показаннями. Тим, хто кашляє більше трьох тижнів, або тим, у кого є підозра на туберкульоз» (медичний працівник колонії, м. Одеса).

Лікування активної форми туберкульозу здійснюється тільки в протитуберкульозному диспансері або спеціальних колоніях, де є протитуберкульозні лікарні. До переведення в лікарню хворі засуджені перебувають у протитуберкульозному ізоляторі. У разі відсутності активної форми хвороби лікування здійснюється в самих колоніях: надаються медикаменти, призначається дієтичне харчування, установлюються кварцеві лампи.

«Призначаємо дієтичне харчування, установлюємо кварцеві лампи. Хворих з активною формою туберкульозу розміщуємо в один гуртожиток. Для того щоб хворого направити в тублікарню (ми ж тут не лікуємо туберкульоз), ми повинні зробити запит за 24 години. І потім ми виділяємо наряд і відправляємо цих хворих в лікарню. А до цього у нас є протитуберкульозний ізолятор» (лікар терапевт колонії, м. Житомир).

Про доступність лікування наркотичної залежності повідомили близько половини експертів із числа осіб, компетентних у питаннях колоній. Під лікуванням розумілася лише ізоляція від вживання наркотиків (серед тих, хто спростовує наявність практик вживання наркотиків у колоніях) та надання психологічної допомоги. В одній з колоній засудженим з наркотичною залежністю були доступні курси вітамінотерапії. Детоксикація не доступна у всіх колоніях, які брали участь у дослідженні.

«В основному, це психотерапія. Оскільки всі гострі стадії абстиненції пройшли, коли вони ще перебували в СІЗО. Тобто, у нас вони вже в «стані відміни»» (лікар-психіатр колонії, АР Крим).

«До нас приходять пацієнти, у яких вже залишкове явище. Для цих пацієнтів ми проводимо курси вітамінотерапії. Загалом-то, більшого в наших умовах ми робити не можемо» (лікар-психіатр колонії, м. Харків).

Базовий пакет послуг у СІЗО. Система послуг з профілактики ВІЛ у СІЗО практично не відрізняється від колоній. Так само до базового пакета послуг у більшості випадків входять інформаційно-освітні заходи, поширення презервативів та дезінфектантів, діагностика ІПСШ, гепатитів і туберкульозу.

Особливістю заходів з інформування про ВІЛ у СІЗО є їх індивідуальний характер, що зумовлюється більшою ізольованістю ув'язнених у СІЗО порівняно із засудженими в колоніях. Тут відсутні групові заняття та консультації. Засоби пасивного інформування (буклети, стенди тощо), а також лекції щодо ВІЛ у радіомережі доступні.

«В основному, це бесіди. Зібрати велику кількість слідчо-заарештованих, враховуючи специфіку нашої установи, ми не можемо, щоб провести лекцію» (медичний працівник СІЗО, м. Харків).

Хоча тільки двоє експертів, компетентних у питаннях СІЗО, зазначили про відсутність програм роздачі презервативів, більшість працівників СІЗО вважають таку практику неактуальною через відсутність

можливості тривалих побачень у таких установах. Винятком є група ув'язнених, що працюють у господарському обслуговуванні. Їм доступні тривалі побачення з членами родини. Презервативи, як правило, зберігаються в медчастинах і надаються за вимогою.

«На мій погляд, в СІЗО в програмах з розповсюдження презервативів необхідності явної немає, це просто будуть витрачатися кошти абсолютно даремно» (медичний працівник СІЗО, м. Харків).

Таблиця 3.2.1.4

Розподіл відповідей експертів щодо наявності тих чи інших профілактичних послуг у СІЗО, осіб

<i>НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ – немає відповіді, питання не задавалося</i>	Серед загалу експертів, компетентних у питаннях СІЗО (N=20)				Серед представників обласних управлінь ДПтС України (N=10)				Серед працівників СІЗО, та працівників громадських організацій, що відвідують СІЗО (N=10)			
	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
Інформаційні заходи, акції з профілактики ВІЛ серед ув'язнених	13	0	0	7	5	0	0	5	8	0	0	2
Безкоштовна роздача презервативів	12	2	1	5	5	1	0	4	7	1	1	1
Безкоштовна роздача дезінфектантів	8	4	1	7	5	1	0	4	3	3	1	3
Анонімне ДКТ	14	0	1	5	6	0	0	4	8	0	1	1
Діагностика та лікування гепатиту В і С	12	0	2	6	6	0	0	4	6	0	2	2
Діагностика та лікування ІПСШ	12	0	2	6	6	0	0	4	6	0	2	2
Діагностика та лікування туберкульозу	17	0	0	3	7	0	0	3	10	0	0	0
Кімнати безпечного вживання наркотиків*	-	-	-	-	0	5	0	5	-	-	-	-
Безкоштовна роздача шприців*	-	-	-	-	0	3	0	7	-	-	-	-
Замісна підтримуюча терапія*	-	-	-	-	0	3	0	7	-	-	-	-
Лікування наркотичної залежності	8	8	1	3	6	2	0	2	2	6	1	1

* Питання ставилося тільки представникам управління державної пенітенціарної служби/державного департаменту з виконання покарань.

«Як правило, розповсюдження презервативів немає, у нас окремо містяться чоловіки і жінки, а тривалі побачення в умовах слідчого ізолятора не надаються. Є маленька абсолютно категорія людей, які залишені для роботи в господарському обслуговуванні, у них в кожному ізоляторі є кімната тривалих побачень, куди можуть приїжджати родичі. Там є презервативи» (представник обласного управління ДПтС України, м. Чернігів).

Ситуація із дезінфектантами у СІЗО аналогічна, як у колоніях. Такі засоби доступні, часто в межах

централізованого фінансування, проте окремої роздачі препаратів немає. Готові розчини можуть надаватися ув'язненим за вимогою.

«Особисто спиртових та індивідуальних деззасобів ув'язненим не видаються, це нічим не передбачено. В принципі є деззасоби, отримані централізовано. Людина-дезінфектор займається розведенням робочих розчинів, і розносить їх як по камерах, так і по всіх об'єктах слідчого ізолятору» (представник обласного управління ДПтС України, м. Чернігів).

Послуга з ДКТ є доступною у всіх СІЗО, що брали участь у дослідженні. Лікарі, відповідальні за надання таких послуг, добре ознайомлені з протоколом тестування та консультування. З боку експертів не було повідомлень про випадки недобровільного тестування на ВІЛ. Швидкі тести не поширені, як правило, проводиться ІФА-тестування, а вже аналіз крові здійснюється в центрі СНІДу.

«ІФА. Швидкими не користуємося» (медичний працівник СІЗО, м. Донецьк)

На думку більшості експертів близько 10–15% ув'язнених у СІЗО виявляють зацікавленість у тестуванні на ВІЛ без проведення попереднього інформування та консультування; ще третина зазвичай виявляє готовність до тесту після участі в інформаційно-освітніх заходах.

«10% тільки звертаються для обстеження на ВІЛ інфекцію» (медичний працівник СІЗО, м. Харків).

Діагностика ІПСШ та туберкульозу є обов'язковою і здійснюється серед усіх ув'язнених, часто у медичних частинах СІЗО. Тестування на гепатити доступне, але тільки за переадресацією. Лікування хвороб доступне тільки в закладах охорони здоров'я.

«Не засуджені вони. Повинні лікуватися і лікуються в органах охорони здоров'я. Питання організації охорони – то вже інше. Медчастина – для невідкладних якихось станів. Коли є хвороба, підозра – це консультація обов'язково в органах охорони здоров'я. А лікування в органах охорони здоров'я за умов забезпечення відповідної охорони» (представник обласного управління ДПтС України, м. Львів).

На відміну від колоній, у СІЗО практикується надання детоксикаційної терапії для ув'язнених з наркотичною залежністю. Про це повідомили 8 експертів з 20. Одночасно надається лікування психологічної залежності від наркотичних речовин.

«Звичайно, бували випадки, коли прибувають до СІЗО з абстинентним синдромом, і звичайно, їм надається систематична терапія, щоб зняти інтоксикацію» (представник обласного управління ДПтС України, м. Чернігів).

3.2.2. Доступність послуг для ВІЛ-позитивних ув'язнених і ставлення до них з боку співробітників пенітенціарних установ та інших ув'язнених

Серед представників обласних управлінь ДПтС України не було осіб, які б вагалися стосовно доцільності впровадження програм з догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих, зокрема надання АРТ та консультування (табл. 3.2.2.1). Вони також вважають, що ці програми повністю регламентуються поточними нормативно-правовими актами, як у колоніях, так і в СІЗО, і з точки зору законодавства перепон щодо надання послуг для ВІЛ-інфікованих ув'язнених немає.

Таблиця 3.2.2.1

Розподіл відповідей представників обласних управлінь ДПтС України щодо регламентованості тих чи інших профілактичних послуг для ВІЛ-позитивних нормативно-правовими актами та їх необхідності у колоніях і СІЗО, осіб (N=10)

НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ – немає відповіді, питання не ставилося	Чи дозволено нормативно-правовими актами?				Чи повинна бути ця послуга в колонії?			
	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
У колоніях								
Догляд та підтримка ВІЛ-позитивних	9	0	0	1	7	0	0	3
Видача АРВ-препаратів для ВІЛ-позитивних	9	0	0	1	7	0	0	3
Консультування про безпечну поведінку для ВІЛ-позитивних	9	0	0	1	7	0	0	3
У СІЗО								
Догляд та підтримка ВІЛ-позитивних	5	0	0	5	4	0	0	6
Видача АРВ-препаратів для ВІЛ-позитивних	5	0	0	5	4	0	0	6
Консультування про безпечну поведінку для ВІЛ-позитивних	5	0	0	5	4	0	0	6

І працівники колоній, і працівники СІЗО, а також представники громадських організацій погоджуються, що на поточний момент у пенітенціарних установах доступні послуги з догляду та підтримки ВІЛ-позитивних ув'язнених, консультування їх про безпечну поведінку та видача АРВ-препаратів (табл. 3.2.2.2).

Експертне опитування свідчить, що призначають АРТ-терапію частіше фахівці центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, оскільки посада лікаря-інфекціоніста в медичних частинах СІЗО/колоній рідко присутня в штатному розкладі. Моніторинг АРТ у колоніях здійснюють лікарі медчастин, які відповідальні за напрямок роботи з ВІЛ-інфікованими та пройшли навчання з питань проведення АРТ. У СІЗО моніторинг АРТ здійснюють фахівці центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. У разі необхідності засуджену ВІЛ-інфіковану особу за її згодою направляють для призначення до багатопрофільної лікарні пенітенціарної служби, де впроваджено АРТ, або розпочинають АРТ в умовах стаціонару медичної частини УВП під наглядом фахівця центру СНІДу.

«При настанні у людини показань до лікування робиться запит на лікування в лікарню. Це, як правило, кілька тижнів. Там вона обслідується тими методами, які у нас недоступні, і призначається АРВ-терапія. Проходить адаптаційний період, вона повертається до нас, а ми вже проводимо подальший моніторинг стану» (медичний працівник колонії, м. Одеса).

І працівники пенітенціарних установ, і працівники громадських організацій стверджують, що внаслідок активних освітньо-інформаційних профілактичних програм серед ув'язнених зростає довіра до АРТ.

Якщо раніше засудженні відмовлялися від прийому АРВ-препаратів, то тепер вони гостро їх потребують. І вони вже між собою знають, що це діє, що це продовжує життя, що вони краще себе почувають (представник громадської організації, м. Тернопіль).

Згідно з чинними регламентуючими документами видача антиретровірусних препаратів засудженим та особам, узятим під варту, на амбулаторному етапі проводиться з розрахунку на одну добу згідно з призначеною схемою. Опитані експерти підтверджують ефективність такої схеми, зокрема через поширеність випадків продажу антиретровірусних препаратів за умов їх надання на декілька діб.

Таблиця 3.2.2.2

Розподіл відповідей експертів щодо наявності тих чи інших профілактичних послуг для ВІЛ-позитивних у колоніях і СІЗО, осіб

НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ – немає відповіді, питання не ставилося	Серед загалу експертів				Серед представників обласних управлінь ДПтС України				Серед працівників колоній, громадських організацій			
	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
У колоніях (38 компетентних експертів: 10 представників управління державної пенітенціарної служби/державного департаменту з виконання покарань та 28 працівників колоній, громадських організацій)												
Догляд та підтримка ВІЛ-позитивних	37	0	0	1	9	0	0	1	28	0	0	0
Видача АРВ-препаратів для ВІЛ-позитивних	37	0	0	1	9	0	0	1	28	0	0	0
Консультавання про безпечну поведінку для ВІЛ-позитивних	37	0	0	1	9	0	0	1	28	0	0	0
У СІЗО (20 компетентних експертів: 10 представників управління державної пенітенціарної служби/державного департаменту з виконання покарань та 10 працівників СІЗО, громадських організацій)												
Догляд та підтримка ВІЛ-позитивних	15	0	0	5	5	0	0	5	10	0	0	0
Видача АРВ-препаратів для ВІЛ-позитивних	16	0	0	4	6	0	0	4	10	0	0	0
Консультавання про безпечну поведінку для ВІЛ-позитивних	15	0	0	5	5	0	0	5	10	0	0	0

Медична допомога хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, зокрема АРТ, включає проведення обов'язкового диспансерного нагляду і лікування опортуністичних захворювань. Разом з тим, забезпеченість препаратами для лікування опортуністичних захворювань у пенітенціарних установах є гіршою порівняно з АРТ.

«В них така хвороба, що їм треба посилене харчування, їм треба вітаміни, їм треба додаткові ліки, яких не завжди вистачає» (працівник громадської організації, м. Тернопіль).

На думку більшості експертів, для ВІЛ-інфікованих ув'язнених немає обмежень у доступі до тих чи інших спеціалістів медичних частин і соціально-психологічних служб, оскільки інформація про статус залишається конфіденційною і наявна тільки в лікаря, що відповідає за ДКТ та роботу з ВІЛ-інфікованими. Відповідно до рекомендацій ВООЗ працівники колоній і СІЗО ставляться до всіх ув'язнених як потенційно ВІЛ-інфікованих.

«Лікувальну допомогу може надавати будь-який з медиків, які можуть знати, а можуть і не знати про їх статус, але як правило вони [ВІЛ-інфіковані засуджені] повідомляють» (лікар-психіатр колонії, АР Крим).

«Окремою групи ВІЛ-позитивних як такої у мене немає. Тому що це вже буде порушення конфіденційності, якщо я собі зроблю такий список. Рекомендують до всіх ставиться як до потенційно ВІЛ-інфікованих» (психолог колонії, м. Одеса).

Разом з тим, у частині інтерв'ю наголошувалося, що ув'язнені часто самі розголошують статус як спеціалістам, так і оточенню.

«Дуже швидко розходиться інформація. Хто є хто» (старший психолог колонії, м. Житомир).

Більшість експертів усіх груп вважали явище стигми та дискримінації ВІЛ-інфікованих фактом минулого і зазначали про відсутність таких проблем у пенітенціарних установах на поточний час. Це стосувалося як ставлення персоналу, так і самих ув'язнених до ВІЛ-інфікованих.

«Абсолютно ніяких. Там, де вони знаходяться, основна частина ув'язнених навіть не знає, що поруч з ними живе ВІЛ-інфікований. Крім окремих випадків, коли вони самі виставляють це всім на показ. Щодо негативних реакцій – ніяких не було. Люди зараз ставляться до цього з більшим терпінням, ніж раніше» (лікар-психіатр колонії, м. Харків),

«Як до всіх людей, тим більше вони ж не знають, хто ВІЛ-інфікований, ми тільки знаємо, і то не всі. Раніше було, наприклад, під склом висів список ВІЛ-інфікованих людей» (лікар-терапевт колонії, м. Житомир).

Лише в одному інтерв'ю повідомлялося про стигматизуюче ставлення самих ув'язнених до ВІЛ-інфікованих.

«Самі ув'язнені, вони ж цього бояться, і вони намагаються не контактувати» (старший психолог колонії, м. Житомир).

Проте говорити про повне подолання проблеми стигми та дискримінації зарано. Окремі представники громадських організацій підкреслювали, що стикаються з такими випадками під час проведення профілактичних заходів у пенітенціарних установах.

«Стигматизація наявна. Не в великому об'ємі, але є. Дискримінаційних моментів стало менше у плані постригти або якихось інших процедур» (соціальний працівник громадської організації, м. Харків).

Крім цього в інтерв'ю згадувалися факти порушення прав ув'язнених, зокрема ВІЛ-інфікованих, які розумілися персоналом пенітенціарних установ як цілком прийнятні. Наприклад, в одному з інтерв'ю психолог колонії просив надати інформацію про результат ДКТ, хоч і з метою надання психологічної допомоги.

«Було таке, що засуджена йшла, каже: «Ось я йду здавати тест на ВІЛ». Я кажу: «Добре. Прийдеш, розкажеш результат». Тому що, людина на обліку перебуває, щоб, не дай Бог, вона потім з собою щось не зробила» (психолог колонії, м. Одеса).

Один з працівників колоній взагалі наголошував на необхідності ізоляції ВІЛ-інфікованих від загалу засуджених, оскільки, на його думку, перебування в загальній масі є небезпечним, хоча це суперечить чинним нормативно-правовим документам та рекомендаціям ВООЗ.

«Я вважаю, їх потрібно відокремлювати, оскільки це дуже небезпечно для інших, можна заразитися, якщо вони разом. Краще просто окремі приміщення створювати, окреме відділення, щоб з ними працювали не тільки начальники відділень, а й психіатри, люди, які знають, що треба робити з такими людьми» (соціальний працівник колонії, м. Харків).

В одній з колоній ВІЛ-інфіковані засуджені не могли працювати у сфері господарського обслуговування, хоча нормативно-правові акти таких заборон не містять.

«Бар'єри існують, ми їх [ВІЛ-інфікованих засуджених] не беремо в хозобслугову» (терапевт СІЗО, м. Львів).

Згідно зі ст. 89 Кримінально-виконавчого кодексу не дозволяється залишати для роботи з господарського обслуговування засуджених, що є іноземними громадянами; колишніми військовослужбовцями, засудженими за самовільне залишення частини та дезертирство; колишніми співробітниками правоохоронних органів, засудженими за тяжкі та особливо тяжкі злочини; особами, засудженими за злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотиків; засудженими за розкрадання зброї, боєприпасів та особами, які не мали постійного місця проживання. Однак відмова ВІЛ-інфікованим у роботі з господарського об-

слуговування суперечить рекомендаціям ВООЗ з профілактики ВІЛ/СНІДу у пенітенціарних установах.

Варто зазначити, що такі дискримінаційні твердження більше характеризували працівників, які або не проходили додаткового навчання з питань ВІЛ/СНІДу, або проходили його понад п'ять років тому.

3.2.3. Доступність специфічних послуг з профілактики та лікування ВІЛ для жінок

Серед представників обласних управлінь ДПтС України поширено нерозуміння актуальності специфічних послуг з профілактики та лікування ВІЛ для жінок, крім випадків профілактики вертикальної трансмісії.

«З точки зору передачі ВІЛ я не бачу особливої різниці між чоловіком і жінкою» (представник обласного управління ДПтС України, м. Черкаси).

«Так само, як і для чоловіків, це ті ж допомога і підтримка, супровід, це та ж допомога гігієнічними продуктами, можуть бути і серветки для особистої гігієни. Лікування здійснюється також на загальних підставах» (представник обласного управління ДПтС України, м. Донецьк).

Завагітніти під час перебування в колонії може бути цінністю, оскільки в такому разі з'являється можливість зменшити термін, отримати послаблення в режимі відбування покарання, особливе харчування. Тільки 3 з 10 представників обласних управлінь були впевнені в доступності АРВ-препаратів для вагітних ВІЛ-інфікованих жінок у СІЗО (табл. 3.2.3.1, табл. 3.2.3.2). Відносно колоній 6 з 10 експертів цієї групи вважали таку послугу доступною.

Таблиця 3.2.3.1

Розподіл відповідей представників обласних управлінь ДПтС України щодо регламентованості послуг з профілактики та лікування ВІЛ для жінок нормативно-правовими актами та їх необхідності у колоніях і СІЗО, осіб (N=10)

НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ – немає відповіді, питання не ставилося	Чи дозволено нормативно-правовими актами?				Чи повинна бути ця послуга в колонії?			
	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
У колоніях								
Спеціальні програми для жінок	6	1	0	3	3	1	0	6
Видача АРВ-препаратів для вагітних ВІЛ + жінок	4	0	1	5	4	0	0	6
У СІЗО								
Спеціальні програми для жінок	3	2	1	4	2	1	0	7
Видача АРВ-препаратів для вагітних ВІЛ + жінок	3	0	1	6	3	0	0	7

У цілому медичні працівники колоній/СІЗО та представники громадських організацій обізнані щодо процедури догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих вагітних жінок. На їх думку, у пенітенціарних установах доступні всі послуги для зниження ризику інфікування дитини: інформаційно-освітні консультації для вагітних, призначення АРТ-препаратів матері під час вагітності, пологів і дитині відразу після народження; раціональне ведення пологів (плановий кесарів розтин); годування дитини молочною сумішшю замість грудного годування.

«То ж є спеціальні тюрми, куди вони їдуть і там народжують» (соціальний працівник громадської

організації, м. Тернопіль).

«Її спостерігає лікар в установі, а також ведеться консультування в міських медичних центрах, і вони отримують ту ж допомогу і ті ж препарати, що і в подібних випадках на волі. Тобто, це профілактична програма для запобігання ВІЛ-інфекції у плода» (представник обласного управління ДПтС України, м. Донецьк).

Таблиця 3.2.3.2

Розподіл відповідей експертів щодо наявності послуг з профілактики та лікування ВІЛ для жінок у колоніях і СІЗО, осіб

НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ – немає відповіді, питання не ставилося	Серед загалу експертів				Серед представників обласних управлінь ДПтС України				Серед працівників колоній, громадських організацій			
	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
У колоніях (38 компетентних експертів: 10 представників управління державної пенітенціарної служби/державного департаменту з виконання покарань та 28 працівників колоній, громадських організацій)												
Спеціальні програми для жінок	10	3	6	19	6	1	0	3	4	2	6	16
У СІЗО (20 компетентних експертів: 10 представників управління державної пенітенціарної служби/державного департаменту з виконання покарань та 10 працівників колоній, громадських організацій)												
Спеціальні програми для жінок	6	5	4	5	3	3	0	4	3	2	4	1

3.2.4. Робота щодо інформування і переадресації осіб, які готуються до виходу із колоній, щодо послуг з профілактики та лікування, які надаються в регіонах, куди відбувають звільнені

Безпосередньо персоналом колоній робота щодо інформування і переадресації осіб, які готуються до виходу, щодо послуг з профілактики та лікування проводиться, головним чином серед ВІЛ-інфікованих, а загал засуджених, що не мають статусу, скоріше, інформуються працівниками громадських організацій.

«В цьому нам допомагають громадські організації, які проводять семінари, тренінги, а також психологічну підтримку цим людям, поки вони знаходяться у нас в системі, а також підтримують їх на стадії звільнення, навіть і після звільнення» (представник обласного управління ДПтС України, м. Донецьк).

4 з 42 експертів зазначили, що в колоніях, де вони працюють, робота щодо інформування і переадресації осіб, які готуються до виходу з колоній, щодо послуг з профілактики та лікування, які надаються в регіонах, куди відбувають звільнені, не проводиться (табл. 3.2.4.1).

Згідно нормативними документами перед звільненням ВІЛ-інфікованої особи, яка отримує АРТ, заклад охорони здоров'я пенітенціарної служби видає на руки особі, яка звільняється, направлення до центру профілактики та боротьби зі СНІДом за обраним нею місцем проживання та медичну довідку із зазначенням клінічної стадії захворювання та призначеного лікування; а також забезпечує особу, яка звільняється, запасом антиретровірусних препаратів з розрахунку на один місяць лікування. За результатами експертного опитування, такий порядок дотримується.

Таблиця 3.2.4.1

Розподіл відповідей експертів щодо доступності інформування і переадресації осіб, які готуються до виходу із колоній стосовно послуг з профілактики та лікування, осіб

<i>НЗ/ВВ – не знаю, важко відповісти; НВ – немає відповіді, питання не ставилося</i>	Так	Ні	НЗ/ВВ	НВ
Серед представників управління державної пенітенціарної служби/державного департаменту з виконання покарань (N=10)	10	0	0	0
Серед працівників колоній, громадських організацій (N=28)	20	4	0	4
Серед загалу експертів, компетентних у питаннях колоній (N=38)	30	4	0	4

«На руки людині дається виписка, в принципі, кожен знає, куди він прямує після звільнення, і роль нашого медпрацівника – зв'язатися з тим центром СНІДу з регіону і його туди направити. Дати людині інформацію, розповісти, що необхідно стати на облік, куди йому треба звернутися» (представник обласного управління ДПтС України, м. Чернігів).

Разом з тим, в одному з інтерв'ю повідомили про видачу АРВ-препаратів на тримісячний термін вживання, хоча це не передбачено законодавством.

«І якщо вони приймали АРТ, забезпечуються препаратами на тримісячний термін вживання» (представник обласного управління ДПтС України, м. Тернопіль).

3.3. Оцінка ефективності послуг з профілактики та очікування для ув'язнених

Експерти всіх категорій вважають, що профілактична робота щодо ВІЛ наразі відбувається успішно, незважаючи на наявність ряду бар'єрів (див. параграф 2.5). Респонденти зазначали про стабілізацію ситуації з поширенням ВІЛ у пенітенціарних установах, ріст зацікавленості до таких заходів серед ув'язнених, покращення доступу до ДКТ і АРТ та зменшення випадків стигми і дискримінації.

«У нас дуже маленький відсоток тих, що вперше захворіли саме в пенітенціарній службі. Тому я, наприклад, вважаю, що профілактичні програми дієві, вони працюють» (представник обласного управління ДПтС України, м. Луганськ).

«Судячи з тієї кількості засуджених, які ходять на лекції, на семінари, то, в принципі, я думаю, що досить успішно реалізуються ці профілактичні програми» (психолог колонії, м. Полтава).

Значна частина експертів вважають запоруку успіху профілактичної роботи в тісній співпраці з громадськими організаціями, що підтримують пенітенціарні установи, фінансуючи окремі компоненти профілактики та надаючи своїх спеціалістів для роботи.

«Думаю, що досить успішно, тому що ефект роботи з громадськими організаціями для мене безсумнівний – я відправляю людей туди на бесіди для підтримки, і люди приходять звідти зовсім інші, з ними можна спілкуватися, працювати далі, вони вже по-іншому сприймають все» (медичний працівник колонії, м. Одеса).

«Профілактика в колоніях йде повним ходом» (працівник громадської організації, м. Харків).

ВИСНОВКИ

Ефективність політики з профілактики ВІЛ у пенітенціарних установах залежить від розуміння наявних ризиків та узгодженості дій серед різних зацікавлених сторін. У цьому контексті проведене експертне дослідження, що охоплює як представників обласних управлінь ДПтС України – ключових учасників адвокаційного простору, так і безпосередніх надавачів послуг – персонал пенітенціарних установ і працівників громадських організацій, дозволяє оцінити, в якій мірі політика щодо забезпечення наявності, доступності і якості послуг з попередження і лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу є успішною, чи наявна і в чому полягає неузгодженість координації сторін, а також наскільки розуміння ситуації зацікавленими сторонами відповідає реальним фактам.

Дослідження продемонструвало, що визнання актуальності ВІЛ-профілактичних програм у пенітенціарних установах не завжди має однакове підґрунтя. І персонал колоній/СІЗО і представники управлінь вважають введення профілактичних програм доцільним, але останні більше приділяють увагу первинній (загальні інформаційні компанії в установах) та третинній профілактиці (догляд і підтримка ВІЛ-інфікованих), аніж вторинній через спростування наявності фактів ризикової поведінки в пенітенціарних установах.

Наразі пакет послуг в установах пенітенціарної системи включає інформаційні заходи, акції з профілактики ВІЛ серед ув'язнених колоній/СІЗО, послуги з добровільного анонімного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (ІФА-тести), діагностику ІПСШ, діагностику і лікування туберкульозу, послуги з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих. При цьому повнота надання послуг з профілактики та догляду і підтримки залежить від того, чи отримують громадські організації регіону гранти на впровадження таких програм – це істотно обмежує універсальність охоплення з точки зору кількості людей та географії. Послуги з діагностики і лікування гепатитів В і С доступні тільки в окремих колоніях або через процедуру етапування до відповідних лікарень. Швидке тестування на ВІЛ, ІПСШ, гепатити є разовою практикою і доступне в окремих колоніях/СІЗО у разі надання їм відповідних тест-систем з боку громадських організацій. У переважній більшості пенітенціарних установ засоби індивідуального захисту постачають громадські організації. Такі заходи не завжди є регулярними і є установи, де відсутнє стале впровадження таких програм. У поодиноких випадках програми поширення презервативів фінансуються управліннями ДПтС України. Аналогічна ситуація з дезінфектантами. Лікування від наркотичної залежності у розумінні детоксикаційних процедур доступне тільки в СІЗО.

Критичним моментом залишається впровадження програм зі зменшення шкоди для ув'язнених СН: обмін шприців, ЗПТ. По-перше, такі програми практично не мають підтримки ані з боку представників управлінь, ані персоналу колоній і СІЗО, хоча існують докази того, що пункти обміну шприців і ЗПТ можуть бути реалізовані в пенітенціарних установах всіх рівнів безпеки, що це є ефективним для зменшення рівня поширення ВІЛ-інфекції і що такі програми не призводять до збільшення споживання наркотиків, зокрема ін'єкційних⁷. Серед працівників пенітенціарних установ поширена думка, що перебування в колоніях/СІЗО вже є елементом лікування від наркотичної залежності, бо ув'язнені не мають доступу до наркотиків. Разом з тим невпровадження програм обміну шприців та ЗПТ у колоніях/СІЗО є не стільки наслідком власного неприйняття, скільки відсутністю відповідного наказу Державної пенітенціарної служби. Експерти наголошують, що за умов внесення змін у законодавство, такі програми було б розпочато. На поточний момент ув'язнені, які вже були клієнтами ЗПТ, мають можливість отримувати терапію під час перебування в СІЗО. Відповідно рекомендаціям ВООЗ з профілактики ВІЛ в установах пенітенціарної системи на момент підготовки даного звіту відбувається процедура узгодження спільного наказу Міністерства охорони здоров'я, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України та Державної служби України з контролю за наркотиками "Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії".

Не завжди усвідомлюється, що доступність послуг передбачає не тільки їх наявність, але й легкість от-

7 World Health Organization (1993). WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva: WHO (WHO/GPA/DIR/93.3).

римання. Наприклад, поширені випадки, коли презервативи доступні тільки в медичних частинах, і ув'язнені мають просити їх. Хоча немає досліджень, які визначають, що рівень поширення ВІЛ та ІПСШ зменшується завдяки використанню презервативів в ув'язненні, є дані, що ув'язнені частіше користуються презервативами під час статевих контактів, коли їх не потрібно просити і можна брати, так щоб не бачив персонал установ та інші ув'язнені.

Випадки стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих ув'язнених, за оцінками експертів всіх груп, стають дедалі рідшими. Разом з тим, під час опитування були зафіксовані факти порушення прав ув'язнених, зокрема ВІЛ-інфікованих (як з боку персоналу установ, так і з боку самих ув'язнених), які дозволяють стверджувати, що ця проблема залишається актуальною. Це актуалізує систематичне проведення інформаційних компаній відносно зняття стигми та дискримінації серед загалу надавачів послуг з профілактики ВІЛ ув'язненим.

Проблемними моментом залишається профілактика насильства в установах пенітенціарної системи. Світовий досвід інтервенцій у в'язницях і рекомендації ВООЗ свідчать про необхідність обліку таких випадків (згвалтування, сексуальна експлуатація легко вразливих ув'язнених) та надання постраждалим доступу до постконтактної профілактики. Наразі такі інтервенції в українських колоніях і СІЗО відсутні.

У цілому варто підкреслити, що організація профілактичної роботи щодо ВІЛ демонструє значний розвиток. Сформовано тісне партнерство з громадськими та релігійними організаціями, які частково покривають прогалини в недостатньому фінансуванні таких програм за рахунок бюджетів та забезпечують необхідними спеціалістами в умовах нестачі персоналу. У всіх пенітенціарних установах впроваджуються інформаційно-освітні заходи, поширення засобів індивідуального захисту, добровільне ДКТ та післятестове консультування, діагностика ІПСШ і туберкульозу. У співпраці з центрами СНІДу налагоджена система догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих ув'язнених, зокрема надання АРТ безпосередньо в колоніях/СІЗО.

Проте лівова частка інтервенцій реалізується через реципієнтів грантів Глобального фонду силами громадських організації (профілактичні заходи, навчання персоналу колоній/СІЗО, догляд і підтримка) та центри СНІДу (супровід АРТ), в той час як за рахунок фінансування пенітенціарної служби, більшою мірою, реалізуються методи пасивного та активного інформування про епідемію, ДКТ і лікування опортуністичних захворювань. При цьому попит на препарати часто перевищує наявні ресурси. У разі обмежень гранту Глобального фонду на наступні роки або за умов його відсутності ув'язнені будуть позбавлені значної частини інтервенцій. Зважаючи, що політикою Глобального фонду є збільшення питомої ваги державного фінансування щодо профілактики ВІЛ у пенітенціарних установах, вже сьогодні важливою є оптимізація бюджетів та регулярна розробка фандрайзингових планів із залучення додаткових ресурсів.

Окрім браку фінансування, до ключових бар'єрів щодо профілактики ВІЛ у пенітенціарних установах належать: брак необхідних спеціалістів серед персоналу колоній/СІЗО (головним чином, відсутність інфекціоністів); неузгодженість нормативно-правової бази МОЗ та ДПтС; нестача медикаментів для АРТ та опортуністичних препаратів; брак засобів індивідуального захисту для ув'язнених (головним чином, серветки, дезінфектанти, гігієнічні засоби).

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Зважаючи на рекомендації ВООЗ щодо профілактики ВІЛ/СНІДу у в'язницях та враховуючи дані експертного опитування, для оптимізації профілактичної роботи щодо ВІЛ у пенітенціарних установах України рекомендується:

- у частині поінформованості з питань ВІЛ/СНІДУ:

- інформувати працівників системи пенітенціарних закладів та інших зацікавлених сторін щодо результатів біо-поведінкових досліджень про поширеність ризикової поведінки стосовно інфікування ВІЛ серед ув'язнених шляхом розсилки буклетів, аналітичних звітів в обласні управління ДПтС України та безпосередньо у колонії/СІЗО та громадські організації, які співпрацюють з пенітенціарними закладами;
- регулярно в інформаційно-освітніх заходах як серед персоналу, так і самих ув'язнених порушувати питання протидії стигматизації та дискримінації;
- інформаційні і освітні програми мають узгоджуватися з іншими стратегіями, зокрема ув'язнені мають забезпечуватися профілактичними засобами (презервативи, стерильне обладнання), щоб діяти відповідно до інформації та навичок, які вони отримують;

- у частині консультування та тестування на ВІЛ:

- тестування на ВІЛ має передбачати як доступність цієї послуги в установах пенітенціарної служби (під час потрапляння у колонії/СІЗО і в процесі всього терміну ув'язнення), так і систему мотивування ув'язнених до проходження тесту. Тестування на ВІЛ має бути добровільним, щоб не викликати негативних наслідків, включаючи сегрегацію ув'язнених;

- у частині програм поширення презервативів:

- забезпечити наявність презервативів у кімнатах побачень та вивчити можливість та доцільність впровадження пунктів роздачі презервативів на зразок роздаткових автоматів, що не вимагають ув'язнених просити такі засоби індивідуального захисту в персоналу;
- на додаток до презервативів доцільно поширювати лубриканти, оскільки їх застосування знижує ризик розриву презерватива та відповідно зменшує ризик інфікування ВІЛ;

- у частині боротьби із сексуальним насильством:

- доцільно розробити та запровадити в колоніях/СІЗО стратегію підвищення виявлення, попередження і скорочення всіх форм сексуального насильства;
- жертви сексуального насильства в колоніях/СІЗО, які повідомили про незахищені статеві контакти або контакти з кров'ю в бійках, протягом 72 годин повинні мати доступ до постконтактної профілактики;

- у частині програм зменшення шкоди для СН:

- реалізувати пілотні інтервенційні моделі із впровадження пунктів утилізації шприців та впровадження ЗПТ у ряді колоній/СІЗО і забезпечити їх моніторинг і оцінку. Оцінка таких моделей має бути спрямована на вирішення оперативних питань і усунення прогалин у дослідженнях;
- за умов відсутності програм обміну шприців та ЗПТ в установах пенітенціарної системи важливо регулярно забезпечувати ув'язнених дезінфектантами для стерилізації ін'єкційного інструментарію. Дезінфектанти мають бути легкодоступні для ув'язнених в різних місцях колоній/СІЗО, разом з інформаційно-освітніми матеріалами щодо їх використання;

- у частині впровадження більш безпечних татуювань:

- доцільно розробити та впровадити інтервенції щодо безпечних татуювань у колоніях/СІЗО (надання дезінфектантів для стерилізації обладнання, інформаційно-освітніх матеріалів з цієї тематики).

Додаток 1

Характеристика опитаних експертів

№	Область	Місце роботи експерта	Посада	Стать	Вік	Стаж роботи, років	Дата опитування	Тривалість (хв)
Працівники медичної служби колоній								
1	АР Крим	ВК №102	Лікар-психіатр	ч	35	1	20.12.11	30
2	Донецька	ВК № 87	Начальник медичної частини, довірений лікар по ВІЛ/СНІДУ	ч	44	7	19.12.11.	24
3	Миколаївська	ВК № 53	Лікар-психіатр	ч	54	5	21.12.11	52
4	Харківська	ВК № 12	Лікар	ч	46	1,5	20.12.11	50
5	Черкаська	ВК № 62	Завідувач аптеки	ч	41	5	19.12.11	40
6	Одеська	ВК № 74	Начальник медичної частини	ж	34	5	23.12.11	53
7	Полтавська	ВК № 64	Лікар-нарколог	ч	27	2,5	13.12.11	40
8	Житомирська	ВК № 4	Лікар-організатор охорони здоров'я вищої категорії	ч	55	1	20.12.11	52
9	Луганська	ВК № 36	Начальник медичної частини	ч	42	8	19.12.11	32
10	Львівська	ВК № 30	В.о. начальника медичної частини	ч	49	0,5	23.12.11	49
11	Тернопільська	Бережанська виховна колонія	Начальник медичної частини	ч	37	11	23.12.11	37
12	Чернігівська	ВК № 44	Лікар-психіатр-нарколог	ч	53	25	23.12.11	20
Працівники соціально-психологічної служби колоній								
13	АР Крим	ВК № 102	Соціальний працівник	ч	42	1,5	22.12.11	29
14	Харківська	ВК № 12	Керівник відділення соціально-виховної та психологічної служби	ч	25	1	15.12.11	40
15	Одеська	ВК № 74	Психолог	ж	35	7	22.12.11	40
16	Полтавська	ВК № 64	Психолог	ч	27	2,5	13.12.11	40
17	Житомирська	ВК № 4	Старший психолог	ч	36	0,5	20.12.11	39
18	Львівська	ВК № 30	Куратор по програмі ВІЛ/СНІДУ	ч	54	25	23.12.11	26

№	Область	Місце роботи експерта	Посада	Стать	Вік	Стаж роботи, років	Дата опитування	Тривалість (хв)
Працівники СІЗО								
19	Миколаївська	СІЗО	Старший інспектор	ч	26	2	30.12.11	21
20	Харківська	СІЗО	Лікар медсанчастини	ч	55	3,5	30.12.11	65
21	Одеська	СІЗО	Лікар, відповідальний за до-та післятестове консультування	ч	42	5	22.12.11	38
22	Луганська	СІЗО	Лікар-інфекціоніст кабінету інфекційних хвороб міжобласної багатопрофільної лікарні при Луганському СІЗО	ж	50	2	13.01.11	30
Працівники громадських та релігійних організацій								
23	Донецька	ДОБФ «Оберіг»	Координатор пенітенціарного напрямку	ж	51	3	21.12.11.	65
24	Миколаївська	ГО «Пенітенціарна ініціатива»	Соціальний працівник	ч	54	1	20.12.11	27
25	Харківська	ГО «Мережа ЛЖВ»	Директор обласного відділення	ч	37	1,5	04.01.12	45
26	Черкаська	БФ «Інсайт»	Керівник пенітенціарного напрямку	ж	25	2	21.12.11	50
27	Одеська	ГО «Здоров'я. Жінка. Довголіття»	Психолог і координатор напрямку по роботі з ВІЛ-позитивними та засудженими.	ж	27	3,5	22.12.11	56
28	Одеська	ОБФ «Дорога до дому»	Керівник напрямку «Профілактика ВІЛ в закладах пенітенціарної системи»	ж	45	5	27.12.11	39
29	Одеська	РО «Церков Надія»	Службовець	ж	44	12	27.12.11	25
30	Полтавська	БО «Світло Надії»	Керівник пенітенціарного напрямку	ч	36	2,5	13.12.11	90

№	Область	Місце роботи експерта	Посада	Стать	Вік	Стаж роботи, років	Дата опитування	Тривалість (хв)
31	Тернопільська	ГО «Джерела»	Керівник проекту з догляду та підтримки ВІЛ+ засуджених	ж	54	7	12.01.12	36
32	Чернігівська	ГО «Сеть ЛЖВ»	психолог	ж	30	7	26.12.11	12
Представники обласних управлінь Державної пенітенціарної служби України								
33	АР Крим	Державна пенітенціарна служба в області	Лікар-епідеміолог	ч	34	4	21.12.11	25
34	Донецька	Державна пенітенціарна служба в області	Начальник відділу охорони здоров'я	ч	36	1	23.12.11	52
35	Миколаївська	Державна пенітенціарна служба в області	Лікар-епідеміолог	ч	52	1	26.12.11	27
36	Черкаська	Державна пенітенціарна служба в області	Керівник медичного сектору та санітарно-епідеміологічної служби	ч	28	1,8	20.12.11	45
37	Одеська	Державна пенітенціарна служба в області	Старший інспектор-лікар сектору охорони здоров'я	ж	35	5	21.12.11	70
38	Житомирська	Державна пенітенціарна служба в області	Лікар-епідеміолог сектору охорони здоров'я	ч	51	8	20.12.11	40
39	Луганська	Державна пенітенціарна служба в області	Начальник сектору охорони здоров'я	ч	40	0,5	04.01.12	33
40	Львівська	Державна пенітенціарна служба в області	старший інспектор, лікар сектору охорони здоров'я	ч	38	0,5	24.12.11	57
41	Тернопільська	Державна пенітенціарна служба в області	Начальник медичного сектору	ч	36	1	04.01.12	41
42	Чернігівська	Державна пенітенціарна служба в області	Начальник сектору охорони здоров'я	ж	36	10	28.12.11	28