

vietās drīzāk raksturo diagnosticēto gadījumu īpatsvars no tiem, kuriem jebkad dzīves laikā veikts HIV/AIDS tests – 13%. Kā liecina IeVP un SPKC apkopotās statistikas dati, 2013. gadā no ieslodzījumā esošām 5139 personām – gan notiesātām, gan aizturētām – ar HIV inficēti bija 662 ieslodzītie jeb 13% (skat. 55. tabulu).

55. tabula. Ieslodzīto personu skaits, kuri inficēti ar HIV laika periodā no 2004. gada līdz 2013. gadam

	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Jaunatklātie HIV gadījumi	71	52	47	70	70	44	49	67	59	43
HIV izplatība	700	585	613	570	621	612	657	702	509	662

Avots: IeVP, SPKC dati

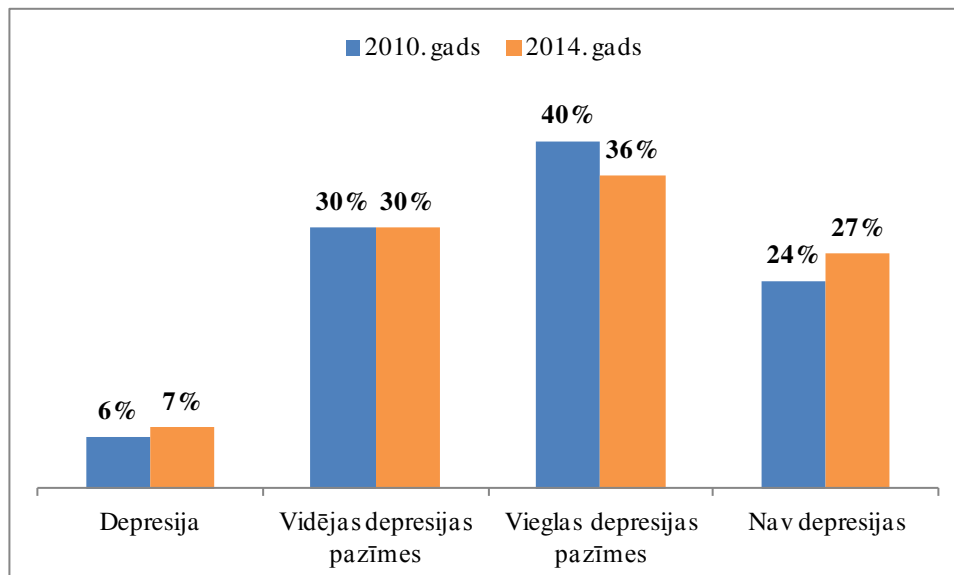
4.4. Notiesāto personu garīgā veselība

Līdzīgi kā 2010. gada aptaujā, lai novērtētu notiesāto personu garīgās veselības stāvokli, aptaujas anketā tika iekļauti divi testi – tests depresijas noteikšanai un tests vielu atkarības noteikšanai. Depresijas noteikšanai anketā tika izmantots *Lundbeck* tests, kurš ietver deviņus jautājumus – slimības simptomus, kas palīdz diagnosticēt depresiju un novērtēt slimības pakāpi. Savukārt vielu atkarības noteikšanai anketā iekļauti Līdsas Atkarības anketas jautājumi (*Leeds Dependence Questionnaire – LDQ*) – desmit jautājumi, kas neatkarīgi no lietotās vielas, nosaka iespējamo atkarības līmeni 30 punktu skalā – jo punktu skaits augstāks, jo lielāka iespējamība, ka respondentam ir atkarības izraisītas problēmas.

4.4.1. Depresija

Kā liecina notiesāto personu aptaujā iekļautā *Lundbeck* testa rezultāti, tad depresija ir raksturīga 7% notiesāto, bet vidējas depresijas pazīmes, pie kurām būtu nepieciešams konsultēties ar ārstu, sastopamas 30% gadījumu. Visbiežāk – aptuveni vienai trešdaļai notiesāto – raksturīgas vieglas depresijas pazīmes, bet 27% notiesāto depresijas pazīmes vispār nav novērojamas. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, *Lundbeck* testa rezultāti neuzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības (skat. 31. attēlu).

31. attēls. Depresijas simptomi notiesāto vidū: 2010. un 2014. gada aptauju rezultātu salīdzinājums



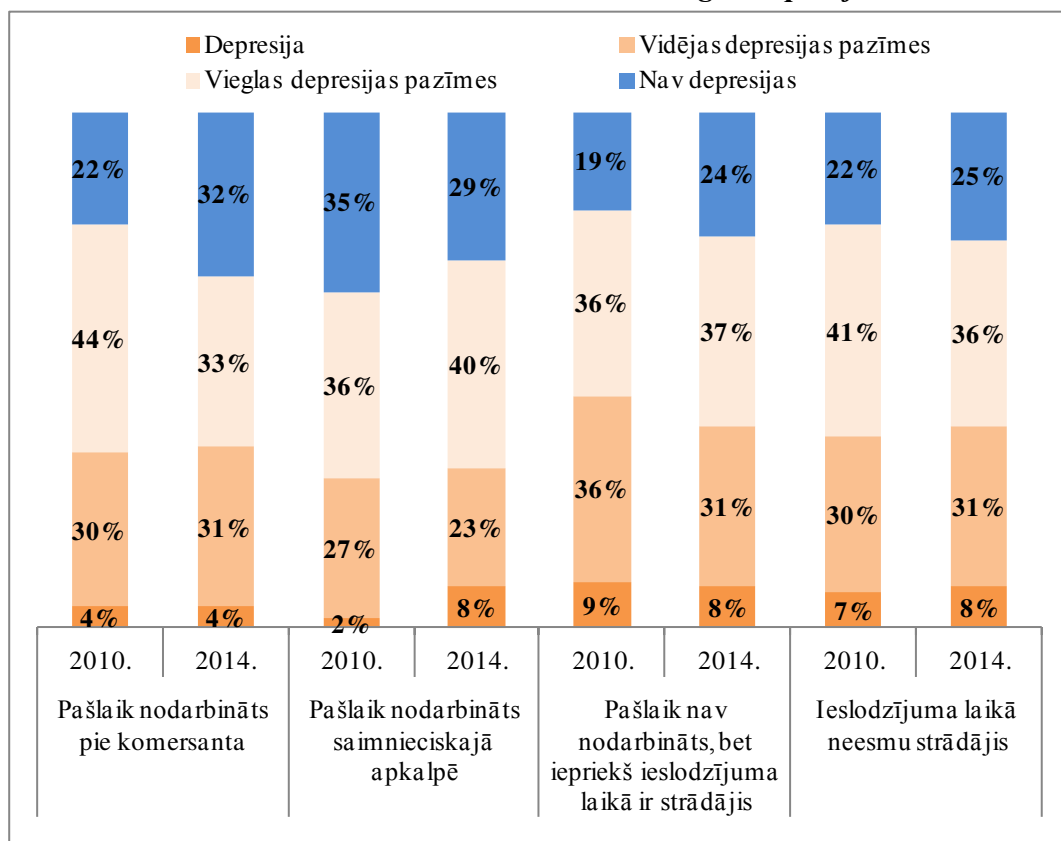
Aptaujas datu analīze neuzrāda to, vai no depresijas ieslodzījumā vairāk cieš vīrieši vai sievietes. 7% notiesāto vīriešu raksturīga depresija un vēl 30% novērojamas vidējas depresijas pazīmes. Savukārt notiesāto sieviešu vidū 7% raksturīga depresija, bet 27% novērojamas vidējas depresijas pazīmes.

Līdzīgi kā 2010. gadā, no depresijas biežāk cieš notiesātie, kuri ir gados jaunāki. To notiesāto vidū, kuri ir vecumā no 18 līdz 35 gadiem, vidējas depresijas pazīmes novērojamas 32%, bet depresija novērojama 9%. Savukārt notiesātajiem, kuriem ir 35 un vairāk gadu, depresija raksturīga 6% un vidējas depresijas pazīmes 26% gadījumu.

Nereti depresiju saista ar nodarbinātību un brīvā laika pavadīšanu, uzskatot, ka tās personas, kurām trūkst saturīgas brīvā laika nodarbes un kuras nav nodarbinātas, ir pakļautas lielākam depresijas riskam nekā citi. Līdzīgi kā 2010. gada pētījums, arī šis pētījums daļēji to apstiprina. Kā liecina rezultāti, tad depresijas pazīmes notiesātajām personām statistiski nozīmīgi ir saistītas ar nodarbinātību gan pirms ieslodzījuma, gan arī ieslodzījuma laikā. Šobrīd no depresijas biežāk cieš tie, kuri pirms apcietinājuma nestrādāja un nemācījās (depresija vai vidējas depresijas pazīmes – 42% gadījumu), taču retāk tā sastopama tiem notiesātajiem, kuri strādājuši pastāvīgā algotā darbā (depresija vai vidējas depresijas pazīmes – 34% gadījumu).

Ja analizē depresijas simptomus saistībā ar pašreizējo nodarbinātības statusu, secināms, ka depresija vai tās pazīmes retāk raksturīgas notiesātajiem, kuri šobrīd strādā pie komersanta, un arī tiem, kuri par samaksu saimnieciskajā apkalpē. Savukārt notiesātajiem, kuri ieslodzījumā ir strādājuši, bet šobrīd nav nodarbināti, un arī tiem, kuri ieslodzījumā nekad nav strādājuši, biežāk raksturīga depresija vai tās pazīmes (skat. 32. attēlu).

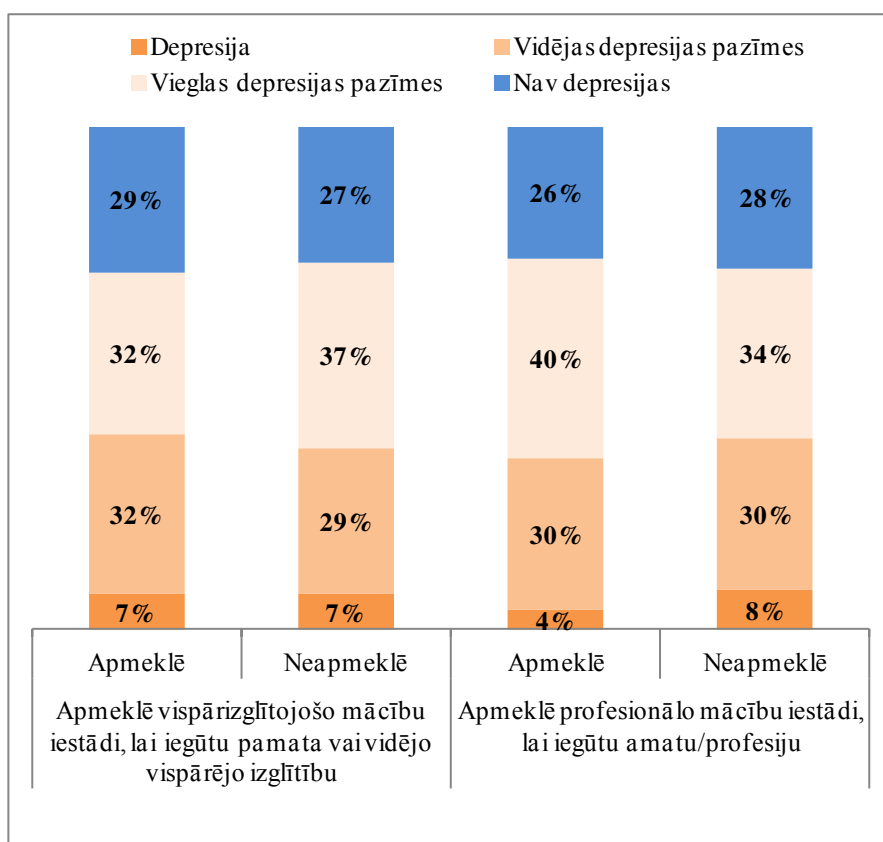
**32. attēls. Depresijas simptomi saistībā ar notiesāto nodarbinātību:
2010. un 2014. gada aptauju rezultātu salīdzinājums**



Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, depresijas simptomi retāk novēroti to notiesāto vidū, kuri ir nodarbināti pie komersanta – statistiski nozīmīgi palielinājies to īpatsvars, kuriem nav depresijas pazīmju.

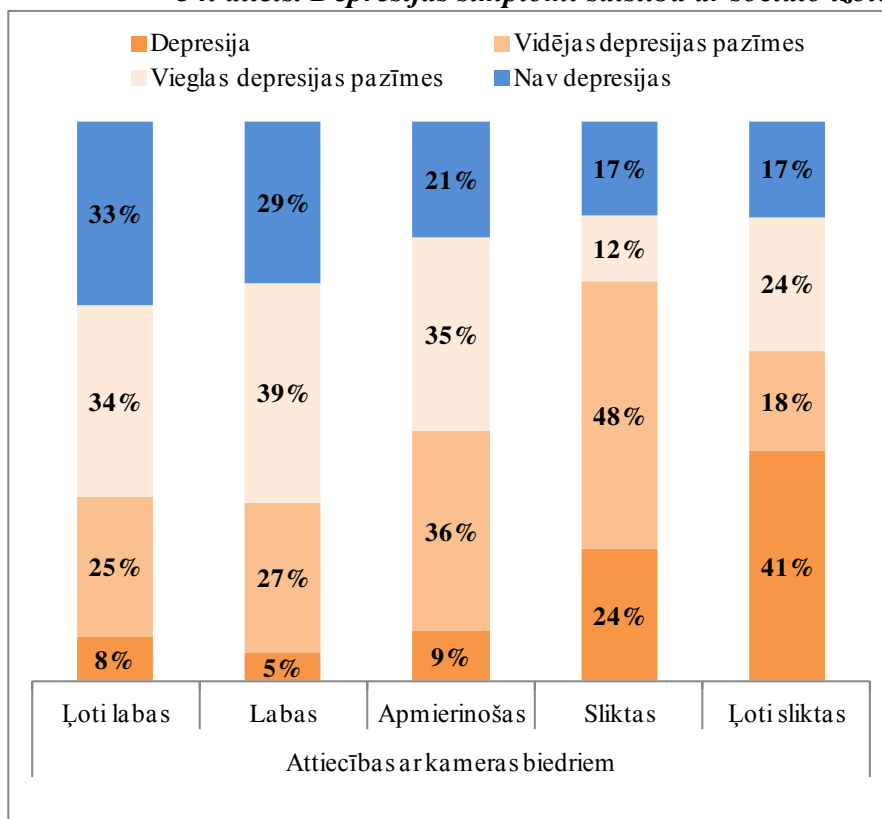
Atšķirībā no 2010. gada aptaujas rezultātiem, nav novērojama saistība starp izglītības iegūšanu ieslodzījumā un depresiju. Ja 2010. gadā notiesātajiem, kuri ieslodzījumā apmeklēja vispārizglītojošo mācību iestādi, lai iegūtu pamata vai vidējo vispārējo izglītību, biežāk nekā pārējiem notiesātajiem bija novērojama depresija vai vidējas depresijas pazīmes (49% gadījumos tiem, kuri mācījās, un 34% gadījumu citiem notiesātajiem), tad šī pētījuma ietvaros veiktā analīze par šādu tendenci neliecina – depresija vai vidējas depresijas pazīmes novērojamas 39% gadījumu tiem, kuri mācās, un 36% gadījumu citiem notiesātajiem. Tāpat kā 2010. gada aptaujā, arī to notiesāto vidū, kuri apgūst profesionālo izglītību, izglītības iegūšanas procesa saistība ar depresiju nav novērota (skat. 33. attēlu).

33. attēls. Depresijas simptomi saistībā ar izglītības iegūšanu ieslodzījumā, 2014. gads



To, ka apkārtējai sociālai videi ir būtiska ietekme uz indivīda psiholoģisko diskomfortu, apstiprina arī tas, ka no depresijas biežāk cieš tie notiesātie, kuri savas attiecības ar kameras biedriem vērtē kā sliktas vai ļoti sliktas, taču, pieaugot notiesāto apmierinātībai ar attiecībām un mazinoties sociālai izolētībai, pieaug arī notiesāto īpatsvars, kuri jūtas psiholoģiski komfortabli. Piemēram, to notiesāto vidū, kuri savas attiecības ar kameras biedriem raksturo kā ļoti sliktas, no depresijas cieš 41%, bet vidējas depresijas pazīmes vērojamas 18% gadījumu, savukārt to notiesāto vidū, kuri savas attiecības ar kameras biedriem raksturo kā apmierinošas, psiholoģiskais diskomforts ir saistīts ar vieglākiem simptomiem – 9% cieš no depresijas un 36% vērojamas vidējas depresijas pazīmes (skat. 34. attēlu). Arī 2010. gada aptaujas rezultāti parādīja saistību starp sociālo izolētību ieslodzījumā un depresiju.

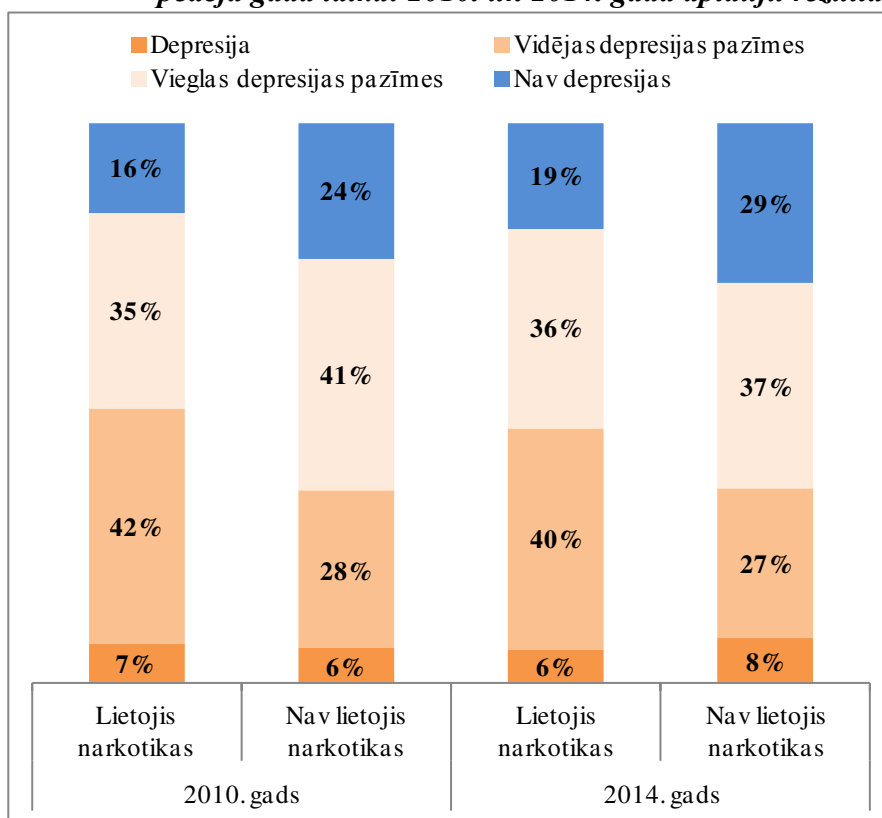
34. attēls. Depresijas simptomi saistībā ar sociālo izolētību, 2014. gads



Līdzīgi kā 2010. gadā, depresija vai tās pazīmes biežāk raksturīgas tiem notiesātajiem, kuri ieslodzījumā lietojuši narkotikas (skat. 35. attēlu). Piemēram, notiesātajiem, kuri jebkad ieslodzījumā ir lietojuši jebkādas nelegālās narkotikas, depresija vai vidējas tās pazīmes novērojamas 43% gadījumu, savukārt pārējo notiesāto vidū šis rādītājs ir par 10% mazāks. Tāpat arī to notiesāto vidū, kuri pēdējā gada laikā lietojuši jebkādas nelegālās narkotikas, depresija vai vidējas tās pazīmes novērojamas biežāk – to vidū, kuri lietojuši narkotikas, 46% gadījumu, savukārt pārējo notiesāto vidū – 35% gadījumu.

Jānorāda, ka depresijas saistība ar narkotiku lietošanu ieslodzījumā ir statistiski nozīmīga, analizējot visus narkotiku veidus. Tajā pašā laikā izteikti biežāk depresija vai vidējas tās pazīmes raksturīgas tiem notiesātajiem, kuri pēdējā gada laikā ieslodzījumā lietojuši heroīnu, jaunās psihoaktīvās vielas un marihuānu/hašišu. Tiem notiesātajiem, kuri lietojuši heroīnu, depresija vai vidējas tās pazīmes novērojamas 50% gadījumu, tiem, kuri lietojuši jaunās psihoaktīvās vielas, – 49% gadījumu, savukārt tiem, kuri lietojuši marihuānu/hašišu, – 48% gadījumu. Salīdzinājumam – pārējo notiesāto grupā depresija vai vidējas tās pazīmes novērojamas 35% gadījumu.

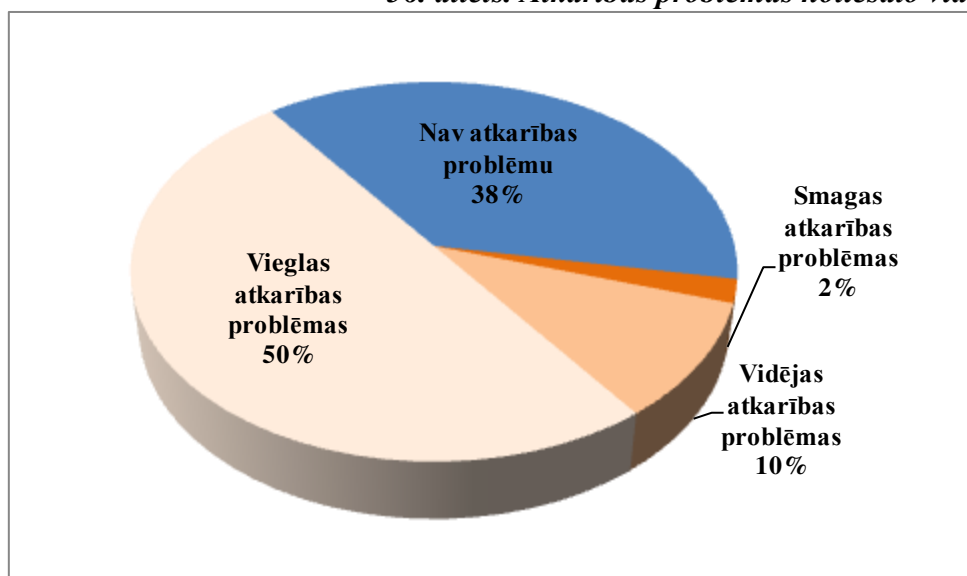
35. attēls. Depresijas simptomi saistībā ar jebkuru nelegālo narkotiku lietošanu ieslodzījumā pēdējā gada laikā: 2010. un 2014. gada aptauju rezultātu salīdzinājums



4.4.2. Atkarības pakāpe

Kā liecina notiesāto personu aptaujā iekļautie Līdsas Atkarības anketas jautājumi, tikai trešdaļai notiesāto (38%) nav problēmas, kas saistītas ar atkarību. 50% notiesāto, iespējams, ir vieglas atkarības problēmas (1-10 punkti LDQ skalā), 10% notiesāto ir vidējas atkarības problēmas (11-20 punkti), bet 2% notiesāto ir smagas atkarības problēmas (21-30 punkti) (skat. 36. attēlu). Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, notiesāto sadalījums pēc atkarības pakāpes nav mainījies.

36. attēls. Atkarības problēmas notiesāto vidū, 2014. gads

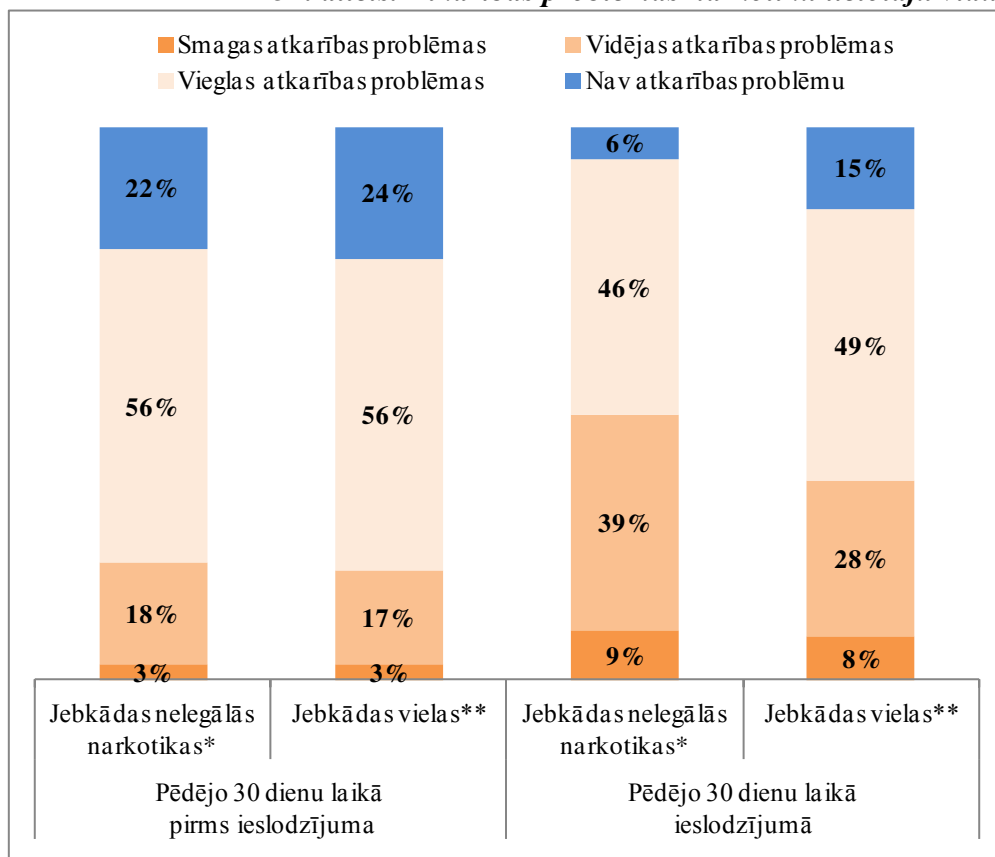


Atšķirībā no 2010. gada aptaujas rezultātiem, nav novērojamas būtiskas atkarības pakāpju atšķirības notiesāto vīriešu un notiesāto sieviešu vidū – tikai 38% vīriešu un 41% sieviešu nav šādu problēmu. Vieglas atkarības problēmas ir pusei notiesāto vīriešu (51%) un 47% notiesāto sieviešu, savukārt vidējas vai smagas atkarības problēmas ir 12% vīriešu un 12% sieviešu.

Atkarības problēmas vairāk raksturīgas gados jauniem notiesātajiem – atkarības problēmu nav 33% notiesāto vecumā no 18 līdz 34 gadiem un 45% notiesāto, kuriem ir 35 gadi un vairāk. Vairāk kā pusei notiesāto (54%) vecumā no 18 līdz 34 gadiem ir vieglas atkarības problēmas, savukārt 14% ir vidējas vai smagas atkarības problēmas. Salīdzinājumam – to vidū, kuriem ir 35 gadi un vairāk, vieglas atkarības problēmas ir 46%, bet vidējas vai smagas atkarības problēmas – 10%.

No tiem notiesātajiem, kuri mēnesi pirms ieslodzījuma lietoja jebkādas nelegālās narkotikas vai jebkādas vielas (nelegālās narkotikas, „legālās” narkotikas vai pretsāpju/nomierinošos līdzekļus), vidēji 77% gadījumu ir atkarības problēmas – turklāt vidēji katram piektajam tā ir vidējas vai smagas (skat. 37. attēlu). Biežāk atkarības problēmas novērojamas to notiesāto vidū, kuri jebkādas nelegālās narkotikas vai jebkādas vielas lietojuši ieslodzījumā pēdējā mēneša laikā. Te gan jāpiebilst, ka lielāks īpatsvars to, kuriem ir atkarības problēmas, ir tieši nelegālo narkotiku lietotāju vidū.

37. attēls. Atkarības problēmas narkotiku lietotāju vidū, 2014. gads



Piezīme:

* Marihuāna/hašišs, heroīns, citi opiāti, kokaīns, amfetamīni, ekstazī

** Marihuāna/hašišs, heroīns, citi opiāti, kokaīns, amfetamīni, ekstazī, kā arī pretsāpju/nomierinošie līdzekļi un jaunās psihoaktīvās vielas

To notiesāto vidū, kuri pēdējā mēneša laikā ieslodzījumā lietojuši jaunās psihoaktīvās vielas, vidējas vai smagas atkarības problēmas ir teju pusei (48%). Vidējas vai smagas atkarības problēmas ir arī tiem 44% notiesāto, kuri pēdējā mēneša laikā ieslodzījumā lietojuši marihuānu/hašišu, un 42% notiesāto, kuri lietojuši pretsāpju un nomierinošos līdzekļus.

Tā kā to notiesāto vidū, kuri pēdējā mēneša laikā ieslodzījumā ir lietojuši citas narkotiskās un psihotropās vielas, ir mazs uz LDQ jautājumiem atbildējušo skaits (mazāks par simts), tad izdarīt vispārinātus secinājumus par atkarības pakāpēm šo vielu lietotāju vidū ir apgrūtināši.

LDQ skalā iekļautie jautājumi mēra ne tikai narkotiku atkarību, bet arī alkohola atkarību, līdz ar to datu analīzē tika pārbaudīts, cik lielā mērā alkohola lietošanas pieredze ietekmē atkarības rādītāju. Līdzīgi kā 2010. gadā, datu analīze parādīja, ka alkohola lietošanas biežums pirms ieslodzījuma ietekmē atkarības līmeni – tiem notiesātajiem, kuri pirms ieslodzījuma alkoholu bija lietojuši trīs un vairāk reizes nedēļā, salīdzinoši biežāk raksturīgas vidējas vai smagas atkarības problēmas (skat. 56. tabulu).

56. tabula. Atkarības problēmas pēc alkohola lietošanas biežuma pirms ieslodzījuma, 2014. gads

	Smagas atkarības problēmas	Vieglas atkarības problēmas	Vidējas atkarības problēmas	Nav atkarības problēmu
Lietoja 3 un vairāk reizes nedēļā	4%	16%	54%	26%
Lietoja 1-2 reizes nedēļā	2%	8%	55%	35%
Lietoja 1-3 reizes mēnesī	0,3%	11%	49%	40%
Lietoja retāk nekā 1 reizi mēnesī	1%	5%	55%	40%

4.4.3. Atkarību ārstēšana

11% notiesāto atzīst, ka ir ārstējušies no alkoholisma – 2% to ir darījuši pēdējā gada laikā pirms ieslodzījuma, bet 9% ārstējušies senāk. Salīdzinoši vairāk notiesāto vidū ir tādu, kuri atzīst, ka ir ārstējušies no narkomānijas – 15% notiesāto. 2% no narkomānijas ārstējušies pēdējā gada laikā pirms ieslodzījuma, bet 13% to darījuši senāk. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, to īpatsvars, kuri jebkad ārstējušies no alkoholisma vai narkomānijas, notiesāto vidū nav būtiski mainījies.

38. attēls. Notiesāto atkarības ārstēšanā izmantotās metodes, 2014. gada aptaujas rezultāti



No tiem notiesātajiem, kuri ārstējušies no alkoholisma vai narkomānijas, 42% norādījuši, ka ārstniecības kursa ietvaros viņi ir saņēmuši ārsta-narkologa konsultācijas (skat. 38. attēlu). 39% no tiem, kuri ārstējušies no atkarības, ārstniecības kursa ietvaros sniegta psihologa konsultācija, bet katram ceturtajam (25%) veikta detoksikācija. Pārējās atkarīgo personu ārstniecības metodes notiesātie minējuši retāk.

Tie notiesātie, kuri, ārstējoties no atkarības, saņēmuši cita veida palīdzību, visbiežāk norāda, ka tā bijusi vispārēja ārstēšana no alkoholisma vai narkomānijas – t.sk., arī alkoholisma atkarības ārstēšanā izmantotā „ampulas iešūšana”.

Pētījuma kontekstā ir svarīgi apzināt to notiesāto īpatsvaru, kuri piedalījušies ārstniecības programmās, kas paredzētas opiātu atkarīgajiem. 10% no tiem, kuri ārstējušies no atkarības, norāda, ka ir piedalījušies metadona aizvietojošās terapijas programmā, bet 3% – ka ir piedalījušies buprenorfīna aizvietojošās terapijas programmā. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, to notiesāto īpatsvars, kuri, ārstējoties no opiātu atkarības, ir piedalījušies kādā no minētajām programmām, nav mainījies.

Kā liecina aptaujas datu analīze, metadona aizvietojošā programmā piedalījušies 6% to notiesāto, kuri jebkad pirms ieslodzījuma ir lietojuši heroīnu vai citus opiātus. Savukārt buprenorfīna aizvietojošajā terapijas programmā piedalījies 1% to notiesāto, kuri jebkad pirms ieslodzījuma ir lietojuši heroīnu vai citus opiātus. Jāatzīmē gan, ka tie ieslodzītie, kuri ir piedalījušies kādā no abām ārstniecības programmām, ieslodzījuma laikā visbiežāk heroīnu vai citus opiātus nav lietojuši.

5. Ekspertu interviju datu analīze

Pētījumā tika veiktas 10 ekspertu intervijas, kuru uzdevums bija noskaidrot atbildīgo valsts institūciju un nevalstisko organizāciju, kuru darbs ir saistīts ar palīdzības sniegšanu atkarīgajām personām, t.sk. ieslodzītajiem, viedokli par narkotiku izplatību cietumos, infekcijas slimību izplatību un ieteikumiem šo problēmu turpmākajiem risinājumiem. Ekspertu interviju analīzē ir iekļauti fragmenti (citāti) no intervijām, kas ilustrē respondentu paustos viedokļus un vērtējumus. Intervēto ekspertu sarakstu skat. 3.tabulā ziņojuma 1.3. sadaļā „Ekspertu intervijas”.

5.1.1. Vispārējs situācijas raksturojums

Ekspertu intervijās narkotiku izplatīšana un lietošana ieslodzījuma vietās netiek noliegta, atzīstot to kā nozīmīgu problēmu, kuras risinājumi ir jāizvērs ne tikai ieslodzījuma vietās, bet plašākā kontekstā – sabiedrībā kopumā. Vienlaikus valsts institūciju pārstāvju intervijās ir redzama diskursu sadursme. No vienas puses, narkotiku lietošana ir aizliegta un tiek apkarota ar sankcijām (tātad narkotikas nedrīkst būt un nav pieejamas) – netiek atzīta narkotiku pieejamība; no otras puses, katru gadu tiek izņemts noteikts daudzums narkotiku, ir statistika par letāliem narkotiku pārdozēšanas gadījumiem, kas liecina, ka narkotikas ir pieejamas ieslodzījumu vietās.

„(..) kā cilvēkam, kurš cietumu sistēmā darbojas no diezgan aizvēsturiskiem laikiem, tā ir diezgan tabu tēma – pieejamība – līdz ar to man labpatiktu teikt, ka narkotikas vispār nav pieejamas cietumos, līdz ar to, ja gadījumā kaut kas tāds gadās, tad tā ir ārkārtēja situācija utt. (..) Kilograms laikam tiek izņemts gadā, es pat uzreiz neatceros, tātad acīmredzot ir pieejams, ļoti slikti, bet, salīdzinot ar ārvalstu cietumiem, tomēr ārvalstīs pat kaut kādā veidā tolerantāk pret to izturas, jo tur tiek veidotas tās *drug free* zonas, turpretī mēs gribētu uzskatīt, ka mums viss cietums ir tāda *drug free* zona.”

Atsevišķi speciālisti ar ilgstošu pieredzi darbā ieslodzījuma vietās uzskata, ka ieslodzījuma vietu vidē narkomānijas izplatība ir pat lielāka nekā sabiedrībā kopumā, ņemot vērā, ka līdz šim Krimināllikums paredzēja cietumsodu par narkotiku lietošanu. Turklāt narkotiku lietotāji arī biežāk ir dažādu noziegumu veicēji, kas ir veicinošs faktors šīs sociālās grupas koncentrācijai ieslodzījuma vietās:

„(..) cietumi ir tā vieta, kur visvairāk, es neteiktu, ka dabisku apstākļu dēļ, bet tiesību aktu dēļ, likuma normu dēļ koncentrējas narkotiku lietotāji, jo narkotiku lietotājs kā deviantas uzvedības subjekts visbiežāk, salīdzinot ar parastiem, pieļauj likumu pārkāpumus un loģiski, ka viņš nokļūst cietumā, tāpēc tur cietumos lietotāju koncentrācija ir lielāka nekā sabiedrībā kopumā, ja mēs salīdzinām visus ieslodzītos un attiecību starp visiem ieslodzītajiem kopumā un lietotājiem nekā sabiedrībā kopumā. Tā ir vieta, kur viņi koncentrējas, tāpēc tur tā problēma ir asāka.”

„Kāpēc vienā valstī uz 100 000 iedzīvotājiem ir lielāks skaits kā Latvijā ieslodzīto un kāpēc citā ir mazāks? Jo valsts neprot atrast sociāli atstumtākām iedzīvotāju kategorijām veidu, kā viņus integrēt sabiedrībā, līdz ar to tāds vispār pieņemtais veids kopš padomju gadiem ir viņus izolēt un tad jau kad, kaut kad viņi iznāks. Līdz ar to narkomāni ir viena no šīm kategorijām. Nils Kristi [norvēģu izcelsmes sociologs un kriminologs] viņus sauc par ērtajiem ienaidniekiem. Mēs ērto ienaidnieku ieliekam cietumā un, lūk, tas no narkotikām atkarīgo cilvēku īpatsvars ir daudz augstāks nekā sabiedrībā.”

Salīdzinot viedokļus par narkotiku izplatības un lietošanas problemātiku Latvijas cietumos ar 2010. gada pētījumu, jāsecina, ka ir vērojams progress problēmas atzīšanas jomā. Intervēti eksperti nenoliedz, ka narkotikas ieslodzījuma vietās ir pieejamas un tiek lietotas un ka šis jautājums ir jārisina starpinstitucionālā līmenī. Vienlaikus atsevišķi eksperti (dažādu jautājumu kontekstā) norāda, ka tieši problēmu noliedzoša attieksme nereti joprojām ir progresīvu risinājumu ieviešanas šķērslis:

„(..) brīžiem ir grūti, jo tu nevari izbīdīt ideju nevis tāpēc, ka naudas trūkst, bet tāpēc, ka kāds no augšas to nesaprot. Šie jautājumi un profilakses iespējamie veidi es domāju, ka ienāks pie mums ļoti, ļoti lēnām.”

Vērtējot narkotisko un psihotropo vielu izplatību ieslodzījuma vietās, vērtīgs informācijas avots ir nevalstiskās organizācijas, kuras strādā ar narkotiku lietošanas un infekcijas slimību izplatības problēmu risināšanu sabiedrībā, t.sk. ar bijušajiem ieslodzītajiem. Šo nevalstisko organizāciju pārstāvji dod iespēju pastarpināti ieskatīties pašu ieslodzīto viedokļos un ieslodzījuma vietu realitātē:

„No mūsu klientiem, kas ir narkotiku lietotāji, ieslodzījumā nonāk ik pa laikam kāds un ik pa laikam arī iznāk un tad viņi atkal atnāk pie mums. Visu laiku ir tāda kustība. Nevar teikt, ka ļoti liela daļa no viņiem, piemēram, šobrīd būtu ieslodzījumā no mūsu pastāvīgajiem klientiem. Ja man jādodomā, es varētu kādus piecus nosaukt, kas ir ieslodzījumā un rēķināties, ka viņi iznāks atkal un turpinās būt mūsu klienti.”

Nevalstisko organizāciju pārstāvju viedoklis ir samērā skarbs un pārliecinoši pausts - spriežot pēc viņu klientu stāstītās pieredzes, narkotikas ieslodzījuma vietās ir teju brīvi pieejamas, lai gan par augstāku samaksu:

„(..) tas, ko saka paša klienti, ka cietumā narkotikas var dabūt pilnīgi brīvi pieejamas, nav nekādu īpašu problēmu. (..) ieslodzījuma vietās narkotikas ir dārgākas. Par pieejamību, ko es esmu dzirdējusi, ka sieviešu cietumā nav, bet visos vīriešu cietumos ir brīvi.”

„Tas, ka viņi nekļūš brīvi no narkotikām ieslodzījumā, tas ir diezgan skaidrs, jo narkotikas, vismaz no tā, ko stāsta mūsu klienti, cietumā ir pieejamas, viņas var dabūt. (..) Tā sajūta ir tāda, ka nav problēmu ieslodzījumā dabūt narkotikas. Nav tā, ka cilvēks, kurš ir *narkodīleris*, ir stresā, kur viņš ņems narkotikas, ja viņš nokļūš ieslodzījumā, tas nav tas, par ko viņš uztraucas.”

Kaut arī nedz valsts institūciju, nedz nevalstisko organizāciju ekspertu rīcībā interviju veikšanas laikā nebija konkrētu datu un viedoklis tika balstīts vairāk uz pieņēmumiem, tomēr dominējošais viedoklis ekspertu vidū liecina, ka narkotiku lietošanas apmēri ieslodzījuma vietās pēdējo četru gadu laikā (kopš 2010. gadā veiktā pētījuma) nav būtiski mainījušies, kas skaidrojams ar to, ka nav bijušas būtiskas izmaiņas narkotiku apkarošanas pasākumu jomā:

„(..) nav viņiem īsti „ieroči”, ar ko iedarboties, nav ļoti attīstītas profilakses sistēmas, būtu brīnums, ja tur kaut kas uzlabotos, tas būtu gandrīz pretdabiski. Es nedomāju, ka kaut kas ir uzlabojies, bet nav arī tādu ziņu, ka būtu izteikts pasliktinājums. Mēs saņemam arī informāciju no ieslodzījuma vietu pārvaldes par narkotikām, ko viņi izņem, arī tur tas tā daudz maz stabili iet. Nav ne tādu krasu cēlumu, ne kritumu.”

Statistiskie dati par izņemtajām narkotiskajām un psihotropajām vielām salīdzinājumā starp 2010. gadu un 2013. gadu atklāj, ka samazināties ir izņemtā alkohola, medicīnisko preparātu (no 272,2 gramiem 2010. gadā līdz 26,4 gramiem 2013. gadā), narkotisko un psihotropo vielu daudzums (attiecīgi no 918,9 gramiem 2010. gadā līdz 367,4 gramiem 2013. gadā), savukārt palielināties ir alkohola surogātu izņemtais daudzums litros (no 2432 litriem 2010. gadā līdz 3287,5 litriem 2013. gadā) (skat. 32. tabulu 3.2.4. apakšnodaļā). Šo datu interpretācija gan liedz viennozīmīgi apgalvot, ka būtu notikušas pozitīvas izmaiņas atkarības vielu izplatībā un pieejamībā ieslodzījuma vietās, jo izņemto vielu daudzumu ietekmē gan ieslodzīto kopējais skaits, kas 2010. gadā bija lielāks nekā 2013. gadā, gan drošības un kontroles pasākumu intensitāte u.c. faktori.

IeVP dati par operatīvajā uzskaitē esošajiem narkotiku lietotājiem ieslodzījuma vietās liecina, ka to īpatsvars saglabājas nemainīgi liels – 2012. gadā 14,8% no visiem pilngadīgajiem ieslodzītajiem

atradās operatīvajā uzskaitē kā narkotiku lietotāji (N=904), 2013. gadā – 14% (N=720), savukārt, 2014. gada pirmajā pusgadā – 14,4% (N=705).

Jautāti par **narkotiku izplatības atšķirībām Latvijas ieslodzījuma vietās**, eksperti kopumā atzina, ka, viņuprāt, šādas atšķirības pastāv, lai gan ir grūtības minēt konkrētas ieslodzījuma vietas, kurās situācija varētu būt sliktāka – ir augstāka apreibinošo vielu pieejamība.

„(..) es domāju, ka noteikti nav visos cietumos vienādi, ka ir labie cietumi un ne tik labie, es tā domāju.”

Pēc speciālistu domām, iespējams, labāka situācija ir Cēsu audzināšanas iestādē nepilngadīgajiem, kur ir renovēta iestādes ēka, attiecīgi gan ārējās telpas izvietojums un pārredzamība, gan iekštelpu stāvoklis ir tāds, kas apgrūtina gan narkotisko vai psihotropo vielu ienešanu (iemešanu iestādes teritorijā) vai slēpšanu iekštelpās.

„(..) piemēram, Cēsis, kas ir nepilngadīgo audzināšanas iestāde, mums ir izdevies atjaunot un renovēt, uzbūvēt jaunu korpusu iepriekšējā norvēģu projekta ietvaros. Tur tā infrastruktūra jau ir tāda, ka viņiem tās narkotikas pat noslēpt, manuprāt, ir grūtāk, pat ja viņiem viņas ir. Es domāju, ka situācija varētu atšķirties.”

Līdzīgi kā 2010. gada pētījumā, arī šī pētījuma ietvaros veiktajās intervijās eksperti uzskata, ka zemāka narkotiku izplatība varētu būt Ilģuciema sieviešu cietumā (tas atbilst arī pašu ieslodzīto apgalvojumiem laikā, kad pētnieki veica aptauju), kur, salīdzinot ar citiem cietumiem, ieslodzītajām ir iespēja iesaistīties dažādās aktivitātēs, kas ir būtisks faktors narkotiku lietošanas mazināšanai.

„(..) sieviešu cietumā atkal ir tāda specifika, ka tur gandrīz visas strādā, mācās, ir iesaistītas kaut kur, līdz ar to tur varētu tā situācija ar reālo lietošanu uz kaut kādiem rādītājiem būt labāka, lai arī viņas visas sēž par narkotikām.”

„(..) sieviešu cietumā ir vairāk tas psihosociālais darbs – tur ir nodarbības, tur ir pasākumi, tur ir vairāk to aktivitāšu. Vīriešu cietumos ir mazāk. Es domāju, ka tas varētu būt viens no iemesliem. Arī liela daļa, kāpēc arī cietumos lieto narkotikas, lai varētu izturēt tos apstākļus, kas tur ir. To spiedienu no visām pusēm, tos apstākļus. Tas ir arī tamdēļ, kāpēc cilvēki sāk lietot cietumos. Tā arī ir, ka nevis tu ieej kā lietotājs, bet iznāc ārā kā lietotājs. Un sieviešu cietumā tie apstākļi ir labāki salīdzinoši.”

Komentējot iespējamās atšķirības, tika analizēti kopumā narkotiku pieejamību un lietošanu ietekmējošie faktori – cietuma vadības darbs, ēku stāvoklis, nodarbinātības iespējas, resocializācijas aktivitātēs u.c..

„(..) Es domāju, ka tas ir tāds cilvēciskais faktors, ka ir stingrāka vadība, kas pievērš uzmanību šim aspektam un līdz ar to ir grūtāk, ir sankcijas nopietnākas.”

5.1.2. Viedoklis par izplatītākajām narkotikām ieslodzījuma vietās

Sniedzot atbildes uz jautājumu par biežāk lietotajām narkotiskajām vai psihotropajām vielām ieslodzījuma vietās, eksperti pamatā izsaka pieņēmumus, balstoties uz savu pieredzi un kompetenci darbā ar ieslodzītajiem un ieslodzījuma vietām kopumā. Viens no izplatītiem uzskatiem ir, ka ieslodzījuma vietās ir kopumā pieejamas tās pašas narkotikas, kuras ir iespējams iegūt ārpus tām, tātad ir pieejamas jebkādas narkotiskās vai psihotropās vielas.

Saskaņā ar atsevišķu ekspertu rīcībā esošo informāciju pēdējos četros gados nekas būtiski šajā ziņā nav mainījies – eksperti intervijās minēja tādas narkotiskās vielas kā marihuāna, metamfetamīni, amfetamīni, arī opiātu grupas vielas, t.sk. heroīns.

Ekspertu viedokļi atšķiras – daži uzskata, ka vairāk tiek lietotas vieglās narkotiskās vielas, jo tās ir vieglāk pieejamas, daļa uzskata, ka tieši otrādi – tiek lietotas arī t.s. smagās narkotiskās vielas kā heroīns, jo šīs vielas ir nepieciešams iegūt mazākā apjomā, vienlaikus panākot lielāku un ilgstošāku apreibināšanās efektu. Apkopojot intervēto speciālistu viedokļus, jāsecina, ka joprojām populārākās narkotiskās vielas ir **amfetamīni un heroīns**, kuru lietošana ir vizuāli mazāk pamanāma. Pētnieku novērojumi, veicot notiesāto aptauju ieslodzījuma vietās, liecina, ka tiek lietotas arī vielas, kuras iespējams sajaukt ar ožu, piemēram, marihuāna vai citas smēķējamas vielas, neskaitot tabaku.

Būtisks faktors, kas nosaka, kādas apreibinošās vielas tiek lietotas ieslodzījuma vietās, kā atzina speciālisti, ir ieslodzījumā nonākušo narkotiku lietotāju **narkotiku lietošanas pieredze**. Priekšroka tiek dota tām pašām vielas, kuras ir lietotas līdz brīvības atņemšanai.

Eksperti izteica pieņēmumu, ka jauna problēma, tāpat kā sabiedrībā kopumā, ir **jauno psihoaktīvo vielu lietošana** ieslodzījuma vietās (notiesāto aptaujas datus par jauno psihoaktīvo vielu pieejamību skat. 3.3.2. apakšnodaļā).

„(..) tās tendences ir tādas pašas vai viņām vajadzētu būt tādām pašām kā sabiedrībā kopumā – jauno psihoaktīvo vielu parādīšanās ieslodzījuma vietās, kas iepriekš, protams, nebija, jo nebija arī sabiedrībā kopumā, proti, zināms konstants skaits opiātu lietotāju ieslodzīto vidū un visai izplatītas marihuānas pozīcijas ieslodzīto vidū (..).”

„(..) es pieļauju, ka tendences ir tādas pašas kā sabiedrībā kopumā, ka visbiežāk lietotās varētu būt tā pati marihuāna, tās pašas jaunās psihoaktīvās vielas, iespējams, ka jaunās psihoaktīvās vielas savā ziņā tur dominē, jo viņas nav aizliegtas, virkne no viņām nav vai vismaz nebija aizliegtas līdz mēs palaidām izmaiņas tiesību aktos attiecībā uz pagaidu aizliegumiem un aprites kriminalizēšanu. (..) Katrā gadījumā pierādīt to, ka viņš ir lietojis tieši narkotikas, nevis apdullinājis no kaut kā pavisam cita ar jaunām psihoaktīvām vielām, es domāju, ka Ieslodzījumu vietu pārvaldei varētu būt lielas problēmas, tāpēc pieņēmums ir, ka viena no dominējošām ir jaunās psihoaktīvās.”

Izplatīta prakse joprojām ir izmantot apreibināšanās nolūkā **HIV ārstēšanai paredzētos medikamentus**. Šajā jomā esot novērojamas jaunas tendences. Vienā no intervijām izskanēja informācija par antiretrovirālo zāļu, piemēram, stokrīna, kas arī tiek izmantots HIV ārstēšanā, lietošanu, smēķējot. Saskaņā ar eksperta viedokli, kas savukārt, balstās uz informāciju no bijušajiem ieslodzītajiem narkotiku lietotājiem, šī varētu būt viena no salīdzinoši jaunām (pēdējo četru gadu laikā) narkotiskajām vielām, kas tiek lietota ieslodzījuma vietās.

„(..) medikamenti un tās pašas tradicionālās – amfetamīns, heroīns, visi medikamenti, kādi ir. Tas, kas ir tagad varbūt, kas nebija pirms četriem gadiem, ka ieslodzītie ir atklājuši, ka tādas antiretrovirālās zāles kā stokrīns, ja to uzpīpē, tad var dabūt ļoti labu kaifu.”

5.1.3. Narkotiku lietotāja sociālpsiholoģiskais portrets

Ieslodzījumā esoša narkotiku lietotāja portrets lielā mērā atbilst narkotiku lietotājam brīvībā.

„Mums, jāsaka godīgi, viņi visi gandrīz ir tie tipiskie portreti, jo katram ir kaut kāda problēma. Vienam ir pārāk augstas ambīcijas, neviens viņu nesaprot, tāpēc viņš lieto, otrs visu mūžu dzīvojis nabadzībā, depresijā pie narkomāniem, alkoholiķiem vecākiem, tāpēc viņš lieto. Es domāju, ka tas vidējais portrets ir tāds ļoti dzīves apdalīts cilvēks, kuram dzīvē nav bijušas citas iespējas, kā iegūt gandarījumu vai justies labi, tur var būt dažādākie iemesli.”

Turpinājumā ir apkopotas šajā pētījumā intervēto speciālistu minētās pazīmes, kas ir raksturīgas narkotiku lietotājiem ieslodzījuma vietās, aptverot gan tādas pazīmes, kas raksturo vidi, no kādas viņi

nāk, gan jau tieši personai piemītošas pazīmes. Jāuzsver, ka pēc šīm pazīmēm nevar veidot viennozīmīgu narkotiku lietotāja sociālpsiholoģisko portretu.

Vides pazīmes:

- materiāli trūcīgi dzīves apstākļi;
- sociāli nelabvēlīgi dzīves apstākļi;
- nepilnā ģimene (bez tēva vai mātes);
- maznodrošināta un/vai sociāli nelabvēlīga ģimene;
- materiāli labi nodrošināta ģimene;
- noziedzīga vide.

Attiecībā uz tādām vides pazīmēm kā materiālais nodrošinājums un ģimene, eksperti norāda, ka narkotiku lietošanu veicina tieši galējās izpausmes – ļoti trūcīgi un sociāli nelabvēlīgi apstākļi vai otrādi – teju vai elitāri dzīves apstākļi, augsts materiālais nodrošinājums.

„Tā vide, ir galējības. Ja ir tāda ļoti sociāla mazaizsargāta vide vai tieši otrādi – elitāra vide. Abos gadījumos cilvēkam ir lielāka iespēja, ka viņš kļūs atkarīgs.”

Atsevišķi intervijās tika uzsvērtā ģimenes loma, kur arī tieši galējie modeļi ir bīstamākie. Proti, lielāka varbūtība, ka jaunieši uzsāks lietot un kļūs par atkarīgo, ir tajos gadījumos, kur vecāki bērniem nepievērš nekādu uzmanību (un tas var būt gan sociāli nelabvēlīgās ģimenēs, gan ģimenēs, kurās vecāki ir pārāk noslogoti darbā un aizņemti paši ar sevi), vai otrādi – ļoti kontrolē savus bērnus, nemitīgi viņus uzraugot un nosakot dažādus ierobežojumus.

„Tāpat arī ģimene - vai nu bērns tiek pamests novārtā, vai tieši pretēji ir šī hiperaprūpe, ne pa labi, ne pa kreisi tu nedrīksti. Ja mēs runājam par vides faktoriem, tad tās galējības, kas ir vidē, viņas vienmēr ir tās, kas cilvēkam liek vairāk aiziet uz atkarībām.”

„Es uzskatu, ka vairāk ir tieši šie jaunieši, kuru vecāki ir aizņemti ar naudas pelnīšanu un bērni paliek absolūtā novārtā. Visa audzināšana tiek aizstāta ar kabatas naudu. (..) Viņam nav normāla brīvā laika pavadīšana kopā ar ģimeni. Mēs braucam zvejot, piknikot, braucam ar teltīm vai ar velosipēdiem. Tas ir tas laiks, kas tiek atņemts narkotikām, bet viņiem ir tik daudz brīvā laika, ka viņam nav ar ko viņu aizpildīt. Narkotiku lietotāji jaunieši ne tuvu nav sociālais kontingents. Tie nodzēras, nopīpējas. Jā, viņi sāk ātri dzert, ātri aiziet seksuālā aprītē, viņi tur var inficēties ar HIV, bet narkotikas vairāk tie jaunieši, kas ir būtībā no labām, pārtikušām ģimenēm. Vecākiem nav ar viņiem laika runāt, viņiem nav pilnīgi nekādas vērtību sistēmas, intereses viņos nav nekādas attīstības.”

„Es domāju, ka visa pamatā ir mūsu nestiprā ģimene. Nelabvēlīgas ģimenes. Nepilnas ģimenes. Ir dažādi – ir no pārtikušām ģimenēm un ir no nabadzīgām ģimenēm.”

Personas pazīmes:

- narkotiku lietošanas pieredze brīvībā;
- zems izglītības līmenis;
- nav nodarbināts;
- vecumā no 25 līdz 35 gadiem;
- neapmierinošs veselības stāvoklis ar tendenci pasliktināties;
- dažāda rakstura psihiski, garīgi un emocionāli traucējumi.

„Tas noteikti ir cilvēks, kurš ārpusē ir šo to pamēģinājis un kuram tas ir patīcis, un kuram nav bijušas dzīvē lietderīgas nodarbes, kas dotu kaut kādu gandarījumu.”

„Cietumos nonāk mazāk izglītoti cilvēki ar sliktāku veselību, ar mazākām prasībām pret savu veselības aprūpi, tas ir tāds komplekss, kā jau narkomāni, un vēl nāk klāt arī noziedzība.”

„Protams, ka viņi nāk no zemākiem iedzīvotāju slāņiem kā jau noziedznieki. Nav jau tā, ka noziedznieks sēž labā ofisā un izdomā – o, kāpēc neaiziet kaut ko nozagt, nolaupīt. Protams, ka tas ir mērķtiecīgi, pamazām, pamazām nonāk līdz cietumam. Sabiedrība un valsts risina šo situāciju tādā ceļā. Tad tur, protams, gadās tie narkomāni.”

Atsevišķi esot jāņem vērā tas, ka atkarības (t.sk. no narkotiskajām vai psihotropajām vielām) ir reizē sociāli psiholoģiska un arī bioloģiska un ģenētiski noteikta slimība. Kā uzsvēra speciālisti, tas ir komplekss faktoru kopums, kas veicina atkarības attīstību.

„(..) tas, vai cilvēks kļūs atkarīgs, to nosaka gan ģenētiskie faktori, gan bioloģiskie faktori, psiholoģiskie un sociālie faktori. Tas arī ietekmē. Ja šie faktori sakrīt, tad cilvēks kļūst atkarīgs.”

„Mēs zinām, ka atkarības ir sociāli psiholoģiska bioloģiska slimība, mēs varam izlasīt pilnu diagnozi, cik procenti, no medicīnas tehnoloģijām, man nav pamata apstrīdēt, ka jo agrāk esi sācis lietot, smadzeņu attīstībā ir lielāka atpalcība un vēl fizioloģiski traucējumi, un kas tik vēl ne. Līdz ar to man nav pamata to apstrīdēt, es domāju, ka tie ir smagi slimi cilvēki, tikai atkarībā no lietošanas intensitātes līdz ieslodzījumam, cits ir ielaistāks gadījums, cits mazāk ielaists (..). (..) Cilvēki ar garīgiem, fiziskiem, emocionāliem traucējumiem.”

„(..) pamatā ir krievu tautības, vecumā no mazliet vairāk par 25, no kādiem 27, 28 līdz 35. Viņi parasti ir bez darba, ar ļoti zemu izglītības līmeni. Visbiežāk, tas jau būs par cēloņiem, ar sarežģītām attiecībām ģimenē, bez tēva – vai nu jau auguši bez tēva vai tēvs atstājis ģimeni visbiežāk tieši viņu lietošanas pēc, bet ar mammām, kuras velk viņus visu mūžu un atbalsta visos veidos līdz pat 40-50 gadiem.”

5.1.4. Iemesli narkotiku pieejamībai un lietošanai ieslodzījuma vietās

Iemesli narkotisko vai psihotropo vielu pieejamībai/izplatībai Latvijas cietumos, spriežot pēc intervēto speciālistu sniegtajām atbildēm, ir ļoti dažādi. Tieši no šo iemeslu kombinācijas izriet arī atšķirības narkotiku izplatībā dažādās ieslodzījuma vietās. Sekojošais iemeslu izklāsts nav strukturēts atbilstoši to nozīmīgumam.

Vairāki valsts institūciju speciālisti norādīja, ka narkotiku pieejamība ir saistīta ar **ieslodzījuma vietu infrastruktūru** – ēku dislokāciju pilsētvidē, neapmierinošu iekštelpu stāvokli, pārpildītām kamerām. Vairāki Latvijas cietumi (piemēram, Brasas cietums, Jelgavas cietums, Valmieras cietums) atrodas pilsētā, blakus salīdzinoši satiksmes un cilvēku plūsmas ziņā dzīvām ielām, dzīvojamām zonām u.tml. Šādos apstākļos ir salīdzinoši viegli “iemest” narkotikas cietuma teritorijā:

„(..) narkotiku lietošana cietumos ir diezgan liela problēma. To nosaka, pirmkārt, tas, ka mūsu cietumu sistēma tieši ēku, infrastruktūras dēļ ir.. nevar teikt, ka ļoti piemērota lietošanai, bet ar infrastruktūru mēs nevaram novērst tos riskus, kas nepastāv valstīs, kur ir moderna un droša infrastruktūra. (..) Lai arī saka, ka nav pasaulē tāda cietuma, kur nav narkotikas, bet, piemēram, igauņiem ir divi jauni cietumi, un viņi saka, ka viņi gadiem neko nav izņēmuši. Man gribas viņiem ticēt (..). (..) viņiem ir pareiza arhitektūra, viņiem nevar iešaut, iemest, ievest [narkotikas], viņiem ir skeneri pie katras izejas.”

„(..) vecā infrastruktūra ir kā caurs maiss, kā tāda bedrīšu lāpīšana, jo mēs nevaram viņu sakopt un savest kārtībā tik tālu, lai izslēgtu tajā skaitā arī aizliegto priekšmetu, narkotisko vielu, citu vielu iekļūšanu cietumā diemžēl. Tie resursi ir tik, cik viņi ir.”

Tajā pašā laikā nevalstisko organizāciju pārstāvju atklātā pieredze liecina, ka arī vislabāk uzbūvētajā cietumā ir iespējams nogādāt narkotikas no ārpuses, tāpēc infrastruktūra ir tikai viens no tehniskajiem faktoriem.

Nākamais iemesls, kas ir daļēji saistīts ar infrastruktūras jautājumu, ir **tehniskās pārbaudes** – personu pārmeklēšana, somu pārbaude u.tml., **ienākot cietumā**. Veids, kādā tās tiek īstenotas, nevar pilnībā izslēgt narkotiku ienešanu cietuma teritorijā. Par to pārliecinājās arī pētnieku komanda, kas veica notiesāto anketēšanu ieslodzījuma vietās, taču nevar izslēgt, ka pārbaudes veidi ir atšķirīgi no apmeklējuma mērķa un iepriekš veiktās apmeklētāja personības pārbaudes.

„(..) pārbaudes, kas tiek veiktas, [ienākot cietumā], kad jebkurš apmeklētājs vai darbinieks, vai kāds, kas iet pie ieslodzītā, nāk iekšā cietumā, arī tās pārbaudes iespējas ir stipri minimālas, mums nav tehnisko līdzekļu, mums katastrofāli trūkst tehnisko līdzekļu skeneri tā kā lidostās, protams, ka viss notiek pa lielam ar darbinieku fizisku pārbaudīšanu, suņi mums ir, bet mēs neesam naivi, mēs paši zinām, ka tam iziet cauri var diezgan vienkārši.”

Tomēr, kā atzina IeVP vadība, pārbaudēm būtu jābūt vienādām neatkarīgi no apmeklējuma mērķa vai apmeklētāja statusa. Viens no galvenajiem problēmas iemesliem ir nepietiekamais materiāli tehniskais nodrošinājums atbilstošas drošības kontroles īstenošanai:

„Viņu [uzraugu] pienākums ir jebkurā gadījumā pie visiem apmeklētājiem pieiet vienveidīgi tādā nozīmē, ka cilvēka prātu nevar noskanēt un pa vidu var gadīties arī negodprātīgi jebkurā kompānijā, kas nāk iekšā. Tāpēc būtu jāpārbauda vienādi. Mans uzstādījums ir, bet to es nevaru īstenot šobrīd šajos cietumos, tas nav iespējams tehniski, bet jaunajā cietumā mans uzstādījums, ka noteikti (..) ir jābūt skeneriem un ir jābūt arī tai fiziskajai cilvēka pārbaudei, vienveidīgai attiecībā pilnīgi pret visiem - gan pret darbinieku, kurš nāk cietumā uz darbu katru dienu, gan pret jebkuru apmeklētāju, vai tas nāk pie ieslodzītā, radnieks, vai tas nāk cietumā kādu citu funkciju pildīt. Obligāti, bet to mēs šajā infrastruktūrā nevaram nodrošināt, mums ir plikas rokas, mums nekā nav, ne mums ir kur mantas izlaist cauri, tāpēc ir jārokas, diemžēl tas tā ir. To jau nedarītu, ja nebūtu iemeslu. Tie iemesli ir ar apskaužamu regularitāti, tā tas ir. Tā ir galvenā lieta, ka mums nav fiziski, ar ko un kādā veidā pārbaudīt visu, kas nāk iekšā, izņemot rokas plikas.”

Tieslietu ministrijas un Iekšlietu ministrijas pārstāvji uzskata, ka drošības dienestu darbības stiprināšana ir tikai daļa no kompleksa risinājumu kopuma, lai mazinātu narkotisko vielu pieejamību un izplatību ieslodzījuma vietās. Līdzīgās domās ir arī nevalstisko organizāciju pārstāvji, kas puda viedokli, ka pat visaugstākās drošības kontroles apstākļos ir iespējams nogādāt narkotikas cietumos.

„(..) nevar atrisināt narkomānijas un atkarības problēmas tikai ar spēka pieeju. (..) tas noteikti neatrisinātu atkarību kā tādu neatkarīgi no tā, vai tas ir cietums vai karceris, jo pieprasījums rada piedāvājumu un piedāvājums vienmēr atradīs savu ceļu, vai caur uzraugu, bet narkotikas tur nokļūs, tāpēc nekādā gadījumā spēka pieeju nevar pasniegt kā vienīgo ne cietumos, ne sabiedrībā kopumā. Ir nepieciešama ārstniecība, profilakses, vienas narkotikas aizstāšana ar otro, tas ir no klasikas – reliģisko organizāciju aktivitātes un jebkādas citas, kas ieslodzītajiem palīdz atbrīvoties no pašas atkarības, no vēlmes tikt pie narkotikām.”

„Teikšu godīgi – „ne vella” viņi nespēj. Drošībnieki cietumos, drošībnieki plašā nozīmē, tie, kas atbild par drošību, tie ir arī uzraugi, viņi spēj ar operatīvās informācijas pamatu šad tad izņemt narkotikas, bet izņemtas narkotikas nenozīmē, ka cietumā neviens nelieto un šādu atziņu, manuprāt, nevarētu paust cilvēks, kurš spētu atzīt, ka narkotikas un atkarības cietumā ir problēma. Manuprāt, tāds apgalvojums nāk no cilvēka, kurš varbūt pats ir drošībnieks un kurš domā – jo vairāk mēs izņemam, jo mazāk viņiem paliek, bet nekā, visa pasaules pieredze liecina, ka izņem pasaulē ārā vai iekšā cietumā 5-10%. Ja mums kilograms katru gadu ir izņemts, tad jāreķinās, ka 9-10 kg iekšā ir palikuši. Un pie šīs infrastruktūras ir naivi domāt, ka viņi spēj izņemt vairāk kā 5-10%.”

Neraugoties uz dominējošo nostāju, ka drošības kontroles pasākumi nevar aizstāt citus ar narkotiku lietošanas ieslodzījuma vietās problemātikas risināšanu saistītos pasākumus, pastāv arī viedoklis, ka tieši nepilnības drošības sistēmā ir galvenais narkotiku izplatības cēlonis cietumos un viss darbs ir jāfokuss tieši uz drošības dienestu darbības stiprināšanu:

„Kā var būt savādāk! Ar drošību mēs saprotam visus drošības pasākumus, nevis tikai vienu vārtu sargu, bet arī iekšā. Šīs sistēmas, manuprāt, var būt daudz inteliģentākas nekā vienkārši viens cilvēks, kurš iet un skatās, un pārbauda kabatas, un ko tur vēl. Protams, tā ir iestāde, kurai šie drošības pasākumi ir visprioritārākie no visiem pārējiem.”

Nākamā iemeslu grupa ir saistīta ar ieslodzījuma vietu **vadības stilu un darbinieku lomu narkotiku izplatības jomā**. Daļa ekspertu uzskata, ka liela nozīme ir cietuma vadības attieksmei un izpratnei šajos jautājumos:

„(..) droši vien to nevarētu vērtēt, manuprāt, pēc cietuma veidiem, ka atklātajā cietumā viņas ir pieejamākas, slēgtākajā mazāk pieejamas, drīzāk pēc konkrētu cietumu vadības stila.”

Balstoties uz speciālistu intervijās iegūtajiem skaidrojumiem, cietumu darbinieki – kameru apsargi/uzraugi – ir vieni no narkotisko un psihotropo vielu piegādātājiem vai piegādes starpniekiem ieslodzītajiem.

„(..) kas tad ir par iemeslu, viņi atzina tieši to pašu, ka ieslodzījuma iestādēs, viens, ir par šo pieejamību, ka tiek meklēti jebkuri veidi, lai viņas dabūtu, protams, arī darbinieki tiek iesaistīti.”

Vairāki nevalstisko organizāciju pārstāvji uzskata, ka narkotiku izplatību līdzās citiem iemesliem sekmē **zemais ieslodzījuma vietu darbinieku atalgojums** kombinācijā ar cilvēcisko faktoru – iespēju salīdzinoši vienkārši, ņemot vērā neapmierinošos drošības un kontroles mehānismus, ienest cietuma teritorijā neatļautās vielas un izplatīt tās, saņemot par to naudu.

„Tā ir, pirmkārt, milzīga nauda. Tur, kur ir milzīga nauda, tur vienmēr var izdomāt, kā tas viss tiks ieviests iekšā, realizēts un viss. Arī tas cilvēciskais faktors. Cik ir jāsaņem nauda, lai nerastos kārdinājums piepelnīt vēl klāt? Cik lielai jābūt algai? Pie tam, ja tas ir salīdzinoši, es tā pieļauju, ka vienkārši. (..) cilvēciskais faktors vienmēr tādas lietas ietekmē. Es tiešām nezinu, varbūt ja pieķer kādu tādu uzraugu un nāvēssods, beigts, viss, tas varbūt, bet tas nav humāni, un tik un tā būs kāds, kas gribēs.”

Šo problēmu atzina arī IeVP vadība:

„Tas, ka tās algas nepietiek jau parāda to vien, ka nevis jaunie, tikko atnākuši te grēko ar kaut kādu narkotiku vai mobilo telefonu ienešanu. Tie mobilie telefoni ir tiešā sakarā ar tām narkotikām, jo kā tad viņas var saorganizēt, tikai ar to mobilo telefonu.”

Komentējot zemo algu līmeni ieslodzījuma vietās strādājošajiem, IeVP priekšniece skaidroja, ka zemais algu līmenis liedz piesaistīt, pirmkārt, nepieciešamo darbinieku skaitu; otrkārt, piesaistīt kvalificētus un motivētus darbiniekus; treškārt, novērst situāciju, kad darbiniekam ir paaugstināta slodze, jo viņš ir spiests strādāt vairākos darbos:

„(..) algu līmenis nav pietiekams, viņš nav pietiekams, lai mēs varētu vispār konkurēt. Ja mēs nevaram konkurēt darba tirgū, tad tas jau ir rādītājs. Mēs nevaram šeit runāt par kaut kādu kvalitatīvu darbinieku atlasī. Ir trīs galvenie aspekti jebkuram darbiniekam stājoties darbā, pirmie jautājumi intervijā būs noteikti darba vide, spēja iegūt šo kvalifikāciju, apmācību, kur mēs neturam kritiku, un atalgojums. Protams, varbūt es to secību apzināti nosaucu pretēji, citiem tas pirmais jautājums būs par

to algu, ka viņam ir ģimene jāuztur, viņš ir ģimenes galva. (..) Ja mēs ņemam darbā uzraugu, saprazdami, ka viņš tūlīt ies meklēt, jo tas ir maiņu darbs, ies meklēt otro, trešo darbu vēl, lai varētu nodrošināt to savu dzīvi un ģimeni, tad nekad mēs nevarēsīm sasniegt to profesionālo līmeni, kad tas viņam būs pamatdarbs, tomēr galvenais būs darbs cietumā, nevis viņš atnāks uz cietumu kā uz otro vai trešo darbu. Par kādu kvalitatīvu līmeni mēs te varam runāt?”

Tāpat, kā liecina nevalstisko organizāciju pieredze darbā ieslodzījuma vietās, liela nozīme ir arī **darbinieku profesionalitātei** - viņu izglītībai, motivācijai, izpratnei par ieslodzījuma vietas darbības jēgu, profesionālajām apmācībām utt. Šajā ziņā situācijas uzlabojumi bijuši vērojami UNODC projektu aktivitāšu laikā, kuras diemžēl netiek turpinātas:

„Vismaz tajā laikā, kad mēs braucām uz (..) ieslodzījuma iestādi, kas bija uzreiz uzkrītoši, ka personāls ir stipri profesionāls, un ja viņi ir apmācīti, ar labu izglītību, tad viņi mazāk iesaistīsies kā starpnieki, lai piegādātu šiem ieslodzītajiem vielas.”

„Līdz ar to varbūt tādā veidā, dibinot uzticībā balstītas attiecības, varētu uzlabot situāciju. Protams, uztraudzība, bet tas ir arī jautājums par personālu. Kad strādāju cietumā, man pašam bija gadījumi, kad cilvēki kaut ko iestiepa, protams, mēdz piesaukt atalgojumu un tamlīdzīgi, bet, protams, arī cietumos nonāk, strādā gadījuma cilvēki, kuri varbūt neapzināti iestājas darbā piepelnīties, bet aiz savas muļķības vai kaut kā. (..) Ja ir gadījuma cilvēks, tad uzlabo, neuzlabo, viņš, nevis kontrolēs, viņš pats kaut ko izdarīs. Es domāju, ka tas ir ļoti komplekss pasākums. Tā ir nevis apmācība par narkotikām, bet apmācība vispār, mācību centra kapacitātes stiprināšana par soda izpildes problemātiku kā tādu, par soda jēgu un mērķi, par to, ka mēs visi esam vienas sabiedrības daļa un vairāk tādi filozofiski aspekti un ideoloģija, un vīzija, un tādi jautājumi un tad no tā izrietošas apmācības.”

Saskaņā ar Iekšlietu ministrijas sniegto informāciju 2013. gadā ieslodzījuma vietu darbiniekiem kopā tika organizēti četri apmācību semināri par narkotiku atkarības profilakses jautājumiem. Viena semināra saturā tika iekļauts jautājums par rīcību narkotisko vielu pārdozēšanas gadījumos.

Ieslodzījuma vietu darbinieku apmācības trūkumu intervijā uzsvēra arī valsts pārstāvji:

„(..) ja būtu iespēja viņus [ieslodzījuma vietu darbiniekus] profesionāli sagatavot, kāds vispār ir mērķis soda izpildei, kāds ir saturs, ka tu esi viens no šīs komandas, ka tu esi viens no, lai mēs sasniegtu to mērķi, nevis tu esi vienkārši atnācis maiņā, atslēdzu, aizslēdzu, atvedu, aizvedu, padzēru kafiju, aizgāju.”

Resursu trūkums cietumu sistēmai kopumā nosaka to, ka primāri līdzekļi tiek novirzīti ieslodzīto dzīves apstākļu uzlabošanai, kamēr darbiniekiem nākas turpināt gaidīt situācijas uzlabojumus tālākā nākotnē, kas nekādā veidā nesekmē motivāciju strādāt cietumā:

„Darba vide, tā pati nesakārtotā cietuma sistēma, ko mēs pa kaktiņiem, pa telpai, pa stāvam tagad lāpām. Cik mums tie resursi ir iedoti, tik mēs arī darām. (..) pagaidām ar to ir diemžēl par maz, jo primāri jau mēs radām apstākļus atbilstoši standartiem ieslodzītajiem, darbinieks atkal paliek aizmirsts, līdz tam mēs netiekam. Mūsu klienti [ieslodzītie] ir labākos apstākļos nekā darbinieki un tā tas tiešām ir. Rinda mums uz šo darba vietu nestāv un nestāvēs, izņemot reģionus, kur ir ļoti liels bezdarba līmenis, attiecīgi mēs esam bez maz laimīgi par katru, kas mums nāk.”

Atsevišķa problēma ir tā, ka uzraugiem netiek nodrošināta supervīzija, kas varētu būt nozīmīgs instruments darba kvalitātes celšanā:

„(..) mēs runājam, ka sociāliem darbiniekiem, psihologam supervīzija vajadzīga, bet varbūt, ka tam, kas ir tiešā kontaktā, tas pats uzraugs, tas pats vecākais inspektors sociālās rehabilitācijas jautājumos,

viņam tāpat tā supervīzija ir vajadzīga, viņš arī izdeg. Mēs jau neko daudz šobrīd neesam spējīgi dot pretī, lai neteiktu, ka mēs neko nedodam pretī.”

Ne mazāk nozīmīga loma ir **darbinieku savstarpējām attiecībām**, kā arī apsardzes darbinieku un ieslodzīto attiecībām, kas nodrošina arī sava veida sociālo kontroli. Šajā ziņā pozitīvas atsauksmes ir par sieviešu cietuma darbinieku kolektīvu, kas ir saliedēts, kur valda savstarpējas uzticēšanās attiecības, arī starp darbiniekiem un ieslodzītajām. Pētnieku novērojumi aptaujas veikšanas laikā apstiprina ekspertes pausto atziņu par situāciju Ilģuciema cietumā.

Nākamā iemeslu grupa ir saistīta ar ieslodzījuma vietās pieejamajām aktivitātēm ieslodzītajiem. Pirmkārt, tās ir nodarbinātības iespējas. Ekspertu novērojumi rāda, ka tie ieslodzītie, kuri ir iesaistījušies **nodarbinātības pasākumos**, ir mazāk predisponēti narkotisko vai psihotropo vielu lietošanai. Savukārt, tiem, kuri nav nodarbināti, ir neaizpildīts ieslodzījumā pavadāmais laiks, kas ir pamudinošs faktors narkotiku lietošanai. Nepietiekams ir arī citu resocializācijas pasākumu nodrošinājums, kas negatīvi ietekmē arī apreibinošo vielu lietošanu:

„(..) mums joprojām resocializācijas pasākumi ir tādi, ko vajadzētu papildināt, lai viņi ir nodarbināti, lai viņi ir iesaistīti kaut kur visu dienu, jo tad viņiem paliktu mazāk laika muļķību darīšanai, tai skaitā lietot narkotikas. Daļa jau viņas lieto aiz tā, ka nav nekā saprātīga ko darīt.”

„Ja vīrietis spēka gados, lielākais procents jau ir vidējā vecuma cilvēki, netiek nodarbināts, tad viņš tiek kultivēts kā parazīts.”

„Ja tur nav darba ieslodzījuma vietās, tad ar ko viņiem tur nodarboties? Dzert, kauties, durties vai arī iet pie mācītājiem un lūgt Dievu. It kā darbs ar atkarīgajiem nav saistīts, bet es domāju, ja viņam tur ir iespēja strādāt, viņš redz iespējas resocializēties un daļa no resocializācijas ir atteikšanās no narkotikām.”

Otrkārt, tās ir nepietiekamas saturīgas **brīvā laika pavadīšanas iespējas** (šis iemesls ir, protams, cieši saistīts arī ar nodarbinātības un citiem pasākumiem/aktivitātēm ieslodzītajiem):

„Ko es varu pateikt, ko mani klienti saka, viņi ir ļoti daudzi narkomāni un viņi ir nesaprašanās ar likumu, viņi to arī saka, ka viņi cietumā lietojuši narkotikas, jo reāli tur nav ko darīt, dzīves apstākļi ir ļoti slikti, nevarētu teikt, ka katastrofāli, jo kaut ko arī šobrīd dara, remontē. Un tas, ka darba nav, sadzīves apstākļi ļoti slikti, ar ko brīvo laiku aizpildīt nav, un tad atliek tas viens veids, ka tu aizej tajā nirvānā, jo tad tev nekas nav jādomā.”

„(..) liels mīnuss ir tas, ka šajās ieslodzījuma iestādēs reāli nav ne nodarbinātība, ne konstruktīvas brīvā laika pavadīšanas iespējas. Tad ir šī brīvā laika aizstāšana ar šo apdullināšanos.”

Kā pozitīvo piemēru šo faktoru grupā – nodarbinātība, resocializācija, brīvā laika pavadīšanas iespējas – eksperti minēja Ilģuciema cietumu, kur ieslodzītajām ir plašas iespējas, kā sevi nodarbināt dienas laikā, iesaistoties gan ieslodzījuma vietas saimnieciskajā apkalpē, gan strādājot komersantu izveidotajās darba vietās, gan piedaloties dažādās aktivitātēs, kuras cietumā organizē nevalstiskās organizācijas. Tāpat ar noteiktu regularitāti ir pieejamas arī kultūras aktivitātes:

„Es zinu, ka citos [cietumos] tas nav ne tuvu. Šeit [sieviešu cietumā] ir ļoti pietiekami. Tāpēc varbūt, ka tā ir, ka neatļaujas [lietot narkotikas] aiz cieņas un pietātes, gan arī nav šo iespēju. Viņām nav nemaz laika domāt. Viņas ir tā noslogotas, ka viņām nav laika domāt.”

„Lai gan prasa, [lai viņas iesaistās]. Ja tu esi vecāka gada gājuma vai slimīgs, tad varbūt kādā sabiedriskā darbā viņu paaicina. Ir teritorija, un tu vari iesaistīties tās kopšanā. Tāpat arī tajā zeķu adīšanā. Kaut kāds darbiņš viņam zināmas stundas ir, viņš nevar tikai parazitēt. Tas viņam ir kā

bonuss, kad nāk administratīvā komisija, kas izlems, vai tu iesi uz atvērto cietumu, vai no vienas nodaļas uz citu. Tas viņiem ir kā stimulš.”

Saskaņā ar IeVP 2013. gada Publiskā pārskata datiem, augstākie notiesāto nodarbinātības rādītāji bija Brasas, Ilģuciema un Šķirotavas cietumā.⁹

Atsevišķa narkotiku izplatību un lietošanu sekmējoša iemeslu grupa ir saistīta ar nepietiekamu ārstēšanās programmu pieejamība tiem ieslodzītajiem, kuri ir nonākuši cietumā jau kā atkarīgie narkotiku lietotāji:

„(..) vislielākā problēma ir tā, ka cilvēks nonākot cietumā, mēs nevaram viņam nodrošināt nekādu atkarības ārstēšanu vai profilaksi. Līdz ar to, ja viņš ienāk iekšā jau ar lietošanas pieredzi, tad ir gandrīz simtprocentīga varbūtība, ka ja viņam kāds kaut ko piedāvās, viņš lietos. (..) mums arī nav nekādu atkarības programmu. Protams, ir uz vielu lietošanas menedžmentu vērsta programmas, bet tās ir tādas programmas, kuras, manuprāt, neder tiem, kas jau ir bijuši lietotāji. Tas der tiem, kas ir bijuši tādi pamēģinātāji.”

Šajā ziņā kā risinājums tiek saskatīta nepieciešamība attīstīt sistemātisku pieeju atkarību ārstēšanas programmu jomā. Kā iespējama instruments un resurss šādas sistēmas izveidē ir paredzēts Tieslietu ministrijas un Norvēģijas valdības divpusējā finanšu instrumenta atbalstītais un IeVP īstenotais projekts „Jaunas nodaļas izveide Olaines cietumā, ieskaitot būvniecību un personāla apmācību”, kura ietvaros tiks izveidots Atkarīgo centrs Olainē.

„Dažos cietumos fragmentāri tiek īstenota arī Minesotas programma, bet problēma ir tajā, ka mums nav sistēmas, kā mēs strādājam ar atkarībām. To sistēmu mēs izveidosim norvēģu projektā, tas ir pilnīgi jauna lieta.”

Viens no globāliem soļiem, kā mazināt narkomāniju un tās izraisīto infekcijas slimību izplatību ieslodzījuma vietās, ir grozījumi Krimināllikumā, kas paredz, ka par narkotiku lietošanu vairs netiek piemērota brīvības atņemšana. Samazinot notiesāto un ieslodzīto narkotiku lietotāju skaitu, tiek samazināts arī narkotiku lietotāju skaits ieslodzījuma vietās.

„Tas ir izdarīts. Tagad vienu gadu tas ir spēkā. Lūk, vēl viens no punktiņiem, ko mēs ceram, ka mums iesniegtā statistika parādīs, ja ne tagad uz vidusposma novērtēšanu, tad 2017.gadā uz gala posma novērtējumu, ka lietotāju skaits ir samazinājies.”

5.2. Infekcijas slimību izplatība

5.2.1. Situācijas raksturojums

Raksturojot kopējo situāciju tādu infekcijas slimību kā hepatītu B un C (VHB un VHC), HIV/AIDS un tuberkulozes izplatību, eksperti uzsvēra, ka, pirmkārt, tā ir jāskata kopsakarībā ar sabiedrības veselības stāvokli (palielinoties noteiktu slimību izplatībai sabiedrībā, tās palielinās arī ieslodzījuma vietās); otrkārt, jāņem vērā, ka infekcijas slimību koncentrācija ieslodzījuma vidē ir augstāka nekā valstī kopumā. Šāda situācija ir ne tikai Latvijas ieslodzījuma vietās, bet arī citās Eiropas Savienības valstīs¹⁰.

⁹ IeVP 2013. gada publiskais pārskats.

Pieejams: http://www.ievp.gov.lv/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=75&lang=lv (pēdējo reizi skatīts: 06.10.2014.)

¹⁰ IeVP 2013. gada publiskais pārskats, 46.lpp.

Par to, ka ieslodzījuma vietu vide ir labvēlīga infekcijas slimību izplatībai, liecina daudzi šai videi raksturīgi un savstarpēji saistīti faktori, kas veicina infekcijas slimību transmisiju dažādos veidos – ar asiņu starpniecību, seksuāli transmisīvā ceļā (dzimumkontakts). Turpinājumā ir uzskaitīti intervijās minētie apstākļi, kas ir transmisijas faktoru pamatā:

- liels cilvēku skaits slēgtās un izolētās telpās (īpaši tas attiecas uz kamerām, kurās pastāvīgi atrodas līdz pat 30 ieslodzītajiem);
- ierobežotas iespējas izolēt inficētos ieslodzītos no neinficētajiem;
- pastāvīgs cilvēka-cilvēka kontakts;
- neapmierinoši higiēnas apstākļi (piemēram, viena skuvekļa lietošana);
- narkotiku lietošanas paradumi (piemēram, vienas šļirces lietošana, šļirču nedezinficēšana u.tml.);
- nedroši seksuālie kontakti (prezervatīvu trūkums), kas palielina asins transmisiju ceļā iegūstamo slimību risku;
- ieslodzīto kopējā slimības vēsture un imūnsistēmas neapmierinošais stāvoklis (visbiežāk ieslodzītie slimo ar vairāk kā vienu slimību, raksturīgas ir dažādas hroniskās slimības u.tml.);
- vardarbība ieslodzīto vidū (piemēram, kautiņi, miesas bojājumu nodarīšana);
- zemāks ieslodzīto izglītības līmenis (viens no ekspertiem norādīja uz pastāvošo korelāciju starp izglītības līmeni un veselības stāvokli).

Atsevišķs infekcijas slimību izplatību sekmējošs faktors ir notiesāto attieksme pret ārstēšanos un zema līdztības līmenis. Viens no ekspertiem puda viedokli, ka nereti notiesātie ir ieinteresēti veselības problēmās, slimību uzskatot par priekšrocību, nevis trūkumu. Saslimšana ir iespēja iegūt zināmus režīma atvieglojumus, regulāri saņemt medikamentus, kas ne vienmēr tiek lietoti atbilstoši ārstu norādījumiem, bet arī apreibināšanās nolūkos:

„(..) šo pacientu attieksme pret ārstēšanu, viņu līdztības līmenis varētu būt savādāks nekā ārpus ieslodzījuma vietām. Ja atrodies šeit cilvēkiem ir lielāka līdztība, viņi gribētu ātrāk izārstēties, ātrāk tikt vaļā no šīs problēmas, lai varētu turpināt to, ko viņi dara, tad šajā ieslodzījumā ir atsevišķi faktori, ka slimība ir priekšrocība, nevis trūkums, līdz ar to viņš gribētu būt slims, jo tad viņš atrodas ārstēšanā, viņam tur kaut kas nav jādara, viņam režīms ir maigāks vai pilnīgi atbrīvošana pirms termiņa (..)”

Visu augstāk minēto faktoru kopums ir pamats ekspertu atzinumam, ka pēdējos četros gados (kopš 2010. gada pētījuma) situācija infekcijas slimību izplatības jomā būtiski nav mainījies un nav arī pamata uzskatīt, ka tā varētu būtiski uzlaboties tuvākajā nākotnē:

„Es nedomāju, ka situācija tuvākajā laikā mainīsies, jo, protams, ka viņi visi tur lieto vienas šļirces. Citās valstīs ir pieejami dezinfektanti, „drošs sekss” un visas pārējās lietas, mums jau tas nav. Ja viņš to veļas balinātāju nopērk tajā cietuma veikalā un viņš ir tik apzinīgs, ka viņš saprot, ka ir jādezinficē tā šļirce, tad viņš to dara, bet mums iztrūkst tas, ka kāds viņam to regulāri atgādinātu - ja tu lieto, tad nodezinficē.”

„HIV/AIDS, (..) ja vērtē kopsakarā ar vispār to, kas sabiedrībā notiek, skaidrs, ka pie mums nonāk sabiedrības ne tā labākā daļa un skaidrs, ka pie mums arī proporcionāli tas inficēto apjoms ir lielāks nekā izskatītos, ja mēs skatītos vispār sabiedrībā kopā. Protams, cietums ir tā vide, kur tā izplatība ir daudz iespējamāka – ierobežotā, izolētā vide, kur viens otram nodod [slimības soda] izpildes laikā. Ja

viņš pirms tam nav lietojis, viņš var uzsākt arī cietumā. Tas tā ir. Kamēr nav jaunais cietums, kur būs iespēja sēdēt tikai pa vienam vai pa diviem, maksimums pa diviem, mēs to izslēgt nevarēsim, fiziski to nevar izslēgt.”

Neraugoties uz kopumā skeptisko prognozi, tika izteikti pieņēmumi, ka situāciju labvēlīgi varētu ietekmēt ilgstošās farmakoterapijas programmas ar metadonu īstenošana ieslodzījuma vietās:

„(..) ceru, ņemot vērā, ka 2012.gada aprīlī beidzot ir palaistas metadona programmas, ceru, ja ne tagad, tad pavisam drīz varēsim redzēt, ka ir kaut kāds kaut minimāls samazinājums.”

Taču jāņem vērā salīdzinoši nelielais šajā programmā iesaistīto notiesāto skaits. 2012. gadā šo terapiju īstenoja 14 ieslodzītajiem, bet 2013. gadā – 11 ieslodzītajiem.¹¹ Līdz 2014. gada 2. septembrim šo terapiju saņēma 13 ieslodzītie.¹²

Izmaiņas ir vērojamas **tuberkulozes** izplatības jomā. Vairāki eksperti atzina, ka šīs infekcijas slimības izplatīšanās šobrīd tiek kontrolēta labāk, jo, pirmkārt, ir uzlabojušās diagnosticēšanas iespējas. Kā atzina IeVP priekšniece, pēdējos gados ir izdevies nodrošināt rentgena aparātus visās ieslodzījuma vietās. 2013. gadā 8719 reizes ieslodzītajiem ir veikta rentgenoloģiskā pārbaude tuberkulozes un plaušu slimību noteikšanai, 1911 cilvēkiem ir veikti krēpu uzsvērumi. Otrkārt, ir uzlabojušās ārstēšanās iespējas ne tikai Latvijas Cietumu slimnīcas Tuberkulozes un plaušu slimību nodaļā, bet arī ārstniecības iestādē ārpus ieslodzījuma – visi tuberkulozes pacienti ir papildus konsultēti Valsts Plaušu un tuberkulozes centrā:

„Tas ir noticis lielā mērā pateicoties tam, ka specifisko ārstēšanu nodrošina nevis cietuma ārsti, bet Plaušu un tuberkulozes centrs, kas ir ārpusē. Viņiem ir resursi, mēs viņus ielaižam iekšā, viņi strādā, tuberkulozi mums ir izdevies apvaldīt.”

„Es zinu, ka tuberkuloze kādreiz bija nopietnāka problēma, šobrīd tā ir mazāk nopietna problēma, jo uzturēšanās apstākļi uzlabojas, pārtika un tamlīdzīgi ieslodzījuma vietās.”

Saskaņā ar IeVP gada publisko pārskatu datiem laikā no 2010. līdz 2013. gadam ir vērojama šāda tuberkulozes gadījumu dinamika: 2010. gadā – 81 gadījums (1,2% no visiem pilngadīgajiem ieslodzītajiem), 2011. gadā – 79 gadījumi (1,2%), 2012. gadā bija vērojams tuberkulozes gadījumu skaita pieaugums – 116 gadījumi (1,9%), savukārt 2013. gadā neliels kritums – 95 gadījumi (1,8%).

Sliktāka ir situācija ir HIV un HCV izplatības jomā, kur saslimstības gadījumu skaits ir ievērojami lielāks. Diemžēl statistikas dati ir pieejami tikai par HIV izplatību. 2010. gadā kopumā ar HIV inficēti bija 657 ieslodzītie (9,7% no visiem pilngadīgajiem ieslodzītajiem), 2011. gadā – 702 (10,7%), 2012. gadā – 509 gadījumi (8,3%), 2013. gadā – 662 gadījumi (12,3%).¹³ Arī ekspertu vērtējums par HIV/AIDS izplatību ir kritisks, turklāt intervijās tika uzsvērta neapmierinošā situācija HCV diagnosticēšanas jomā, kā rezultātā nav informācijas par šīs infekcijas slimības reālo izplatību ieslodzīto vidū:

„Par HIV/AIDS runājot, mēs esam Eiropā vienā no pirmajām vietām, varbūt pat pasaulē ar inficēto skaitiem, to īpatsvaru, ieslodzīto vidū. (..) Par hepatītu runājot, jāsaka godīgi, ka hepatītu C mēs vispār

¹¹ IeVP 2012., 2013. gada publiskie pārskati.

Pieejami: http://www.ievp.gov.lv/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=75&lang=lv (pēdējo reizi skatīti: 08.10.2014.)

¹² IeVP Medicīnas daļas priekšnieka prezentācija ECDC-EMCCDA misijas Latvijā ietvaros 02.09.2014.

¹³ Datu avots: IeVP statistikas dati.

nediagnosticējam. Baidos, ja to taisītu, mums 70% būtu. To mēs esam sapratuši. Varbūt 70% ir mana pesimistiskā versija, bet 30-40 stabili.”

Ieslodzīto testēšana uz HCV notiek tikai gadījumos, kad ir simptomi, kas liecina par iespējamu inficēšanos ar C hepatītu. Zināmus datus par HCV izplatību sniedz ieslodzījuma vietās veikto eksprestestu rezultāti. 2012. gadā veiktie eksprestesti uz HCV ir bijuši pozitīvi 34,2% gadījumu (absolūtajos skaitļos - 1066/365),¹⁴ kas liecina par augstu HCV izplatību ieslodzīto vidū.

5.2.2. Pasākumi infekcijas slimību izplatības apzināšanai un mazināšanai

Infekcijas slimību izplatības dinamika ir tieši saistīta ar pasākumiem, kas tiek veikti šo slimību izplatības apzināšanai un mazināšanai.

Infekcijas slimību izplatības apzināšanas viens no galvenajiem pasākumiem ir **slimību testēšana un diagnosticēšana**. Šajās jomās ir jāturpina risināt jau iepriekšējos gados un pētījumos identificētās problēmas – nepietiekami pasākumi slimību diagnosticēšanai, t.sk. atkārtotu testu veikšana ieslodzījuma laikā. Testu veikšana notiesātajiem uz HIV/AIDS un hepatītu C ir īpaši svarīga, ņemot vērā korelācijas, pirmkārt, starp ieslodzītajiem un narkotiku lietotājiem (saskaņā ar IeVP priekšnieces teikto, ieslodzījuma vietās apmēram 85% ieslodzīto ir atkarīgie), otrkārt, starp narkotiku lietotājiem un infekciju slimniekiem (gan HIV/AIDS, gan VHC ir tipiskas infekcijas slimības narkotiku lietotāju vidū).

Testu veikšana uz infekcijas slimībām nav obligāta, turklāt ne visām slimībām ir iespējams veikt testēšanu. Ja, personai nonākot ieslodzījuma vietā pēc tās brīvprātīgas piekrišanas tiek veikta HIV/AIDS testēšana, tad hepatīts C sistemātiskā veidā netiek diagnosticēts. Līdz ar to dati par hepatīta C izplatību ir nepilnīgi un neatspoguļo reālo ainu. Taču pēc būtības šī problēma ir attiecināma arī uz citām infekcijas slimībām, ņemot vērā gan brīvprātības principa ievērošanu testu veikšanā, gan to, ka inficēšanās notiek ne tikai pirms ieslodzījuma, bet arī pēc nonākšanas cietumā. Tāpēc, lai sekmētu HIV/AIDS un hepatītu C un B apzināšanu, testēšana būtu jāveic pirms nonākšanas ieslodzījuma vietā, ar zināmu regularitāti atrodoties cietumā un arī pēc soda izciešanas – pirms došanās brīvībā. Testēšana pirms atbrīvošanas ir jāskata arī kā nozīmīgs profilakses pasākums visas sabiedrības mērogā.

Atsevišķa pasākumu grupa infekcijas slimību izplatības apzināšanai ir **eksprestestu veikšana** ieslodzījuma vietās. 2012. gadā SPKC ir izsniedzis ieslodzījuma vietām 1200 HIV, 1300 C hepatīta un 50 sifilisa eksprestestus¹⁵.

Eksprestestu veikšanu organizē arī nevalstiskās organizācijas dažādu projektu ietvaros, līdz ar to šie pasākumi nav regulāri, tie ir kampaņveidīgi, tāpēc vērtējami kā papildus, nevis sistēmisks ieguldījums kopējā problēmas risinājumā. Turklāt eksprestestu veikšana ir tikai pirmais solis, lai pilnībā diagnosticētu infekcijas slimības, jo antivielu klātbūtne asinīs vēl nenorāda uz slimības akūto stāvokli.

Nākamā pasākumu grupa ir saistīta ne tikai ar infekcijas slimību apzināšanas sekmēšanu, bet arī ar mazināšanu. Tas ir **izglītojošais darbs** par infekcijas slimību transmisijas faktoriem un profilaksi gan ieslodzīto vidū, gan ieslodzījuma vietu darbinieku vidū. Galvenā problēma ir tā, ka izglītojošās aktivitātes lielāko tiesu notiek fragmentāri – atsevišķu programmu vai projektu ietvaros, netiek

¹⁴ Datu avots: SPKC.

¹⁵ Turpat.

nodrošināta to ilgtspēja.

„Tieslietu ministrija, balstoties uz Ieslodzījuma vietu pārvaldes datiem, ir noziņojusi, ka pie tiem pasākumiem ir izglītojošais darbs ar cietuma administrācijas personālu, ar ārstniecības personām, kā atpazīt atkarības, kā ar viņām cīnīties un kā viņas profilaktēt.”

„(..) nedomāju, ka šļirces ir mūsu pirmais solis, mūsu pirmajam solim jābūt tam, ka kaut vai informēšana, profilakse, profilaktiskās sarunas ar ieslodzītajiem, ka tā būtu sistēma, nevis notiktu tikai projekts.”

„Pirmkārt, izglītošana. (..) ļoti būtiski ir tas, ka viņiem tā izglītošana par profilaksi būtu regulāra nevis fragmentāra.”

Izglītojošā darba kontekstā joprojām atzinīgi tiek vērtētas UNODC aktivitātes. Šajā programmā īstenotie projekti aktualizēja narkotiku lietošanas problēmu ieslodzījuma vietās kopumā, tika sagatavoti informatīvi un izglītojoši materiāli gan cietumu darbiniekiem, gan ieslodzītajiem, rīkoti apmācību semināri un lekcijas abās mērķa grupās. Īstenoto pasākumu kopums veidoja izpratni par narkotiku lietošanu, tās saikni ar infekcijas slimībām, kaitējuma mazināšanas programmām u.tml. jautājumiem. Lielākā daļa šajā pētījumā intervēto ekspertu nevarēja komentēt UNODC programmas ilgtspēju – aktivitāšu turpinājumu, vienlaikus norādot, ka daļā ieslodzījuma vietu UNODC projektu iestrādes, piemēram, izveidotie izglītojošie materiāli, tiek izmantotas.

„(..) negribas tā pesimistiski izklausīties, bet man nešķiet, ka tas darbs turpinās. Ārpus ieslodzījuma vietām viņš turpinās metadona programmu formā ļoti daudz, jo par šīm naudām daudz kur tika uzsāktas metadona programmas. Noteikti kaut kādas sekas ir palikušas un kaut kas ir, bet man nešķiet, ka tika ieviesta tāda sistēma.”

„Viņi nav daudz, [kas turpina], bet ir. Es zinu, ka Liepāja.. Tie, kas saprata, ka tam ir jēga, Šķirotava vēl mēģināja, bet Šķirotava tūlīt tiks slēgta. Mazliet savādāk, ne par tām programmām runājot. Jā, Jelgava arī īsteno, Ilģuciems, Cēsis mēģina, Centrālcietums mazliet mēģina (..)”

„Tikko aizgāja UNODC arī daudzas pašvaldības aizvēra savus HIV profilakses punktus un ieslodzījuma vietās, es domāju, ka nekas vairs nenotiek. Es, protams, varu kļūdīties, es nezinu, bet tāds iespaids man radās, ka nē.”

Ekspertu vidū dominē viedoklis, ka profilakses pasākumi netiek īstenoti pietiekamā apmērā, tie ir kampaņveidīgi, norisinās projektu ietvaros, nav sistemātiski, kas skaidrojams ar resursu trūkumu, nevis izpratnes trūkumu par šo pasākumu nozīmi.

Infekcijas slimību izplatības mazināšanas pasākumu kontekstā viens no ekspertiem uzsvēra arī higiēnas jautājumu sakārtošanas nepieciešamību cietumu vidē:

„Valsts pieprasa no notiesātā, lai viņš būtu, piemēram, gludi skuvies vai ar apgrieztu bārdi, bet valsts neiedod neko, ar ko to izdarīt. Atkal ir situācija, kad visa kamera skujujas ar vienu skuvekli un tas atkal ir solis ceļā uz inficēšanos. Būtu jārada tāda higiēnas vide, kura nerada apdraudējumu.”

Kopumā jāsecina, ka 2014. gada pētījums uzrāda tās pašas problēmas infekcijas slimību apzināšanas un mazināšanas jomā, kas tika identificētas 2010. gada pētījumā.

5.2.3. Ārstniecība infekcijas slimniekiem

Kopš 2010. gada ieslodzīto veselības aprūpes modelī ir notikušas būtiskas pārmaiņas. Normatīvo aktu grozījumu rezultātā (skat. izvērsti normatīvā regulējuma izmaiņu analīzi 6. nodaļā) no 2012.

gada ieslodzītie var saņemt valsts apmaksātos pakalpojumus ārstniecības iestādēs ārpus ieslodzījuma vietām tādā pašā kārtībā un apjomā kā ikviens Latvijas iedzīvotājs:

„(..) ieslodzīto veselības aprūpes modelis jau ir normatīvajos aktos noteikts. (..) kopš 2012. gada, ja nekļūdos, cietuma ārsti drīkst nosūtīt arī uz izmeklējumiem ārpusē un Veselības ministrija par to maksā. Četru gadu laikā mainījies ir tas, jo pirms tam viss palika cietuma sistēmā, ārā ejot cilvēks maksāja pilnu maksu tā it kā viņš nebūtu šīs sabiedrības iedzīvotājs. Četru gadu laikā tas ir mainījies, mēs diezgan intensīvi vedam viņus ārā. Tas mums prasa diezgan lielu resursu, jo tur ir jāsargā un jāved, bet kopumā tas ļauj viņiem nodrošināt labāku veselības aprūpi. Tas varētu būt tāds vienīgs uzlabojums.”

Būtiski ir norādīt, ka, saskaņā ar esošo sistēmu, ieslodzīto ārstēšana ieslodzījuma vietā tiek segta no Tieslietu ministrijas budžeta līdzekļiem, savukārt ārstniecības iestādēs ārpus ieslodzījuma vietas sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus valsts garantētās medicīniskās palīdzības ietvaros finansē no Veselības ministrijas budžeta, IeVP kā Tieslietu ministrijas padotības iestāde šajos gadījumos sedz pacienta līdzmaksājuma izdevumus ieslodzītajiem.

Neraugoties uz to, ka normatīvā regulējuma līmenī ieslodzīto veselības aprūpes modelis ir skaidrs, vairāku ekspertu vērtējumā ieslodzītajiem pieejamie veselības aprūpes pakalpojumi (t.sk. profilakses) atšķiras no tā, kādi tie ir pārējiem iedzīvotājiem:

„Es nevaru teikt, ka analogiska sistēma kā brīvībā darbotos cietumā. (..) jā, iznāksi ārā un tu vari iet uz to pakalpojumu. Kamēr tu esi cietumā, nevienam, izņemot Tieslietu ministrijai pakļautās iestādes, gar tevi nav īsti darīšanas.”

Ārstniecības pakalpojumu nodrošināšanas izvērtējums ir sniegts Valsts kontroles Revīzijas ziņojumā „Ieslodzīto veselības aprūpes nodrošināšana un organizēšana” (11.02.2014.)¹⁶. Būtiskas neatbilstības normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu ieslodzītajiem nav konstatētas.

Infekcijas slimību ārstēšanu pamatā nodrošina ieslodzījuma vietā strādājošais medicīniskais personāls. Slimību saasinājuma gadījumos ieslodzījuma vietu ārsti konsultējas ar LIC speciālistiem. Nepieciešamības gadījumā ieslodzīto var arī uz laiku hospitalizēt šajā centrā. Tas gan ir saistīts ar papildus izdevumiem apsardzes nodrošināšanai.

Problēma, ka kopējais finansējums, kas tiek novirzīts HIV/AIDS slimnieku ārstēšanai ne tikai ieslodzītajiem, bet iedzīvotājiem kopumā, ir nepietiekams. Tieši finansējuma nepietiekamību HIV/AIDS un hepatītu C un B ārstēšanas nodrošināšanai ieslodzījuma vietās kā lielu problēmu arī nākotnē intervijā aktualizēja IeVP priekšniece:

„(..) tagad ir par HIV ārstēšanu jautājums pacēlies un hepatītiem. Tā ir milzīga nauda, tā ir milzīga, jo es nezinu, ja būs katram jānodrošina tas valsts apmaksātais ārstniecības kurss, es nezinu, te ir tiešām starpresoru jautājums, kā mēs to panāksim, es nezinu, diskusijas notiek ar medikāliem, (..) bet pagaidām es nezinu, kā mēs, par valsts aizsardzību rūpējoties, nodrošināsim šīs summas.”

Problēma HIV/AIDS ārstēšanā ir arī zemais ieslodzīto līdzestības līmenis pēc ieslodzījuma vietas atstāšanas. LIC speciālistes pieredze liecina, ka pēc atbrīvošanas bijušie ieslodzītie neierodas LIC, lai saņemtu tālāko ārstēšanu (medikamentu receptes). Tas nozīmē, ka pēc būtības ārstēšana tiek pārtraukta, gan būtiski pasliktinot un sadārdzinot slimnieka tālāko ārstēšanu, ja viņš nolems kādā

¹⁶ Valsts kontrole (11.02.2014.) Revīzijas ziņojums „Ieslodzīto veselības aprūpes nodrošināšana un organizēšana”.

Pieejams: http://www.lrvk.gov.lv/uploads/reviziju-zinojumi/2013/5.1-2-8_2013/Revzinoj_11feb14.pdf (pēdējo reizi skatīts. 10.10.2014.)

brīdī atsākt ārstēšanos, gan palielinot slogu valsts budžetam dārgāku medikamentu kompensēšanai, gan arī palielinot apkārtējo cilvēku inficēšanās risku, īpaši intravenozo narkotiku lietotāju vidū:

„Bieži vien ir tā, ka tad, kad viņi no tā ieslodzījuma iziet, viņi neatnāk pie mums. Tātad ārstēšana ir pārtraukta. Tas nozīmē, ka.. biežāk tas ir HIV vīruss, viņš izmainās, kļūst rezistents. Ja tas pacients parādās pie mums, tad var izrādīties, ka tos medikamentus, kurus pirmām kārtām nozīmē, nepalīdz. Tad ir jāveic rezistences testi, tad jau ir jāmeklē daudz dārgāki medikamenti, kuri varētu palīdzēt. (..) Tas valsts budžetam ir liels slogs, jo šie HIV medikamenti maksā ļoti dārgi. Ja tie lētāki, kas arī ap 300 eiro mēnesī izmaksā, nepalīdz, tad attiecīgi katri nākošie jau ir vēl dārgāki.”

Līdzestības problēma ir novērojama arī analizējot HIV/AIDS ārstēšanas specifiku ieslodzītajiem kontekstā ar narkotiku lietošanas paradumiem. Proti, nereti medikamenti, kas paredzēti HIV/AIDS ārstēšanai tiek lietoti apreibināšanās mērķiem, nevis slimnieka stāvokļa uzlabošanai.

Infekcijas slimību ārstēšanu ieslodzītajiem būtiski ietekmē medikamentu finansēšanas kārtība. Šajā ziņā ārstniecības iespējas ir atšķirīgas dažādām slimībām. HIV/AIDS ārstēšanai nepieciešamie medikamenti 100% apmērā tiek kompensēti no valsts budžeta līdzekļiem (Veselības ministrijas budžets).

Līdzīgi kā HIV/AIDS, arī tuberkulozes ārstēšanai nepieciešamie medikamenti tiek segti no valsts budžeta līdzekļiem. Ieslodzītie ar tuberkulozi tiek sākotnēji ārstēti Latvijas Cietumu slimnīcā Tuberkulozes un plaušu slimību nodaļā (laikā, kamēr slimnieks izdala tuberkulozes mikrobaktēriju apkārtējā vidē), pēc tam slimnieks atgriežas ieslodzījuma vietā, turpinot lietot nepieciešamos medikamentus. Tuberkulozes ārstēšana intervijās tika vismazāk problematizēta.

Hepatīta C ārstēšanai medikamenti no valsts budžeta tiek kompensēti 75% apmērā, atlikušie 25% kā pacienta līdzmaksājums ieslodzīto gadījumā ir jāsedz no IeVP budžeta līdzekļiem, taču piešķirto līdzekļu daļa šim mērķim ir neatbilstoši maza. Rezultātā hepatīta C ārstēšana netiek īstenota pietiekamā apmērā:

„Par C hepatīta terapiju – 25% ir jāmaksā pacientam no medikamentu izmaksām. Ne katrs ieslodzītais to varētu. Valsts to neapmaksā. Tas finansējums, kas ir piešķirts ieslodzījuma vietām, ar ko viņi varētu kompensēt tā ieslodzītā līdzmaksājuma daļu, ir ļoti niecīgs. Praktiski ieslodzījuma vietās esošie C hepatīta pacienti netiek ārstēti. Līdz ar to viņi visu laiku ir kā infekcijas avots. Un pašam priekš sevis tā slimība arī var būt lēni progresējoša un ieslodzījuma vietā noteikti, ka tā tas arī notiek. Ne tur režīms, ne diēta nav tik viegli pieejama, kā tas ir brīvībā esošam cilvēkam, kurš nevar atļauties ārstēties.”

Infekcijas slimību ārstēšanu, saskaņā ar kādas ekspertes viedokli, apgrūtina cietuma medicīnas daļu darbinieku mainība, ko negatīvi ietekmē zema atalgojuma. Tas gan netiek attiecināts uz visām ieslodzījuma vietām, tāpēc drīzāk vērtējams kā papildus apgrūtinošs faktors:

„(..) ir tā ļoti sarežģīti ar to medicīnas daļu, jo es saprotu vismaz pēc tā, ko viņi pauž, ka zemā atalgojuma pēc diezgan bieži mainās darbinieki. Līdz ar to tas traucē tādām pēctecīgām un plānotam darbam, jo visu laiku, arī šobrīd (..) cietums meklē medicīnas daļas vadītāju.”

Problemātiska pēc ekspertu vērojumiem ir arī situācija ar medikamentu iegādi, kam trūkst līdzekļu:

„(..) ir viena tablete uz visām slimībām, to saka gan ieslodzītie, gan arī medicīnas daļas darbinieki saka, ka viņiem trūkst finanses, lai nopirktu medikamentus.”

Līdzīgi kā infekcijas slimību izplatību arī to ārstēšanu no apgrūtina ieslodzījuma vietu vides apstākļi, jau iepriekš pieminētais lielais ieslodzīto skaits, kas tiek izvietots vienā kamerā, slēgtā telpā. Šādi apstākļi sekmē ne tikai intravenozo slimību transmisiju, bet arī infekcijas slimību nodošanu gaisa pilienu veidā, piemēram, tuberkulozi. Vērtību pievērša kādas nevalstiskās organizācijas pārstāves stāstītais, ka dažādu infekciju slimnieki tiek izvietoti kopīgās kamerās:

„Es tikai zinu arī no pašu ieslodzīto puses tādas sūdzības, ka samet kopā HIV inficētos ar tuberkulozes slimniekiem un paziņo, ka „Jūs tāpat visi esat slimi un īpaši nav ko dzīvē zaudēt!”. Tad viņi kaut ko var panākt ar klasiskiem ieslodzīto protestiem vai, ja kāds tur ir autoritāte, tad viņš var kaut ko noteikt. Tās ir tādas sūdzības, ja ir tuberkuloze vai HIV, tad viņus liek kopā un viņi uzskata, ka tas nekas nav, mēdz būt ar atklāto tuberkulozi.”

5.2.4. Veselības riski ieslodzījuma vietu darbiniekiem

Veselības riski ieslodzījuma vietu darbiniekiem saistībā ar augsto infekcijas slimību izplatību cietumos tiek vērtēti augstāki nekā sabiedrībā kopumā. Augstāks risks inficēties ir tiem darbiniekiem, kas savu darba pienākumu īstenošanas laikā nonāk tiešā kontaktā ar ieslodzītajiem – uzraugiem, ārstniecības personām. Turklāt ieslodzījuma vietās strādājošiem mediķiem ir augstāks inficēšanās risks nekā viņu kolēģiem, kas nodrošina infekciju slimnieku ārstēšanu ārpus ieslodzījuma vietām:

„Daudz mazāki nekā pašiem ieslodzītajiem pilnīgi noteikti, bet daudz lielāki nekā veselības aprūpes darbiniekiem brīvībā. Kādi tur var būt apdraudējumi? Nav izslēgts, ka kāds ieslodzītais var tīši apdraudēt un inficēt medicīnas darbinieku, lai gan tā nevajadzētu būt, jo viņš ir vienīgais darbinieks no Ieslodzījumu vietu administrācijas, kas darbojas ieslodzītā interesēs. (..) tā kā viņš darbojas vidē, kur infekcijas slimības ir daudz vairāk izplatītas, tad viņam jābūt daudz uzmanīgākam, ievērojot visus aizsardzības līdzekļus, runājot par gumijas cimdiumiem un tamlīdzīgām elementārām higiēnas lietām.”

„Ļoti augsti, ļoti augsti. Ja pēc manām domām ir 70% ar C hepatītu, tad darbinieki dzīvo vājprātīga riska vidē. (..) Darbinieki vispār ir visvairāk neaizsargāti, jo ieslodzītos sargā Eiropa, ANO, Cilvēktiesību tiesa, visi sargā, visi ārpusē, ne Latvijā, protams. Bet par darbiniekiem... Ja ieslodzītajiem remontē telpas, tad darbinieku telpas neviens neremontē. Arī tas viņu nodrošinājums ar drošības līdzekļiem un visām tām lietām, tas ir diezgan skumji.”

Paaugstinātos inficēšanās riskus ieslodzījuma vietu darbiniekiem nosaka, pirmkārt, augstāka infekcijas slimību koncentrācija ieslodzījuma vietās; otrkārt, nepieciešamība fiziski kontaktēties ar infekcijas slimniekiem (piemēram, veicot pārbaudes kamerās, pārtraucot vardarbīgu rīcību ieslodzīto starpā vai sniedzot ārstniecības pakalpojumus u.tml.):

„Risks, protams, pastāv vienmēr. Tāpat kā braucot trolejbusā pastāv risks saslimt ar tuberkulozi, tad, protams, darbiniekiem cietumā vēl vairāk, ja viņa ir tādā koncentrācijā, bet vienkārši cietumā vairāk vai mazāk to var prognozēt darbinieks, jo viņam ir jāsaprot, šie riska faktori viņam ir jāsaprot.”

„Protams tiem, kuri nonāk tiešā saskarē, viņi ir lielāki, bet es domāju, ka cilvēki, kuri strādā ieslodzījuma vietā, viņi rēķinās, ka jebkurš kaut ko nēsā. Ja mēs runājam, ka cietumos sakoncentrējas viss no mūsu sabiedrības, tā ir tāda maza pasaulīte, tad arī šīs infekcijas slimības ir ļoti sakoncentrējušās. Man šķiet, ka viņi ar to jau rēķinās un pieiet katram kā potenciāli inficētam.”

Vērtējot ieslodzījuma vietu darbinieku riskus inficēties, eksperti kā būtiskus faktorus minēja darbinieku izglītotību par dažādu infekcijas slimību transmisijas veidiem, profilakses pasākumiem, kā arī profilakses pasākumu (ne)ievērošanu. Ekspertu skatījumā ne vienmēr darbinieki ir pietiekami labi informēti, kā konkrētās infekcijas slimības var tikt nodotas un kādi minimālie pasākumi viņus var pasargāt no inficēšanās. Nereti arī tajos gadījumos, kad zināšanas ir pietiekamas, piesardzības

pasākumi netiek ievēroti pilnā apmērā (piemēram, gumijas cimdu lietošana, veicot ieslodzītā pārmeklēšanu). Taču ne vienmēr tie var arī pasargāt – kā intervijā norādīja viena no ekspertēm, „adatām var uzdukties gan ar cimdu, gan bez cimda”.

„Pirmkārt, tu pats par sevi esi atbildīgs, par savu drošību, pirmkārt, ja tu pats pareizi rīkojies, te ir runa arī par apmācību un profesionalitāti, ja tu esi profesionāls, tad tev arī pašam jāsaprot, ja tu profesionāli rīkojies, tad tu mazini to iespēju [inficēties]. Inficēties vai fiziski tikt ietekmēts, vai tamlīdzīgi. Ja mēs neesam šeit apmācīti, tad ir, kā ir. (..) Tā kā, pirmkārt, pats par sevi ļoti atbildīgs, cik tu profesionāli arī pārmeklēšanu veic. Protams, neviens nav ideāls un negadījumi var gadīties jebkurā brīdī, arī tad, kad kāds sagriežas. Tie manipulatīvie gadījumi, kad tiešām sagriežas un tās asinis tur jauc ar ūdeni un pēc tam iet, lai to visu situāciju tagad pārtrauktu vai to agresivitāti, kas tur tagad notiek, pirmkārt, lai būtu tie gumijas cimdi vismaz rokā un tamlīdzīgi, tās ir tās lietas par to kaitējuma mazināšanu, ko mēs varam padomāt.”

Starp aktivitātēm ieslodzījuma vietu darbiniekiem, lai kontrolētu slimību izplatību un pasargātu viņus no iespējamās saslimšanas, tika minētas gan apmācības, kas intensīvāk notikušas UNODC programmas īstenošanas laikā, gan tehnisko līdzekļu (piemēram, gumijas un ādas cimdu, personīgo dezinfektantu) nodrošināšana, gan bezmaksas vakcinācija pret atsevišķām infekcijas slimībām – hepatītu B un gripu.

„(..) par šiem riskiem un par pēcekspozīcijas profilaksi vai viņi ir informēti, vai viņi zina. Tas ir ļoti svarīgi. Tad, kad bija UNODC šeit, tad arī notika ieslodzījuma vietu darbiniekiem šīs apmācības. Es domāju, ka tas bija ļoti vajadzīgs un ļoti vērtīgs. Arī tas pats medicīnas personāls, lai viņš varētu arī izstāstīt inficētajiem ieslodzītajiem, kā viņiem ir jāizturas, un arī viņi varētu veikt to profilaksi, jo viņi satiekas un ikdienā runā, bet tās zināšanas dažkārt nav tik labas. Dažādi mīti joprojām arī medicīnas darbinieku vidū klīst. Tas, kā sevi pasargāt arī dažādos incidentos, man liekas, ka ir ļoti svarīgi.”

„Viena no prasībām bija nodrošināt apsardzes darbiniekus un mediķus ar gumijas cimdiem, ar visu nepieciešamo tehnisko aprīkojumu. Viena no prasībām bija nodrošināt kā sociālo garantiju bezmaksas potes pret B hepatītu. Sākotnēji mums par tām bezmaksas potēm diezgan grūti gāja, (..) tagad Iekšlietu ministrijas poliklīnikā iekšlietu iestāžu darbiniekiem nodrošina visu šo, šīs potes ir iekļautas šajā paketē kā bezmaksas.”

Saskaņā ar 21.06.2010. MK noteikumu Nr. 569 „Kārtība, kādā Iekšlietu ministrijas sistēmas iestāžu un Ieslodzījuma vietu pārvaldes amatpersona ar speciālo dienesta pakāpi saņem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus” 4.4. punktu Iekšlietu ministrijas sistēmas iestāžu un Ieslodzījuma vietu pārvaldes amatpersonām ar speciālo dienesta pakāpi bez limita ierobežojumiem tiek kompensēti izdevumi par vakcināciju pret ērcu encefalītu un B hepatītu. Tas nozīmē, ka ne visiem ieslodzījuma vietu darbiniekiem ir pieejama šāda profilaktiskā vakcinācija.

IeVP priekšniece intervijā uzsvēra, ka galvenā problēma ir salīdzinoši augstā darbinieku mainība un sistēmiskas pieejas trūkums gan jauno darbinieku apmācībā, gan ilgstošo darbinieku zināšanu atjaunošanā un papildināšanā ne tikai par infekcijas slimību riskiem un to prevencijas pasākumiem, bet arī par citiem ar darba pienākumu izpildi saistītiem jautājumiem. Tuvākajos gados ir plānots risināt šo jautājumu, izmantojot arī starpinstitutionālās sadarbības resursus:

„Latvija ir maza, nevajadzētu mums [Ieslodzījuma vietu pārvaldei] uzturēt vieniem pašiem apmācības centru. (..) mēs esam gatavi kooperēties ar Probācijas dienestu, arī viņu darbinieku apmācības ziņā un taisīt kopēju [apmācību struktūrvienību]. Mēs esam daudz un bieži runājuši (..) arī koledžas kontekstā un arī par Policijas akadēmijas atjaunošanas perspektīvām (..) (..) kooperējoties kaut kas var sanākt, bet, protams, te nav cerība uz 2015. gadu. (..) Te ir runa par adekvātām mācību telpām un vietu, kur sagatavot [darbiniekus] ar visādiem paņēmieniem, lai tas nav vienkārši klasē galds, bet savādāka līmeņa [apmācības]. Un attiecīgi mums ir vajadzīgas arī kopmītnes, jo jāapmāca visi reģioni. Tas nav

vienkārši, tas ir naudas jautājums, bet mēs spējam iekonomēt, sistēma samazinās, tai skaitā ieslodzīto skaits, varbūt, ka mums izdodas, bet līdz tam vēl ļoti daudz jādara. Es esmu gatava par to cīnīties, jo visa pamatā ir cilvēku apmācība.”

Tuvākajā nākotnē cietumu darbinieku apmācību jautājums tiks risināts Tieslietu ministrijas un Norvēģijas valdības divpusējā finanšu instrumenta atbalstītā un IeVP īstenotā projekta „Jaunas nodaļas izveide Olaines cietumā, ieskaitot būvniecību un personāla apmācību” ietvaros. Projektā ir plānotas apmācības ieslodzījuma vietu darbiniekiem par darbu ar atkarīgajiem ieslodzītajiem, kas ietver arī infekcijas slimību risku apzināšanu un šo risku vadības mehānismu apguvi.

5.3. Ārstniecības un kaitējuma mazināšanas pasākumi

Ārstniecības un kaitējuma mazināšanas pasākumi ir daļa no dažādu Eiropas valstu ieslodzījuma vietās pieejamajiem pakalpojumiem, kas saistīti ar narkotiku lietošanas un infekcijas slimību izplatības ierobežošanu. Līdzīgi kā 2010. gada pētījumā, iesaistītie eksperti tika lūgti izvērtēt šādas ārstniecības un kaitējuma mazināšanas programmas:

- metadona programmu,
- psiholoģisko konsultēšanu,
- šļirču apmaiņas programmu,
- dezinfekcijas līdzekļu brīvu pieejamību,
- no narkotikām brīvas vienības,
- brīvprātīgo ārstēšanas programmu,
- piespiedu ārstēšanas programmu.

Ekspertu vērtējumi un viedokļi par šīm programmām rāda, ka lielākā daļa pasākumu ir diskutabli - katram no tiem ir savas priekšrocības un trūkumi. Svarīgs aspekts ir tas, cik lielā mērā konkrētais pasākums atbilst oficiālajai valsts nostājai/pieejai narkomānijas apkarošanā. Vairāku pasākumu, piemēram, šļirču apmaiņas programma vai dezinfekcijas līdzekļu pieejamības nodrošināšana, īstenošana ir saistīta ar narkomānijas kā tādas atzīšanu ieslodzījuma vietās. Šajā ziņā, kā jau iepriekš minēts, ir vērojams progress – eksperti atzīst, ka narkomānija ir aktuāla un risināma cietumu vides problēma, neraugoties uz to, ka narkotiku lietošana Latvijā ir aizliegta un sodāma.

„(..) līdz šim atkarības laikam bija vismazāk risinātais jautājums cietumos, lai arī drošības apdraudējumu tās rada ļoti nopietnu.”

Laika periodā kopš 2010. gada pētījuma ir mainījusies IeVP vadība, kā rezultātā ir mainījusies arī attieksme pret ārstniecības un kaitējuma mazināšanas programmām. Ja iepriekšējā pētījumā no IeVP vadības puses tika konstatēta skaidra negatīva nostāja šajos jautājumos, tad šobrīd jāsecina, ka pārvaldes vadības attieksme ir būtiski mainījusies:

„Te tiešām ir jautājums par mūsu spēju atzīt, ka mums tā problēma [narkotiku pieejamība un lietošana cietumos] ir un vismaz, lai to izplatību neveicinātu, tad rīkojamies šādi. (..) manā skatījumā nevar būt atrauti no kaut kāda pasākumu kopuma. (..) es esmu gatava sākotnēji runāt par šo lietu Olaines atkarības centrā un paskatīties, kā tur tas darbojas. Tad mēs varam runāt jau, kā būs jaunajā cietumā [jaunais cietums, kura izbūve paredzēta Liepājā]. Vecajos [cietumos] es uzskatu, ka tas nav lietderīgi. Tādā ziņā, ka tas nerasniegs mērķi.”

IeVP priekšiece intervijā aktualizēja ļoti svarīgu faktoru, kas ietekmē sekmīgu un efektīvu dažādu ārstniecības un kaitējuma mazināšanas programmu īstenošanu cietumos – cietumu telpu

(infrastruktūras) stāvoklis un piemērotība programmām, kā arī darbinieku izglītība šajos jautājumos. Šobrīd Latvijas cietumi lielākajā daļā gadījumu nav piemēroti vairāku programmu ieviešanai. Tas ir saistīts gan ar ieslodzīto skaita ziņā lielajām kamerām, nespējas izolēt narkotiku lietotājus no nelietotājiem, atbilstoši sagatavotu speciālistu trūkumu u.c. faktoriem. Par šo faktoru nozīmi intervijā runāja arī Iekšlietu ministrijas pārstāvis, uzsverot kaitējuma mazināšanas pasākumu komplekso darbu:

„Tā ir ieslodzījuma vietu infrastruktūra, ieslodzījuma vietu darbinieku, arī administrācijas, ārstniecības personāla sociālās garantijas un atalgojums kopumā, lai viņiem būtu motivācija strādāt ar šiem jautājumiem, ar atkarīgajiem ieslodzītajiem tajā skaitā. Nevar skatīties uz ieslodzījuma vietām atrauti no politikas kopumā, no ieslodzījuma vietu attīstības kopumā.”

Turpinājumā ir apkopoti ekspertu viedokļi par katru no iepriekš minētajām programmām, integrēti ir aplūkotas šļirču apmaiņas programma/dezinfekcijas līdzekļu pieejamības nodrošināšana un brīvprātīgo/piespiedu ārstēšanas programmas, ņemot vērā līdzības ekspertu argumentācijā par šiem programmām.

5.3.1. Farmakoterapijas programma ar metadonu

Saskaņā ar 24.01.2012. MK noteikumiem Nr. 70 „Alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība” kopš 2012. gada farmakoterapijas programma ar metadonu tiek nodrošināta tiem ieslodzītajiem, kuri to uzsākuši pirms nokļūšanas cietumā. Šis ir viens no aspektiem, kas raksturo notikušās izmaiņas kopš 2010. gada pētījuma:

„Es esmu ļoti lepna, ka mums tas izdevās [nodrošināt metadona terapijas turpināšanu tiem, kas to uzsākuši brīvībā], jo mēs par to runājām diezgan ilgi. Bet nianse ir tāda, ka tā kā mums nav narkologu, tad šo terapiju mēs nevaram uzsākt cietumā. Ja cilvēks no ārpuses ienāk ar metadonu, tad viņš var turpināt.”

Atkārtoti jānorāda, ka programmā iesaistīto skaits pagaidām ir ļoti neliels. 2014. gadā (līdz 2. septembrim) 13 ieslodzītajiem tika veikta farmakoterapija ar metadonu sadarbībā ar „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centru”.

Ekspertu viedokļi par šo aizstājējterapiju, salīdzinot ar 2010. gada pētījumu, ir mainījušies. Šobrīd dominē galvenokārt pozitīva attieksme, uzsverot noteiktus faktorus, kas jāņem vērā īstenojot šo programmu ieslodzījuma vietās.

Tie eksperti, kuriem ir pozitīva attieksme un kuri izsakās pat ļoti atbalstoši par metadona programmu (piemēram, Iekšlietu un Tieslietu ministrijas pārstāvji), savu nostāju argumentē gan ar cilvēktiesību ievērošanas principiem, gan arī ar šīs programmas ieguldījumu personas resocializācijā, kas ir ne tikai terapijas, bet arī soda izpildes viens no galvenajiem mērķiem:

„(..) gan uzstādījumi no Apvienotajām Nācijām, gan uzstādījumi no Eiropas Savienības un cilvēktiesību konvencijām prasa kopumā, ka pakalpojumam jābūt tādām pašām kā brīvībā, un, ja brīvībā esot cilvēkam ir iespēja pie zināmiem nosacījumiem uzsākt, tad arī ieslodzījumā esošam cilvēkam ir jābūt iespējai tur pat ieslodzījumā uzsākt metadona terapiju. Es pat domātu, ka nevis vienkārši „jā”, bet „jā” reiz divi, jo tur esot, ieslodzījumā, es pieļauju, ka izaicinājumi un tā dzīves vide ir daudz labvēlīgāka, lai strādātu pie sevis, strādātu ar sevi, strādātu ar savu organismu, pārdomātu dzīvi. (..) Ja mēs zinām, ka tās aizstājējterapijas ir vērstas uz to, lai palīdzētu cilvēkam laboties, resocializēties, kas ir viens no virsmērķiem aizstājējterapijai. Nevienš tā īsti netic, tā godīgi runājot, netic, ka aizstājējterapija ir briesmīgs ārstniecības pasākums, ka briesmīgi procenti izārstēto parādās. Paši narkologi saka, ka labi, ja tur divi no simta, bet tas ir galvenokārt resocializācijas

pasākums, tad ieslodzījums vispār ir priekš kam – nevis lai atriebtos par izdarīto, bet lai resocializētu cilvēku. Tā kā „jā” un divreiz „jā”.”

Nākamo viedokļu grupu raksturo neitrāli pozitīva attieksme, norādot uz argumentiem, kuros gadījumos metadona programma varētu būt efektīva un atbalstāma kā alternatīva narkotikām un kuros gadījumos – nē.

Tā piemēram, Veselības ministrijas pārstāvis puda atbalstošu nostāju esošajai kārtībai, kas paredz iespēju turpināt metadona programmu ieslodzījuma vietā, bet ne uzsākt:

„(..) pasaulē ir diskusijas par to, vai šī metadona terapija, viņa ir efektīva. (..) Pašreiz dominē šāds viedoklis, vismaz Eiropas Savienībā, ka šī aizvietojošā terapija ar metadonu ir, vārdu „efektīva” varētu lietot uz antibiotiķiem, bet šajā gadījumā, ka tā ir pozitīva un ka tā dod savu labumu arī šo pacientu veselības un sociālā stāvokļa tālākai uzturēšanai. (..) tas ir pareizi, ka tas netiek uzsākts ieslodzījuma vietās. (..) Ja mēs tagad attīstām metadona uzsākšanu tur [ieslodzījumā], tad, es domāju, ka 84% no visiem ieslodzītajiem būtu šīs metadona terapijas pacienti. Es pieļauju, ka tiktu degradēta šī pozitīvā ideja, ka atkarības pacientam tiek nodrošināta aizvietojoša terapija ar citu vielu, kurai ir attiecīgi nedaudz savādāks efekts un arī blakus parādības nav, pie tam tas vēl kontrolēts.”

Viena no intervētajām nevalstisko organizāciju pārstāvēm puda viedokli, ka, neraugoties uz vispārpieņemtajiem apgalvojumiem, ka metadons neatstāj negatīvu ietekmi uz cilvēka iekšējo orgānu veselību, šis medikaments var radīt būtiskus aknu darbības bojājumus, un tāpēc šī farmakoterapija ir pieļaujama tikai konkrētos gadījumos, kad citi terapijas veidi nevar palīdzēt. Turklāt metadons tāpat kā narkotiskās un psihotropās vielas ir apreibināšanās līdzeklis, kas rada atkarību:

„Jā, [metadona programma] nav tā labākā, bet tā ir alternatīva. Metadons tomēr ļoti, ļoti arī bojā aknas. Lai kā teiktu, ka viņš nedod kaifu, reāli viņš ir tā pati narkotika, tikai varbūt mazāk ļauna, bet tas pats, viņš arī tomēr dod kaifu.”

Vairāki eksperti vērtēja metadona programmu kopsakarībā ar citām ārstniecības un jaunuma mazināšanas programmām, norādot, ka metadona terapija kā aizstājējterapija ir pirmais posms garākā ārstēšanās procesa ķēdē, kas turpinās ar Minesotas programmu, psiholoģisko konsultēšanu un rehabilitāciju:

„Es redzu, ka šobrīd Latvijā ir divas tādas skolas, daudz kur Rietumu pasaulē ar to ir tikuši skaidrībā. Ir tās divas skolas – ir tādi naturālie mediķi – aizvietotājterapija un pārējais ir bērnu pasakas. Otra skola – psihologi – jūs tur sēdināt uz Sorosa adatas un stāsta, ka daudz grūtāk ir tikt vaļā no metadona nekā no narkotikām, ka viena narkotika aizvieto citu. Tad mēs runājam tādā līmenī, ka, es savus uzskatus paužu, aizstājējterapija ļauj cilvēkam nenomirt un neizdarīt noziegumus, lai iegūtu savu.. Savukārt nākošie posmi jau ir ceļš uz augšu.”

Daži intervētie eksperti uzsvēra, ka ieslodzījuma vieta ir piemērota vieta, kur sākt ārstēšanos no narkotiku lietošanas, taču, lai tā būtu efektīva, ir nepieciešams īstenot kompleksu pieeju un motivēt cilvēku pakāpeniski atteikties no metadona, pretējā gadījumā programma tiek diskreditēta:

„Uzsākt noteikti. Manuprāt, ieslodzījuma vieta vispār ir brīnišķīga vieta, kur uzsākt jebkāda veida ārstēšanu atkarīgajiem. Mans personīgais viedoklis ir tāds, ka Latvijā šī programma netiek īsti pareizi realizēta, jo metadona programma kā tāda ir brīnišķīga, ja viņa tiek realizēta pareizi ar individuālajām konsultācijām pie psihologa, pie sociālā darbinieka, ar atbalsta grupu nodarbībām. Šobrīd ļoti daudzās vietās Latvijā vienkārši tiek izsniegts medikaments un viss, un liela daļa narkotiku lietotāji to uzskata par bezmaksas kaifu un turpina lietot visu ko citu.”

„(..) metadons bieži ir vienīgais līdzeklis, lai cilvēks vispār varētu dzīvot. Metadona programma cietumā, arī brīvībā, būtu ideāla, ja notiktu motivēšana no metadona programmas iet projām, pakāpeniski samazinot devu, veicot psihoterapeitisko darbu, un cilvēks iziet ārā no cietuma un viņš metadonu vairs nelieto. Tas ir iespējams. Pakāpeniski viņš iet projām no metadona programmas. Un cietums ir tā vieta, kur to arī var reāli darīt, jo brīvībā viņš izdzer savu metadonu un viss, laika viņam vairs nav, ir gēlas un viss, bet cietumā viņš paliek turpat uz vietas, tad, lūdzu, ir grupas, ir individuālais darbs, cilvēks iznāk, viņš ir brīvs [no metadona]. Bet nākt ārā no cietuma ar to pašu metadona devu, ar ko viņš ir iegājis iekšā, man liekas, ka ir absurdi.”

„Pret” argumenti jeb negatīvā attieksme tiek pamatota ar to, ka metadona programma ir cita veida atkarības radīšana, tāpēc īsti nav uzskatāma par ārstniecības programmu:

„(..) valsts uzsēdina viņu tāpat uz atkarības. (..) Tikai uz citas, es neredzu tam attaisnojumu. Otrkārt, ko mēs darīsim, labi, šobrīd mums ir kaut kādi resursi, mēs tagad viņu tā, tā, tā, tad pēkšņi mums nauda aprūkstas valstī šim mērķim, tas arī ir risks. Es kaut kā neatbalstu.”

Kopumā jāsecina, ka kopš 2010. gada ir notikušas izmaiņas normatīvajā regulējumā (ir novērsti likumdošanas šķēršļi metadona programmas ieviešanai) un ir vērojama dominējošo diskursu maiņa par metadona programmas lietderību ieslodzījuma vietās, īpaši politikas veidotāju vidū.

5.3.2. Psiholoģiskā konsultēšana

2013. gadā ieslodzījuma vietās Latvijā strādāja 23 psihologi, kas kopumā snieguši palīdzību 2 954 ieslodzītajiem, t.sk. 2 510 notiesātajiem un 444 apcietinātajiem. Salīdzinājumam, 2012. gadā ieslodzījuma vietās strādāja 20 psihologi, sniedzot palīdzību 2 837 ieslodzītajiem¹⁷.

Ekspertu intervijās psiholoģiskā palīdzība atkarīgajiem ieslodzītajiem tika vērtēta pozitīvi, uzsverot, ka šis ir palīdzības veids, kurš ir nepieciešams teju visiem ieslodzītajiem:

„Jebkurš ir traumēts, traucēts, ja viņš ir atkarīgais. Var teikt, ka ap 70% ir atkarīgi. Viņiem visiem ir kaut kas. Būtībā cietumos nokļūst cilvēki, kuriem nav kaut kas ar nervu sistēmu, ar domāšanu pareizi. Nevieni no viņiem nav pilnīgi vesels. Tātad būtu jāstrādā ar visiem – ar kādu vairāk, ar kādu mazāk. Tas ir pamatīgs darbs.”

Salīdzinot ar citām ārstniecības un kaitējuma mazināšanas programmām, psihologu darba nodrošināšana ir viena no reālākajām arī no resursu pieejamības viedokļa. Vienlaikus jāuzsver, ka lielākajā daļā gadījumu psiholoģiskā konsultēšana ir daļa no kopējās ārstniecības, kurā tiek kombinētas vairākas pieejas/programmas:

„(..) psihologs viens pats – es neticu tādai ārstēšanai. Es tiešām neticu, ka no sarunām ar speciālistu kaut kas mainās, jābūt komandas pieejai un komandas darbam.”

Atsevišķi eksperti tomēr pauda arī zināmas šaubas par psiholoģiskās konsultēšanas lietderību tieši atkarīgajiem ieslodzītajiem, vienlaikus nenoliedzot šādas palīdzības sniegšanu kopumā:

„Ja ir kaut kāda cilvēku kategorija, kuriem psihologa pakalpojumi palīdz, tad, jā, kāpēc nē, es tikai nezinu, cik ļoti racionāli būtu ieslodzījuma vietām uzturēt psihologu savos štatos. Varbūt kādu pilotprojektu sākumā varētu pamēģināt palaist.”

¹⁷ IeVP 2012., 2013. gada publiskie pārskati.

Pieejami: http://www.ievp.gov.lv/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=75&lang=lv (pēdējo reizi skatīti: 09.10.2014.)

Svarīgs aspekts ir ieslodzītā uzticēšanās psihologam, ko nereti ir grūti panākt, ja psihologs vienlaikus ir arī Tieslietu ministrijas struktūrvienību darbinieks. Problēmu ilustrē kādas nevalstiskās organizācijas pārstāves intervijā atklātā pieredze:

„(..) psihologi, tā arī ir problēma. Nav jau noslēpums, lai saņemtu lielāku algu, psihologi dabū uzplečus, jo tad nāk klāt alga, bet līdz ar to viņi ir ieslodzījuma vietu darbinieki, kas ir pakļauti zināmai kārtībai. (..) Tad, kā es varu uzticēties cilvēkam, ja man nav pārlicības par konfidencialitāti, ka šī informācija, ko es tagad stāstu psihologam, ka viņa paliks tikai starp mums. Es nezinu, kā tas ir, bet, ja psihologs nav ieslodzījuma vietas darbinieks, tad viņam nav jāsniedz detalizēta informācija par pārkāpumiem, ko viņš veic, tad līdz ar to tā uzticēšanās ir daudz, daudz lielāka, un tad arī var par tādiem jautājumiem runāt – par drošu seksu, par drošu narkotiku lietošanu. Bet tā, ko es pateikšu, kā man labāk injicēt, viņš aizies un tūlīt mani nostučīs.. Es nezinu, bet tas ir tas, ko stāsta klienti. Es nezinu, cik cietuma psihologam daudz ir jāraksta savās atskaitēs, bet klienti tā arī saka: „Viņš taču ir ar uzplečiem!””

Psiholoģiskā konsultēšana, kā uzsvēra eksperti, ir ļoti būtiska resocializācijas un rehabilitācijas procesa daļa. Šim mērķim tiek plānots arī papildu finansējums:

„(..) šogad pirmo gadu iedalīja papildus naudu un papildus vietas uz resocializācijas darbiniekiem, tur bija arī psihologi. Tā kā psiholoģiskā aprūpe ieslodzītajiem neatkarīgi no atkarības problēmām ir pamatdarbs, tā ir pamatlieta, kam jābūt, jo ilgstošs ieslodzījums jebkuram cilvēkam agrāk vai vēlāk izraisa vismaz psiholoģiskas, ja ne pat psihiatriskas problēmas.”

„(..) tieši šīm mērķa grupām, kas saistīts ar adaptāciju izolācijā un tādām lietām, protams, ka psiholoģiskai aprūpei ir jābūt un tā ir paredzēta, un viņa notiek. (..) medicīniskās rehabilitācijas etapā vadošo lomu uzņemas psihologs, savukārt sociālais darbinieks – sociālās rehabilitācijas posmā. Tā kā bez psihologa nekādi.”

Saskaņā ar IeVP sniegto informāciju, 2013. gadā Ministru kabinets atbalstījis to, ka esošajiem sociālajiem darbiniekiem un psihologiem, kas strādā ieslodzījuma vietās, ir jāpaaugstina atalgojums. No 2014. gada 1. janvāra un 2015. gadā paredzētas papildus amatu vietas psihologiem un sociālajiem darbiniekiem, kas ļaus efektīvāk un kvalitatīvāk veikt resocializācijas procesus ieslodzījuma vietās.

Atsevišķi eksperti norādīja, ka, viņuprāt, psiholoģiskā konsultēšana ir lietderīga tad, ja tiek izveidotas no narkotikām brīvās zonas/vienības. Kā papildu nosacījums tika minēta arī grupu psiholoģiskā terapija:

„Ja būtu šī no narkotikām brīva zona, tad, protams, jo ar fizisko atkarību var tikt galā dažu dienu laikā, bet tā psiholoģiskā paliek, ko tad ar to darīs. (..) Ar atkarīgiem cilvēkiem ir tā, ka, protams, tās individuālās konsultācijas ir labas un viņas ļoti daudz ko dod, bet tur ir vajadzīgs tieši tas grupas efekts. Anonīmie narkomāni un anonīmie alkoholiķi visā pasaulē strādā ar vislabākajiem rezultātiem, viņi ir, to nevar noliegt. Tieši tas grupu terapeitiskais efekts savienībā ar individuālajām konsultācijām dod to vislabāko rezultātu.”

Jānorāda, ka par grupu terapiju efektivitāti tika pausts arī kritisks viedoklis, ņemot vērā cietuma vides un ieslodzīto sociālās uzvedības specifiku:

„Tas, ka nenotiek grupas, kas manuprāt ir tāds nozīmīgs resurss, to arī var saprast, jo cietums ir tāda specifiska vide, kur nez vai kāds nāks un atklāsies un stāstīs par saviem pārdzīvojumiem un savām vājībām. Tur tieši otrādi – jāmēģina visiem parādīt, cik tu esi stiprs un neparādīt savas vājās puses, jo to var izmantot.”

5.3.3. Šļirču apmaiņas programmas un dezinfekcijas līdzekļu pieejamība

Attiecībā uz šļirču apmaiņas programmu un dezinfekcijas līdzekļu pieejamības nodrošināšanu visvairāk ir vērojama viedokļu dilemma. Abas šīs pieejas, no vienas puses, būtiski varētu samazināt infekcijas slimību izplatību narkotiku lietotāju vidū; no otras puses, šo programmu ieviešana nozīmē atklāti atzīt, ka cietumos narkotikas ir pieejamas un tiek lietotas. Tas, savukārt, nozīmē drošības kontroles nepietiekamības un uzraugu nolaidības, neprofesionalitātes un darba pārkāpumu atzīšanu.

„(..) ļoti smagas diskusijas starp dalībvalstīm un starp ekspertiem, taisni tiesību teorētiķiem par to, ka, jā, no vienas puses, mēs esam akceptējuši un politikas dokumentos, likumos fiksējuši, ka mums ir jā rūpējas un ka tas ir labs līdzeklis, lai mazinātu infekcijas slimību izplatīšanos narkotiku lietotāju vidū, jā, mēs esam cilvēktiesību konvencijā fiksējuši, ka servisam jābūt tādām pašām kā brīvībā, bet, no otras puses, redzam, ka ir diezgan lielas problēmas – gan tiesiskas, gan praktiskas. Man kā policistam ir diezgan viegli iejusties ieslodzījuma uzrauga ādā un es uz to kā policists skatītos skeptiski. Tas nozīmē, ka es automātiski prezumēju, ka manā cietumā drīkst lietot narkotikas.”

„Ekspertu līmenī mēs visi saprotam, ka tas [šļirču apmaiņa] ir vajadzīgs, jo tas mazinātu infekcijas risku, bet, lai to mēs izdarītu, mums vai sabiedrībai pašai ir jāatzīst, ka narkotikas cietumos ir un ka viņas tur lieto, bet šis pieņēmums norauj juntu jebkuram, ar kuru mēs runājam un tālākās diskusijas nav.”

Pats problemātiskākais dilemmas aspekts, īpaši valsts iestāžu pārstāvju vērtējumā, ir tas, ka ar šādu programmu ieviešanu pēc būtības tiek legalizēta narkotiku lietošana ieslodzījuma vietās:

„(..) tīri jēdzieniski nesakrīt. Ieslodzījuma vietā nedrīkst darīt neko, kas ir pretlikumīgs, pat teorētiski nevar pieļaut. Ja valsts saka, ka ir pretlikumīgi lietot narkotikas, mēs nevaram ieslodzīt cilvēku, atņemt viņam brīvību par likuma pārkāpumu un tajā pašā laikā, pat no tiesību teorijas ir tāds strīdīgs jautājums, tajā pašā laikā nodrošināt viņam servisu, kurš a priori paredz, ka tur esot viņš turpinās darīt tiesību pārkāpumus. (..) Varbūt varētu pamēģināt ar tiem brīvā režīma cietumiem kādu projektu, prezumējot, ka šajās ieslodzījuma vietās nav tik sabiedrībai bīstamas personas. Katrā gadījumā šī nav viegla diskusija.”

„Ja tādi šļirču apmaiņas punkti tiek ieviesti, tad tas nozīmē, ka mēs atļaujam ieslodzījuma vietās lietot narkotiskās vielas. (..) Kādi cilvēki jau nokļūst ieslodzījumā tāpēc, ka viņi ir narkotisko vielu lietotāji vai izplatītāji, vai narkotisko vielu iespaidā kaut kādus noziegumus izdarījuši. It kā ieslodzījuma vieta ir pāraudzināšanas iestāde. Ja par to pašu ir nokļuvis ieslodzījumā un to var turpināt, tad..”

Intervijās izskanēja arī ļoti kategoriski viedokļi šajā jautājumā:

„Šī šļirču apmaiņa jau automātiski paredz, ka tur šīs šļirces kāds lieto šodien un izrādās, ka viņš sliktas lieto. Pirmkārt, kur viņš tiek pie vielām un kur viņš tiek pie šļircēm. Ko tad mēs tur izplatīsim? (..) vieta tomēr ir specifiska teritorija, kur ir specifisks režīms domāts attiecīgi tam, tāpēc jautājums par apmaiņas punktu šļircēm, manuprāt, tomēr nebūtu dienaskārtībā, tur nav jābūt ko mainīt. Pat, ja tas tur šobrīd ir, tas neuzlabos situāciju ieslodzījuma vietā. Narkotisko vielu lietošana nemazināsies, jā, arī ar spēka metodēm daudzas lietas var panākt.”

Šļirču apmaiņas ieviešanu problemātisku padara arī drošības apsvērumu ievērošana cietumos, kā arī grūtības nodrošināt to, ka pret programmas lietotājiem (tiem ieslodzītajiem, kas reāli izmantotu šļirču apmaiņas iespēju) netiktu vērstas sankcijas. To ir ļoti grūti savietot ar uzraugu pienākumiem, kuri ir atbildīgi rīkoties gadījumos, ja tiek atklāta narkotiku lietošana:

„Jā, būtu jāievieš, bet šeit jautājums ir sarežģīts no režīma ievērošanas un pašu ieslodzīto drošības viedokļa. Šeit pārklājas divas intereses. Ieslodzītie tomēr ir atšķirīga personu kategorija, tā tomēr ir atšķirīga vide un jebkuri asi, duros priekšmeti var tikt izmantoti par ieroci.”

„Šļirču apmaiņas programmas ir domātas, lai mazinātu asins apmaiņas ceļā infekcijas slimības, taču šļirču apmaiņas programmas ir būvētas uz tādu mehānismu, ka narkotiku lietotājs šīs narkotikas lieto un turpina lietot, lai gan pie šļirču apmaiņas punkta tam darbiniekam, kas apmaina, būtu jāmudina šis lietotājs pievērsties ārstniecības programmām, pārslēgties uz metadona programmu un tamlīdzīgi. Mums ir trīs cietumu kategorijas. Varbūt varētu paskatīties tajos sestdienas, svētdienas, brīvā režīma cietumos, kā tas varētu strādāt tur. Bet uz cita režīma ieslodzījuma vietām es domāju, ka būtu ļoti lielas praktiskas problēmas ieviest. (..) kā to izdarīt cietumā, lai cietumnieks nokļūtu līdz šļirču apmaiņas punktam tā, ka neviens apsargs nezinātu, ka viņš ir lietotājs?”

Attiecībā uz dezinfekcijas līdzekļu pieejamību eksperti atzina finanšu resursu trūkumu, ņemot vērā to, ka nauda trūkst nozīmīguma ziņā svarīgāku jautājumu – cietumu infrastruktūras sakārtošanas – risināšanai:

„Es neesmu dzirdējusi, ka viņi [Ieslodzījuma vietu pārvalde] kaut ko tajā jomā iepirktu, jo viņiem sētas brūk. Kādi dezinfektanti, ja sēta brūk! Bet ieslodzītais vismaz teorētiski cietuma veikālā var nopirkt parastos visus ACE balinātājus. To viņš var nopirkt, ja viņam saprāta pietiek. Jautājums, vai viņš to grib un vai viņam ir nauda.”

„Atkal jautājums ir naudā, protams, un ieslodzījumu vietu materiālais nodrošinājums nav tas bagātākais.”

Šļirču apmaiņas un dezinfekcijas līdzekļu nodrošināšanas kontekstā eksperti aktualizēja arī jautājumu par prezervatīvu pieejamību cietumos, kas arī nozīmē atzīt, ka starp ieslodzītajiem pastāv dzimumattiecības:

„Nākamā lieta, ko mums vajadzētu darīt ir prezervatīvi, bet arī tas atkal prasa atzīt „ieslodzītie un sekss”. Kāds sekss?”

Nevalstisko organizāciju pārstāvji, kaut arī kopumā atbalsta gan šļirču apmaiņas programmas, gan dezinfekcijas līdzekļu nodrošināšanu, ir skeptiski savos vērtējumos par šo pasākumu ieviešanas iespējamību, kā argumentus minot gan sabiedrības izpratnes trūkumu, gan cietumu darbinieku pretestību, gan iespējamās represijas pret lietotājiem, gan arī iepriekš raksturoto valsts politisko dilemmu, atbalstot šādas programmas un atzīstot savas darbības trūkumus narkotiku lietošanas apkarošanā:

„Obligāti, tas būtu jādara, valstij sen to vajadzēja izdarīt. (..) Ja nespēj nodrošināt, nobloķēt pilnīgi narkotiku pieejamību, tad šļirču apmaiņu viņiem vajadzēja obligāti nodrošināt. Bet, redziet, kā tas ir, ja valsts nodrošinās šļirču apmaiņu cietumos, tad viņi reāli atzīst, ka viņi nespēj tikt galā ar kontroli, un viņi nekad to nedarīs.”

„Es nezinu, cik reāli [būtu to ieviest]. Par mums tuvējo valstu pieredzi, mēs nupat bijām, Polijā vai Čehijā, vai abās divās ieslodzījuma vietās viņi tiešām stāsta par tādu ilggadīgu praksi. Protams, mēs, varam runāt par visādām tālām valstīm, bet tās mums gandrīz kā kaimiņvalstis. Viņi to uzskata par normālu praksi, ka tas tā ir. Man ir tāda sajūta, ka mums līdz tam ir ļoti tālu, lai kaut ko tādu ieviestu ieslodzījuma vietā gan sabiedrības neizpratnes pēc, gan es šaubos, ka cietuma darbinieki to atbalstītu. Un kā to visu realizēt tā, lai tie, kas ir lietotāji, lai viņi varētu to visu droši izdarīt priekš sevis, lai nenokļūtu zem represijām.”

Vērtējot nākotnes perspektīvas, jānorāda, ka Veselības ministrijas sagatavotajā HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plāna 2014.-2016. gadam projektā ir paredzēts pilnveidot kaitējuma mazināšanas pasākumus ieslodzījuma vietās

(dezinfekcijas līdzekļi, prezervatīvi u.c.), paredzot tiem arī papildus valsts budžeta līdzekļus 3670 EUR apmērā ik gadu.

5.3.4. Piespiedu vai brīvprātīgā ārstēšana

Komentējot savu nostāju par piespiedu vai brīvprātīgo pieeju ārstēšanā no atkarībām, t.sk. ieslodzījuma vietās, eksperti atsaucās uz normatīvo regulējumu, kas principā paredz tikai brīvprātīgu ārstēšanos no atkarībām:

„Ārstniecības likums paredz tikai un vienīgi brīvprātīgu ārstēšanos no atkarībām, tāpēc domāju, ka piespiedu ārstēšana nav opcija, kaut arī tās ir personas, kuras ir pilnīgā valsts varā un ar kurām varētu rīkoties savādāk. Kriminālprocesa normas, Krimināllikuma normas šo jautājumu jau paredz. Tur tas ir nostiprināts, ka tiesnesis var pieņemt lēmumu, ka personai ir jāpiedalās ārstniecības programmās, bet pat tur ir rakstīts, ka viņai jāpiedāvā kā papildus sods vai papildus līdzekļi kriminālprocesuālie (...). Es domāju, ka tas jautājums jau ir izvērtēts paša likumdevēja līmenī, atbilstība Satversmei ir izvērtēta, līdz ar to tāda patukša diskusija šad tad uzpeld. It kā sabiedrībai gribās, bet pēc būtības piespiedu ārstēšanai „nē” nekur, vienalga vai tās ir ieslodzījuma vietas, vai sabiedrība kopumā.”

Lielākā daļa intervēto ekspertu atbalsta brīvprātīgo pieeju un atzina piespiedu ārstēšanas zemo efektivitāti, t.sk. ieslodzītajām personām, kuras it kā ir nonākušas zināmā valsts kontrolē un ir spiestas pakļauties noteiktiem apstākļiem. Lai ilgtermiņā atbrīvotos no atkarībām, kā uzsvēra eksperti, izšķiroši svarīga ir katra indivīda personīgā motivācija – vēlēšanās to darīt:

„Piespiedu ārstēšana nevar būt efektīva, jo tas nav tā, kā augoni izgriezt vai aklo zarnu izoperēt. Cilvēkam ir jāgrib tikt vaļā no tā. Protams, ja tiesa viņam šādu pienākumu nosaka, viņš to pienākumu iziet formāli, bet neviens jau nav pētījis, cik gadījumos tas ir bijis efektīvi.”

„Līdz ar to kaut kāds piespiedu mehānisms īsti nē, bet piespiedu motivējošs mehānisms varētu būt.”

„Ar piespiešanu nekas nav labi. Tikai brīvprātīgi un ieinteresējot, viņa paša griba. Bez viņa gribas var skaldīt viņu gabalos, tur nekas neuzlabosies. Protams, ka brīvprātīgi, jo viņam ir jāmaina domāšana, saprašana.”

Līdzās dominējošajam brīvprātīgās ārstēšanas pieejas atbalstam intervijās tika skaidroti arī vairāki piespiedu ārstēšanu pamatojoši argumenti. Pirmkārt, piespiedu ārstēšanās varētu tikt piemērota tādā formā, ka cilvēkam ir jāizdara izvēle – ārstēties vai izciest sodu ieslodzījumā:

„Piespiedu kārtā tam nav rezultātu. Var jau piespiest cilvēku izdarīt visu kaut ko. Protams, dažkārt tas darbojas, nevar to noliegt, ja tev ir izvēle, vai nu ej cietumā, vai ej rehabilitācijas programmā un ārstējies. Protams, tas arī darbosies, jo cilvēks aizies un viņam var kaut kāds klikšķis atkrist vaļā, bet tas nav tik efektīvi kā tad, ja cilvēks pats to vēlas.”

Otrkārt, arguments, kas tika minēts par labu piespiedu ārstēšanai, ir iespējamā sabiedrības apdraudējuma novēršana pēc tam, kad no narkotisko un psihotropo vielu lietošanas atkarīga persona tiek atbrīvota no ieslodzījuma:

„Bet tur tā problēma ir, jo agrāk vai vēlāk šie ieslodzītie iznāks ārā un viņi būs tepat uz ielas, un, ja viņi būs atkarīgi, tad viņi radīs daudz problēmas, pirmkārt, sev un, otrkārt, visiem apkārtējiem, un viņi tūlīt pat nonāks atpakaļ, tādēļ kaut kas ir jādara, lai mazinātu visus tos riskus, kas viņus sagaida un kas mūs sagaida, un visus pārējos iedzīvotājus, kad šie ieslodzītie atbrīvojas.”

Treškārt, piespiedu ārstēšana būtu atbalstāma tāpēc, ka lielākā daļa narkotiku lietotāju, t.sk. tie, kas nonāk ieslodzījumā, ir gados jauni cilvēki, kuri varētu dot labumu sabiedrībai. Neārstējot šos

cilvēkus, sabiedrība zaudē daļu no saviem cilvēkresursiem, un arī sabiedrībai vajadzētu uzņemties atbildību par to:

„Jā, es zinu, ka cilvēktiesību pārstāvji tūlīt oponentēs, bet, ja mēs ņemam kopumā, kādu ļaunumu šis [atkarība no narkotikām] nodara tai sabiedrības daļai, kurai būtu jāgādā bērniņi, jāaudzina bērniņi un jāstrādā, jāmaksā nodokļi, tad es saku, ka ir vajadzīga tā piespiedu ārstēšana, jo reāli tie ir darbaspējas vecuma cilvēki, narkotiku lietotāji ir ļoti daudz jauni cilvēki. Ja mēs par viņiem necīnāmies, tad kāda ir mūsu nākotne?”

Izvērtējot piespiedu vai brīvprātīgo ārstniecības un kaitējuma mazināšanas programmu ieviešanu, viena no ekspertēm uzsvēra, ka svarīgi ir nošķirt cilvēkus, kas ārstējas brīvprātīgi, no tiem, kas to dara piespiedu kārtā. Pretējā gadījumā pastāv risks, ka tie, kas brīvprātīgi piekrituši atbrīvoties no savām atkarībām, var neizturēt spiedienu no tiem, kas paši nevēlas pārtraukt atkarību izraisošo vielu lietošanu:

„(..) ja ir piespiedu un brīvprātīgā ārstēšana, tad šiem klientiem būtu jābūt atsevišķi, jo tie, kas būs piespiednieki, tie terorizēs tos, kas ir aizgājuši brīvprātīgi ārstēties, un pie tā, cik šie cilvēki ir emocionāli nenoturīgi, tad reāli tie, kas būs tie piespiedu ārstējamie, tie ļoti ātri nokodīs tos, kas ir brīvprātīgi.”

Ceturtkārt, piespiedu ārstēšana varētu būt pirmais posms kopējā ārstēšanās procesā, pēc kura cilvēkam ir pašam jāpieņem lēmums par tālāko rīcību – turpināt ārstēties vai nē:

„Manuprāt, ja mēs runājam par ārstēšanos, ja tai secīgi seko rehabilitācija un visi pārējie posmi, tad sākotnēji ārstēšanai ir jābūt piespiedu, bet tas ir kā viens no posmiem, tas nevar būt tā, ka cilvēkam viss process ir jāpavada piespiedu kārtā. Atkarībā no tā, kādas metodes tiek izmantotas, bet piemēram, ņemot rehabilitāciju, tad, manuprāt, ir pilnīgi normāli, ka pirmais mēnesis ir slēgta tipa, ieslodzījuma vietā to ir diezgan vienkārši realizēt, ar stingrākiem noteikumiem – bez iespējas atteikties no šī procesa, iespējams, ka bez iespējas kontaktēties ar citiem, tikai ar speciālistiem un darbs pašam ar sevi. Tad pēc šī mēneša viņam ir izvēle, vai viņš vēlas turpināt šo procesu vai viņš vēlas atteikties no ārstēšanās un rehabilitācijas pilnībā. Ņemot vērā to atkarību specifiku, cilvēks, it īpaši, ja viņš ir nupat nonācis ieslodzījumā un pirms tam lietojis atkarību izraisošas vielas, tad viņš gluži vienkārši nespēj domāt skaidrā un nespēj pieņemt nozīmīgus lēmumus, ka viņam vajag ārstēšanos, tāpēc ir svarīgi, lai pirmais posms būtu obligāts, lai viņš būtu piespiedu, lai viņš vismaz būtu to mēnesi skaidrā, lai viņš sāktu domāt, ko viņš grib un kā viņš grib. Kad viņa organisms nav pārsātināts ar to vielu, ko viņš ir lietojis un viņš spēj pieņemt kaut kādus kaut cik adekvātus lēmumus, tad viņš var izlemt, ka viņš, jā, vēlas turpināt lietot. Tā ir viņa izvēle un tā ir viņa dzīve, viņam uz to ir tiesības.”

Izvērtējot ekspertu argumentus, jāsecina, ka vairāki eksperti sliecas atbalstīt drīzāk diferencētu pieeju abu pieeju piemērošanām, pilnībā neizslēdzot piespiedu ārstēšanos.

5.3.5. No narkotikām brīvas vienības

No narkotikām brīvu vienību vai zonu pieeja paredz, ka ieslodzījuma vietās tiek fiziski nodalīti ieslodzītie, kuri nevēlas lietot narkotikas un vēlas aktīvi līdzdarboties resocializācijas procesā. Tas nozīmē, ka šajās zonās narkotikas ne tikai nav pieejamas, bet no ieslodzīto puses netiek meklēti veidi, kā iegūt narkotikas, no cietuma darbinieku (uzraugu) un ārstniecības personāla puses tiek īstenota pastiprināta kontrole.

„Šādu zonu efektivitāti daudzkārt ir pierādījuši citu valstu labās prakses piemēri. Cik es saprotu, šīs zonas darbojas uz brīvprātības principa – radīta vide ieslodzītajam, kurš pats ir izteicis vēlmi izmantot savu ieslodzījumu, lai resocializētos, lai izlabotu savas dzīves kļūdas, tai skaitā arī ārstniecību, tad viņam ir jārada šādas iespējas, izolējot viņu no tādiem ieslodzītajiem, kuri nosēž no zvana līdz zvanam un nemaz negrasās resocializēties un lietot narkotikas un piespiedīs tevi lietot narkotikas. Es

pat domāju, ka tas ir valsts pienākums šādas zonas veidot un radīt ieslodzītajiem iespējas resocializēties.”

Līdz šim Latvijā šādas no narkotikām brīvas vienības ieslodzījuma vietās nav pastāvējušas, to izveides lielākais šķērslis, kā atzina IeVP priekšniece, ir novecojusī Latvijas cietumu infrastruktūra. Savukārt formāla šādu vienību – atsevišķu cietuma bloku, piemēram, izveide būtu drīzāk bezjēdzīga:

„(..) nebūsim, protams, naivi, nevienā vecā cietumā tādu *drug free* zonu uztaisīt praktiski nav tehniski iespējams. Ja mēs nevaram izslēgt to narkotiku piekļuvi no ārpuses, kaut vai ar pārmetienu, iešaujot jebkurā zonā, kaut kur, ja viņi pastaigāsies, viņi var pacelt. Ja mēs to nevaram izslēgt, tad par ko ir runa? Kamēr nebūs likvidēta tā iespēja ienest vienkārši ejot uz satikšanos vai vienkārši ejot uz darbu, vai vienkārši saņemot, kad tev krīt uz galvas, par kādu *drug free* zonu mēs te runājam? Mēs zem zemes viņu neuztaisīsim tajā cietumā.”

Taču situācija šajā jomā ir sākusi mainīties, kopš Tieslietu ministrijas un Norvēģijas valdības divpusējā finanšu instrumenta atbalstītā un IeVP īstenotā projekta „Jaunas nodaļas izveide Olaines cietumā, ieskaitot būvniecību un personāla apmācību” izstrādes un uzsākšanas. Projekta ietvaros līdz 2016. gada pavasarim ir plānots izveidot Atkarīgo centru Olainē ar 200 vietām ieslodzītajiem, kuri brīvprātīgi vēlas atbrīvoties no atkarībām. Atkarīgo centrā ir paredzēts īstenot divas ārstniecības programmas, no kurām viena tiks aizgūta no Polijas, otra – no Norvēģijas. Līdzās centra būvei un jaunu ārstniecības programmu īstenošanai ir paredzētas arī centrā strādājošo darbinieku apmācības:

„Projektā ir paredzēts, ka mēs Olaines cietumā uzbūvējam jaunu un pareizi plānotu atkarīgo centru un liekam iekšā viņā divas programmas, viena ir tā pati Minesotas programma, kas tiek no Polijas pārņemta, jo tur viņa gadu desmitiem lietota cietumos, līdz ar to mēs esam droši, ka viņa cietumā strādās. Otra programma, ko mēs pārņemam no norvēģiem – Oslo cietumā ir tāda programma, kas ir domāta cilvēkam, lai viņš nelietotu, lai viņš atrastu dzīvē vietu, lai saprastu, ko viņš dzīvē grib un uzturētu to nelietošanu. Projektā ir paredzēta pati būvniecība, programmu ieguve, adaptēšanas izdevumi, darbinieku apmācība, arī daudzas citas lietas, kas izriet, tur ir riska vajadzību instrumentu izstrāde un tādas lietas. Darbiniekus mēs pieņemsim projektā. Tā būs tāda pirmā saliņa, kur būs pavisam cita veida darbs ar ieslodzītajiem. (..) Centrā varēs nokļūt jebkurš ieslodzītais, kurš, pirmkārt, uzrakstīs iesniegumu, ka viņš to vēlas un, otrkārt, viņam ar to specifisko riska vajadzību instrumentu tiks konstatēts, ka viņam tas ir vajadzīgs.”

„Tā ir Minesota, bet patiesībā cietumu atvasinājums, kas ir Polijā uzsākts, saucas „Atlantis”, tas jau ir tālu atvasinājies no Minesotas (..). Otra ir norvēģu programma „Patfainder”. Mēs (..) esam nelielās pārdomās, vai šīs abas programmas kaut kādā veidā nepārklājas, vai arī „Atlantis” paņem to medicīniskās rehabilitācijas daļu un „Patfainder” paņem to sociālo daļu vai „Patfainder” paņem gan medicīnisko, gan sociālo. (..) Līdz ar to mums būs šīs divas programmas, un mēs vēl nezinām, kā tas būs, vai būs secīgi sadalīts pa etapiem, ka klients sāk [ar vienu programmu] ... Mums ir noteikts konkrēts laika posms, ka vienā etapā, otrā etapā laikam bija četri mēneši.”

Kā intervijā pastāstīja projekta vadītājs Mārtiņš Luste, īpaša uzmanība tiks pievērsta arī narkotiku lietošanas kontroles mehānismiem:

„Kas attiecas uz pašu centru, mēs centīsimies, lai tur vispār narkotikas nenonāk. Mēs regulāri testēsim, veiksime ieslodzīto testus, tajos tiks ieguldīti diezgan lieli līdzekļi.”

Galvenā diskusija šobrīd notiek par to, kurā brīdī iespēju ārstēties Atkarīgo centrā piedāvāt – uzreiz pēc notiesāto nonākšanas ieslodzījuma vietā, ieslodzījuma laikā vai gadu pirms ieslodzījuma termiņa beigām. Tiek plānots, ka ieslodzītie centrā varēs uzturēties gadu. Jautājums ir, kur šie cilvēki nonāks pēc ārstēšanās centrā. Ideālā variantā ieslodzītajam, kuram vēl nav beidzies soda izpildes termiņš,

vajadzētu turpināt to izciest no narkotikām brīvā vienībā kādā no ieslodzījuma vietām. Taču pagaidām, kā zināms, šādu vienību Latvijas cietumos nav.

„(..) diskutabls jautājums, vai ieslodzījuma sākuma periodā vai beigu periodā. Ja sākuma periodā, protams, ka nav nekādas „lomkas” vairs, jau policijā tas notiek un izmeklēšanas periodā, cilvēks jau ir bijis kaut kādā atturībā. Tad viņš nonāk centrā sākumposmā un tad viņš iziet vienu programmu, un mums vēl ir sociālo prasmju programma izstrādāta, tas ir vēl viens moments, ka mēs mēģinām imitēt to socializēšanos. Iedomājaties, ka viņam palikuši 12 gadi līdz termiņa beigām, viņš visu ir izgājis, viņš ir baigi spārnos, ka nu tik sāksu jaunu dzīvi un atpakaļ savā cietumā ar pieejamām narkotikām vēl 10 gadus sēž. Līdz ar to droši vien, ka to vajadzētu uz termiņa beigu posmu, bet ne uz pašām beigām. Tā ideja tāda, ka varbūt izdodas sapīt kopā ar probācijas elektronisko uzraudzības institūtu un nesūtīt viņus atpakaļ.”

Katrai pieejai, kā to raksturoja IeVP priekšiece, ir savas priekšrocības un trūkumi. Turpinājumā ir plaši citēti intervijas fragmenti, kas skaidri ilustrē šo problēmu un iespējamās risinājuma veidus:

„Man kā no resocializācijas viedokļa spriežot, pēc loģikas viņam tajā centrā ir jāiet soda termiņa pašā sākumā. Kāpēc? Ja viņš ienāk cietumā ar atkarību problēmu tādu, ka viņu ir policija savākusi, ar „lomkām” iemetusi kamerā un viss, viņš vairs nelieto, domāsim, ka viņš arī cietumā vairs nelietos, ka viņam vēlme lietot tādā veidā samazināsies, skaidrs, ka nē, tāpēc tas centrs ir vajadzīgs manā skatījumā sākumā, jo viņš jau nav motivēts. Ja viņam ir tikai doma, kur dabūt un ar ko tagad sarunāt, un kā tagad samenedžēt ar telefonu un caur ko tur, es nezinu, tad ne tu viņu skolā ieliksi, ne tu viņu darbā ieliksi, ne tu viņu vēl kādā programmā ieliksi. (..) bet tas atkal ir risks, ka tad viņu ir jāsūta atpakaļ uz cietumu. (..) mēģināsim tur kaut ko sacakot, saucot viņu par *drug free* zonu. Tad tie cilvēki cietumā, kas ir iesaistīti, kas saņem viņu atpakaļ no centra, viņi būs apmācīti, viņiem būs iespēja to programmu tādā esencē viņam dot, tā kā atkārtot, lai uzfrīšinātu, lai viņš neatslābst no tā, ko viņš ir centrā ieguvis.”

„Nākamā versija, ka viņš aiziet uz pirms pirmstermiņa [atbrīvošanu], tā ir tāda jauna versija, ko probācija [Valsts probācijas dienests] ir izdomājusi atkal sava norvēģu projekta ietvaros – , elektronisko uzraudzību (..). Tad kaut kāda daļa [notiesāto] pirms tā oficiālā pirmstermiņa aiziet ar [elektroniskās uzraudzības] manžetēm, un, ja viss kārtībā, viņš tiek testēts, arī negaidot atbrauc uz mājām, un viss ir kārtībā, viņš pēc tam iet uz tiesu, un tiesa viņu tiešām pirms termiņa atbrīvo. Tā ir vēl viena versija.”

„Trešā versija, ka viņš no centra aiziet pa tiešo uz pirmstermiņa [atbrīvošanu] bez tās elektroniskās uzraudzības.”

„Ceturtā versija, ka viņš uz to centru nonāk jau pēdējā soda izpildes gada laikā, ja tas tā ir iespējams, jo tur vēl tas pirmstermiņš jauksies. Labi. Viņš pēkšņi ir atjēdzies soda izpildes laikā, ka viņš vairs negrib lietot un grib būt normāls cilvēks, tad mēs viņu tajā stadijā ieliekam centrā, un tad viņš nenāk vairs atpakaļ uz cietumu.”

Tā kā Latvijā nav pieredzes šādu centru darbībā, sākotnēji tiks pilota veidā izmēģinātas visas versijas, lai jau vēlāk pieņemtu praksē balstītu un izsvērtu lēmumu par šo centra darbības principu.

Kaut arī jautājums par to, kādos apstākļos pēc dzīvošanas centrā nonāks ieslodzītie, ir sarežģīts, ņemot vērā gan atšķirīgos ieslodzījuma režīmus (dzīves apstākļus un tiesību apjomus), gan infrastruktūras iespējas, pozitīvi jāvērtē tas, ka kopumā pastāv institucionālā griba šo jautājumu risināt:

„(..) mēs strādājam ar šiem cilvēkiem, nevis pēc pazīmes, ka viņi ir noziedznieki, bet pēc pazīmes, ka viņi ir slimnieki. Faktiski otrs varētu būt tāds, ka mēs viņus vienkārši izolējam no šīs vides, cietumiem, kuros diemžēl ir pieejamas narkotikas, lai viņus šai videi vairs neatdotu.”

Neraugoties uz dominējošo pozitīvo atbalstu no narkotikām brīvu vienību attīstīšanai Latvijas ieslodzījuma vietās, Veselības ministrijas pārstāvis uzsvēra, ka visiem cietumiem vajadzētu būt no narkotikām brīviem, proti, nav pieļaujami, ka ieslodzījuma vietās vispār ir pieejamas narkotikas:

„Tas ir man neskaidrs jautājums. Visai ieslodzījuma teritorijai jābūt brīvai no narkotikām. Tieši tāpat man nav skaidrs, kā var būt 5. klase, kas nesmēķē, vai kaut kas tamlīdzīgs. Visai ieslodzījuma teritorijai jābūt brīvai no narkotikām, nevis vienai zonai. Pārējā ko? Injekcijas dabūs, šprīces dabūs, uzpīpēs, vēl kaut ko darīs. Mans viedoklis, ka visai teritorijai jābūt brīvai.”

No narkotikām brīvu vienību ir plānots izveidot arī jaunajā ieslodzījuma vietā, kas tiks būvēta Liepājā. Kā stāstīja IeVP vadība, ir plānots, ka ieslodzītie, kas atradīsies šajā zonā, nesatiksies ar citiem ieslodzītajiem, viņu pārvietošanās trajektorijas cietuma teritorijā nepārklāsies, pārvietošanās tiks organizēta arī pa pazemes tuneļiem, pastaigu laukums tiks izvietots uz ēkas jumta. Šādu izolāciju ieslodzīto dažādu grupu starpā esot iespējams nodrošināt ilgstošā laika periodā.

5.3.6. Resocializācijas programmas atkarību mazināšanai

Kā norādīja Ieslodzījuma vietu pārvalde, ieslodzījuma vietās Latvijā tiek īstenotas resocializācijas sociālās uzvedības korekcijas programmas, kuru uzdevums ir palīdzēt notiesātajiem orientēties dzīves vērtībās, un sociālās rehabilitācijas programmas, kas galvenokārt vērstas uz ieslodzīto sagatavošanu atbrīvošanai, uz sociālo pamatiemaņu apguvi vai atjaunošanu, kristīgās audzināšanas un izglītības programmas, kas vērstas uz garīgo aprūpi.

Saskaņā ar IeVP 2013. gada publiskajā pārskatā sniegto informāciju, 2013. gadā 11 ieslodzījuma vietās īstenotas 13 resocializācijas programmas, no tām trīs programmas saistītas ar atkarību pārvarēšanu. Divas no programmām (Atkarības profilakses nodarbību cikls pēc 12 soļu Minesotas programmas – pirmā izglītojoši informatīvā daļa, Atkarības profilakses nodarbību cikls pēc 12 soļu Minesotas programmas – otrā daļa: praktiskais uzvedības korekcijas darbs saskaņā ar 12 soļiem) īstenotas Cēsu Audzināšanas iestādē nepilngadīgajiem, viena (Atkarības pārvarēšanas programma „12 soļi”) – Ilūciema cietumā.

Kaut arī intervijās netika uzdoti atsevišķi jautājumi par resocializācijas programmām ārstēšanai no atkarībām, vairāki eksperti šīs programmas minēja, komentējot tālākās rīcībpolitikas vēlamos pasākumus. Eksperti uzskata, ka šāda veida programmas un līdzīgas (piemēram, anonīmo narkomānu grupas) būtu ieviešamas cietumos, ņemot vērā, ka dažas no tām neprasa nozīmīgus resursus. Vienlaikus tiek saskatīti arī šķēršļi efektīvai šādu programmu ieviešanai:

„Redziet, par tiem pašiem anonīmiem narkomāniem. Bija mums vienu laiku tāda doma, ka varētu taisīt anonīmo narkomānu grupas cietumos, nekādu problēmu, bet problēma ir tā, ka šīs grupas vada paši atkarīgie, kuri ir izgājuši programmu un viņi ir spējīgi vadīt grupu. Kas viņi ir? Viņi ir bijušie narkotiku lietotāji un viņi ir lielākoties likumu pārkāpēji, un viņiem ir aizliegts iet cietumos ilgus gadus, visdrīzāk visu mūžu. Līdz ar to, ja profesionāli, tas nav efektīvi, ja profesionālis šos 12 soļus vada viens pats, jebkurā gadījumā jābūt šim atkarīgajam, kurš to ir izgājis un var savu pieredzi ienest šajās anonīmo grupās. Tad ir jāsameklē cilvēks, kurš nav izdarījis likuma pārkāpumu un kurš ir spējīgs vest šo grupu, jo viņam ir jābūt ar harizmu, nevar jebkurš sēdēt.”

Kā vēl viens būtisks šķērslis sekmīgai resocializācijai kopumā intervijās tika minēta cietumu infrastruktūra – nepietiekami lielas telpas, šauras kameras, liels ieslodzīto skaits vienā kamerā:

„Tur var būt 30 cilvēki vienā telpā arī. Kāds tur vairs var būt efekts? Tas cilvēks nevar nekad palikt viens ar sevi, ar savām pārdomām, analizēt to, ko viņš ir nodarījis vai izvērtēt savu veselības stāvokli,

vai savas atkarības un pieņemt sev svarīgus lēmumus, ka viņš dzīvē vēlas kaut ko mainīt, ka viņš tādu dzīvi vairs nevēlas, viņš grib atgriezties no cietuma un uzsākt jaunu lapu. Viņam praktiski nav tās intīmās zonas, kur viņš vispār var kaut ko tādu apsvērt. Viņš ir apzināti, neapzināti, labprātīgi vai piespiedu kārtā visu laiku ietekmēts no pārējiem ieslodzītiem, kuri nebūt nav pozitīvi un kuri pozitīvi viņu nemaz nevar ietekmēt.”

„(..) jebkuram, kas nav kristietis un nav ticīgs, tā labākā metode ir Minesotas programma un cietums ir ideāla vieta, lai to realizētu. Ja mēs reiz runājam par jaunu ieslodzījuma vietu būvniecību, tas būtu jāparedz, nevis jāceļ vēl tādas pašas, neparedzot iespēju cilvēkiem izmantot lietderīgi šo laiku, esot ieslodzījuma vietā. (..) Ieslodzījuma vieta ir brīnišķīga vieta, kur pārdomāt savu dzīvi un tiešām viņu uzsākt no jauna un tai iespējai ir jābūt. Protams, ka būs liela daļa, kas to nekad neizvēlēšies, bet šobrīd ir tā, ka nav nekādas izvēles, tu vienkārši nosēdi savu laiku un ļoti maz cilvēku, tur atrodoties kļūst par labākiem cilvēkiem bez tāda plānota, organizēta darba un palīdzības no valsts.”

6. Politikas dokumentu analīze ieslodzīto veselības aprūpes jomā un psihoaktīvo vielu izplatības ierobežošanas jomā

Šajā pētījuma rezultātu nodaļā ir apkopoti nozīmīgākiem politikas plānošanas dokumenti un normatīvie akti, kas regulē veselības aprūpes nodrošināšanu ieslodzītajiem, ārstēšanu no infekcijas slimībām, kā arī narkotisko un psihotropo vielu izplatības un lietošanas ierobežošanas politiku. Dokumentu analīzes rezultātā ir apkopotas galvenās izmaiņas tiesību aktos un politikas plānošanā salīdzinājumā ar 2010. gadu, kas tika veikts iepriekšējais pētījums par narkotiku izplatību Latvijas ieslodzījuma vietās.

6.1. Normatīvais un politikas regulējums veselības aprūpei ieslodzījuma vietās

6.1.1. Normatīvie akti

Saskaņā ar **01.11.2005. MK noteikumiem Nr. 827 „Ieslodzījuma vietu pārvaldes nolikums”** (izdoti saskaņā ar Valsts pārvaldes iekārtas likuma 16. panta pirmo daļu), Ieslodzījuma vietu pārvaldes, kas ir Tieslietu ministrijas pārraudzībā esoša valsts pārvaldes iestāde, funkcijas ir nodrošināt apcietinājumu kā drošības līdzekli un brīvības atņemšanas kā kriminālsoda izpildi (3. pants). Lai realizētu šīs funkcijas viens no Ieslodzījuma vietu pārvaldes uzdevumiem ir nodrošināt ieslodzīto medicīnisko aprūpi (4. panta ceturtnā daļa).

Veselības aprūpe ieslodzījuma vietās tiek organizēta saskaņā ar **14.01.2014. MK noteikumiem Nr. 25 „Noteikumi par apcietināto un notiesāto personu veselības aprūpi ieslodzījuma vietās”** (izdoti saskaņā ar Apcietinājumā turēšanas kārtības likuma 22. panta pirmo daļu un Latvijas Soda izpildes kodeksa 78. panta pirmo daļu).

Šie noteikumi paredz, ka ieslodzītie bez maksas var saņemt:

- (1) primāro veselības aprūpi, ko nodrošina ieslodzījuma vietas ārstniecības personas (izņemot plānveida stomatoloģisko palīdzību);
- (2) neatliekamo stomatoloģisko palīdzību;
- (3) sekundāro veselības aprūpi, ko nodrošina ieslodzījuma vietas ārsti, bet ja slimība ir akūtā stadijā vai hroniska slimība ir paasinājuma stadijā, tad, pamatojoties uz medicīniskām indikācijām, arī ārsti ārstniecības iestādēs ārpus ieslodzījuma vietas;
- (4) efektīvākās un izmaksas ziņā lētākās zāles, kuras izrakstījusi ieslodzījuma vietas ārstniecības persona;
- (5) no valsts budžeta apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus ārpus ieslodzījuma vietas esošajās ārstniecības iestādēs, pamatojoties uz medicīniskajām indikācijām, atbilstoši normatīvajiem aktiem par veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu (2. pants).

To, ka ieslodzītie var saņemt no valsts budžeta apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus ārpus ieslodzījuma vietas esošajās ārstniecības iestādēs, paredz 2013. gada 15. aprīlī starp Ieslodzījuma vietu pārvaldi un Nacionālo veselības dienestu noslēgtā „*Starpresoru vienošanās par sadarbību valsts kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanā un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā ieslodzījuma vietās ievietotām personām*”. Šī vienošanās nosaka IeVP un Nacionālā veselības dienesta sadarbības kārtību, lai nodrošinātu iespēju ieslodzījuma vietās ievietotajām personām saņemt ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensāciju, kā arī no veselības aprūpei paredzētajiem budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības

aprūpes pakalpojumus ārstniecības iestādēs, kas atrodas ārpus ieslodzījuma vietām un kas ir noslēgušas līgumu ar Nacionālo veselības dienestu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

MK noteikumi Nr. 25 „**Noteikumi par apcietināto un notiesāto personu veselības aprūpi ieslodzījuma vietās**” paredz, ka triju dienu laikā pēc ieslodzītā uzņemšanas ieslodzījuma vietā viņam veic veselības pārbaudi (5. pants), bet reizi gadā ieslodzītajiem veic veselības profilaktiskās pārbaudes – to, kāda veida profilaktiskās pārbaudes tiks veiktas katru gadu nosaka Ieslodzījuma vietu pārvaldes priekšnieks (6. pants). Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus ieslodzītajiem sniedz ieslodzījuma vietas medicīnas daļā vai viņu atrašanās vietā (7. pants). Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus ieslodzījuma vietā ieslodzītie var saņemt pēc pašu iniciatīvas, vēršoties pie ieslodzījuma vietas ārsta, ārsta palīga vai zobārsta, vai pēc ieslodzījuma vietas ārsta vai ārsta palīga uzaicinājuma (8. pants).

Sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus ieslodzītie var saņemt gan atbilstoši ieslodzījuma vietas ārsta vai ārsta palīga nosūtījumam, gan pēc pašu iniciatīvas, vēršoties pie ieslodzījuma vietas ārstiem–speciālistiem, gan arī saskaņā ar ieslodzījuma vietas ārsta nosūtījumu pie ārpus ieslodzījuma vietas esošas ārstniecības iestādes speciālistiem (9. pants). Ieslodzītos uz Latvijas Cietumu slimnīcu stacionārai ārstēšanai nosūta atbilstoši medicīniskajām indikācijām ar ieslodzījuma vietas ārsta nosūtījumu un IeVP norīkojumu. Stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši normatīvajiem aktiem par veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu ieslodzītie var saņemt arī ārpus Latvijas Cietumu slimnīcas (13. pants).

Lai nepieļautu un novērstu slimības pasliktināšanos, infekcijas slimības izplatīšanos un mazinātu mirstību ieslodzījuma vietās, noteikumi paredz, ka ieslodzīto, kuram slimība ir akūtā stadijā un kurš nav pabeidzis ārstēšanās kursu, kā arī pamatojoties uz ārsta atzinumu, aizliegts nosūtīt uz citām valsts institūcijām un to struktūrvienībām (10. pants).

Šie noteikumi atšķirībā no iepriekšējiem – spēku zaudējušajiem 20.03.2007. **MK noteikumiem Nr. 199 „Noteikumi par apcietināto un notiesāto personu veselības aprūpi izmeklēšanas cietumos un brīvības atņemšanas iestādēs”** – vairs neparedz to, ka, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus ārpus ieslodzījuma vietas, transporta un apsardzes izdevumi tiek segti no ieslodzītā līdzekļiem.

Taču šie noteikumi, atšķirībā no iepriekšējiem, nosaka kārtību, kā tiek organizēta ieslodzījuma vietā ieslodzīto personu veselības aprūpe un ārstniecības līdzekļu iegāde, ja ieslodzītajam ir nepieciešama veselības aprūpe, kuru neapmaksā no valsts budžeta līdzekļiem vai kurus ieslodzītais vēlas saņemt ārpus rindas sabiedriskā sektora ārstniecības iestādēs, vai arī, ja nepieciešami īpaši ārstniecības līdzekļi, kurus nav iespējams nodrošināt ieslodzījuma vietā. Protī, noteikumi ļauj ieslodzītajam par saviem personīgajiem finanšu līdzekļiem, pamatojoties uz rakstisku iesniegumu, atbilstoši ieslodzījuma vietas ārsta ieteikumam un ar ieslodzījuma vietas priekšnieka atļauju saņemt veselības aprūpes pakalpojumus ārstniecības iestādē ārpus ieslodzījuma vietas, kā arī ar ieslodzījuma vietas medicīnas daļas darbinieka starpniecību iegādāties zāles vai medicīniskās ierīces (15. pants). Ja ieslodzītais ir iegādājies zāles, tās tiek glabātas ieslodzījuma vietas medicīnas daļā. Ieslodzītais zāles lieto tikai ieslodzījuma vietas personāla klātbūtnē, izņemot gadījumu, ja saņemts ieslodzījuma vietas ārsta īpašs norādījums (11. pants).

Saskaņā ar „**Latvijas Sodū izpildes kodeksu**” (1971) 49.² panta otro daļu notiesātais, kurš sodu izcieš daļēji slēgtā ieslodzījuma vietā soda izciešanas režīma augstākajā pakāpē vai atklātajā ieslodzījuma vietā ar rakstveida iesniegumu ieslodzījuma vietas priekšniekam var lūgt atļauju īslaicīgi atstāt ieslodzījuma vietas teritoriju līdz trim diennaktīm veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai veselības aprūpes iestādēs ārpus ieslodzījuma vietas. Izvērtējot notiesātā iesniegumu, tiek ņemts vērā

ieslodzījuma vietas ārsta viedoklis, notiesātā iespējas nokļūt uz veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas vietu un iespējas saņemt pakalpojumu plānotajā īslaicīgās prombūtnes laikā, kā arī iepriekšējās īslaicīgās prombūtnes reizēs pieļautie pārkāpumi un atgriešanās ieslodzījuma vietā noteiktajā laikā. Viens no apstākļiem, kas liedz notiesātajam iespēju īslaicīgi atstāt ieslodzījuma vietu, ir saslimšana ar bīstamu infekcijas slimību tās aktīvajā formā vai slimību akūtā stadijā un vēl nepabeigts ārstēšanās kurss.

24.01.2012. MK noteikumi Nr. 70 „Alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība” nosaka, ka narkotisko vielu – konkrētāk tieši opioīdu – atkarības ārstēšanai kā vienu no metodēm izmanto ilgtermiņa farmakoterapiju ar metadonu vai ārstēšanu ar zālēm, kuru aktīvā viela ir buprenorfīns (11. pants). Šie noteikumi atšķirībā no iepriekšējiem – spēku zaudējušajiem 24.09.2002. MK noteikumi Nr. 429 „Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība” – paredz, ka arī ieslodzītajiem ir tiesības saņemt farmakoterapiju ar metadonu vai buprenorfīnu, bet ar nosacījumu, ja šī ilgtermiņa farmakoterapija ir uzsākta pirms nokļūšanas ieslodzījuma vietā (27. pants). Ieslodzītajiem uzsākt šāda veida narkotisko vielu atkarības ārstēšanu ieslodzījuma vietā nav iespējams.

Šie noteikumi paredz, ka pacientam, kurš saņem ilgtermiņa farmakoterapiju ar metadonu vai buprenorfīnu, nokļūstot ieslodzījuma vietā, ieslodzījuma vietas ārstniecības persona nekavējoties pārbauda ieslodzītā sniegto informāciju, sazinoties ar Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centru (27. pants). Ja tiek saņemts apstiprinājums, ka ieslodzītais saņem ilgtermiņa farmakoterapiju ar metadonu, ieslodzījuma vietas ārsts, kurš ir apguvis šo ārstēšanas metodi un normatīvajos aktos par ārstniecības personu sertifikāciju noteiktajā kārtībā ir ieguvis attiecīgu ārstniecisko un diagnostisko metožu sertifikātu, nodrošina ieslodzītajam iespēju turpināt ilgtermiņa farmakoterapiju ar metadonu, medikamentu bez maksas saņemot no tuvākā ilgtermiņa farmakoterapijas kabineta (29. pants). Savukārt, ja tiek saņemts apstiprinājums, ka ieslodzītais saņem ilgtermiņa farmakoterapiju ar buprenorfīnu, ieslodzījuma vieta nodrošina, lai ieslodzītais par saviem finanšu līdzekļiem ieslodzījuma vietā varētu turpināt ilgtermiņa farmakoterapiju ar buprenorfīnu (30. pants).

„Ārstniecības likuma” (1997) 4. panta pirmajā daļā minēts, ka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu veidošanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomu, kuri tiek apmaksāti no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem, kā arī šīs samaksas kārtību nosaka Ministru kabinets. Ar MK 2011.gada 27. septembra noteikumiem Nr. 744 „Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”” tika precizēta ieslodzīto veselības aprūpes organizācija, pirmkārt, nosakot jaunu kompetences sadalījumu starp Tieslietu ministriju un Veselības ministriju attiecībā uz ieslodzīto veselības aprūpes finansēšanu; otrkārt, tuvinot ieslodzīto veselības aprūpi sabiedrības veselības aprūpes sistēmai. Grozījumi paredzēja, ka Tieslietu ministrija sedz ieslodzījuma vietā strādājošas ārstniecības personas sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus un veic pacienta iemaksu un līdzmaksājumu par ieslodzītajiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ārpus ieslodzījuma vietas. Šī norma stājās spēkā 2012. gada 1. janvārī. Pēc būtības tas nozīmēja, ka no 2012. gada ieslodzīto kā veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju līdzmaksājumus sedz valsts. Līdz ar šiem grozījumiem ieslodzījuma vietu ārstu tiesības tika pietuvinātas brīvībā strādājošo ģimenes ārstu tiesībām, sniedzot ieslodzījuma vietu ārstiem tiesības izrakstīt nosūtījumus izmeklējumiem ieslodzītajiem, kas tiem dos iespēju saņemt valsts apmaksātus ambulatoros un stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus ārstniecības iestādēs ārpus ieslodzījuma vietām par valsts budžeta līdzekļiem, līdzīgi kā tas ir pārējiem iedzīvotājiem sabiedrībā.

Nākamie būtiskie grozījumi, kas viesuši izmaiņas ieslodzīto veselības aprūpē, ir MK 2011. gada 19. oktobra noteikumi Nr.821 „*Grozījumi Ministru kabineta 2006. gada 31. oktobra noteikumos Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”*”, kas nodrošina iespējas ieslodzītajiem bez medikamentiem tuberkulozes un HIV/AIDS ārstēšanai, saņemt arī citus kompensējamus medikamentus atbilstoši diagnozei. Pacientu līdzmaksājumu arī šajā gadījumā sedz nevis paši ieslodzītie, bet tie tiek segti no Tieslietu ministrijas budžeta līdzekļiem.

Iepriekš minētās normas ir iestrādātas pašreiz spēkā esošajos **17.12.2013. MK noteikumos Nr. 1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”**. Saskaņā ar šo noteikumu 13. panta otro daļu Tieslietu ministrija sedz maksu par ieslodzījuma vietā strādājošās ārstniecības personas sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī pacientu iemaksas un pacientu līdzmaksājumus par ieslodzītajiem, kuri saņem veselības aprūpi ārpus ieslodzījuma vietas, kā arī pacientu līdzmaksājumus par kompensējamām zālēm un medicīniskajām ierīcēm saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensāciju.

6.1.2. Politikas plānošanas dokumenti

Šobrīd spēkā nav neviens ieslodzījuma vietas pārraugošās Tieslietu ministrijas izstrādāts **politikas plānošanas dokuments**, kas būtu tieši attiecināms uz veselības aprūpes nodrošināšanu ieslodzījuma vietās. 2006. gadā Tieslietu ministrijā bija izstrādāts „*Ieslodzīto veselības aprūpes koncepcijas*” **projekts**, taču tā izskatīšana Ministru kabineta sēdē tika atlikta. 2010. gada 1. jūnija Ministru kabineta sēdē tika nolemts, ka jautājums par „*Ieslodzīto veselības aprūpes koncepcijas*” izstrādi ir zaudējis savu aktualitāti¹⁸.

2013. gada nogalē tika uzsākta jaunas ieslodzīto veselības aprūpes jautājumam veltītas koncepcijas izstrāde, kura joprojām nav pabeigta. Tieslietu ministrijas pārstāve intervijā komentēja koncepcijas saturu, kas aptver ļoti plašus pasākumus:

“Tur ir ļoti plaši. (..) tur tiek skatītas visas problēmas, ko mēs spējam vien izvilkēt – atkarības, infekcijas slimības (HIV, hepatīts), slimnīcas darbības attīstīšana, jo mums ir plāns un doma, ka mēs vēlamies, lai mums ir atpakaļ normāla slimnīca pilnā apmērā, bet modificētā variantā. Tad ļoti nopietna daļa ir par zobārstniecību, jo mums zobārstniecībā īstenībā ir vislielākā katastrofa. Ieslodzītie pat ir spējīgi maksāt par zobārstu, bet nav neviena zobārsta, kas vēlētos iet strādāt cietumā. Tad vēl koncepcijā ir sadaļa par personālu, jo arī personāls mums trūkst. Tās laikiem ir tās galvenās lietas.”

Ekspertu intervijās tika pausta skepse par koncepcijas īstenošanu, ņemot vērā nepietiekamos finanšu resursus.

Uzdevumi, kas attiecas uz ieslodzīto veselības aprūpes nodrošināšanu ir iekļauti arī atsevišķos **Veselības ministrijas plānošanas dokumentos**. Piemēram, programmā „*Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas izplatības ierobežošanas programma 2009.–2013. gadam*”¹⁹. 2013. gadā Veselības ministrijā tika sagatavots un nodots publiskai apspriešanai plānošanas dokuments „*HIV*

¹⁸ Valsts kontrole (11.02.2014.). Revīzijas ziņojums „Ieslodzīto veselības aprūpes nodrošināšana un organizēšana”, 10.lpp.

Pieejams: http://www.lrvk.gov.lv/uploads/reviziju-zinojumi/2013/5.1-2-8_2013/Revzinoj_11feb14.pdf (skatīts 10.10.2014.)

¹⁹ Veselības ministrija (30.06.2009.). Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas izplatības ierobežošanas programma 2009.–2013.gadam. Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=3061> (skatīts 28.10.2014.).

infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plāns 2014.–2016.gadam²⁰. Šajā dokumentā attiecībā uz infekcijas slimību izplatību ieslodzījuma vietās identificētas sekojošas problēmas:

- (1) nepietiekama un neregulāra ieslodzījumu vietu darbinieku apmācība par HIV, vīrushepatītu un seksuālās transmisijas infekciju izplatības riskiem un profilaksi;
- (2) ieslodzījuma vietās faktiski nav narkologu un sistemātiska darbības plāna atkarību un infekcijas slimību profilaksei;
- (3) nav iespējams uzsākt narkotisko vielu ilgtermiņa farmakoterapiju ar metadonu ieslodzījuma vietās (no 2012. gada aprīļa ir iespējams ārpus ieslodzījuma vietas uzsākt ilgtermiņa farmakoterapiju ar metadonu turpināt ieslodzījuma vietā);
- (4) uz atkarību novēršanu vērsto nemedikamentozo terapijas programmu (piemēram, Minesotas programma) un atbilstošu uzturošo programmu (piemēram, *Pathfinder*) neesamība ieslodzījuma vietās;
- (5) nepietiekama nevalstisko organizāciju iesaiste ieslodzīto apmācībā par HIV infekcijas, vīrushepatītu un seksuālās transmisijas infekciju izplatības riskiem un profilaksi;
- (6) kaitējuma samazināšanas pasākumu neesamība ieslodzījuma vietās.

Izstrādātā rīcības plāna projekta mērķis ir ierobežot HIV infekcijas, B un C hepatītu un seksuālās transmisijas infekciju izplatību, mazinot inficēšanās riskus sabiedrībā un veicinot šo infekciju gadījumu savlaicīgu diagnostiku un ārstēšanu. Attiecībā uz ieslodzījuma vietām šī mērķa sasniegšanai un iepriekš uzskaitīto problēmu risināšanai ir izvirzīti vairāki uzdevumi un rīcības virzieni:

- (1) organizēt ieslodzījuma vietu darbinieku apmācību un ieslodzījuma vietu ārstniecības personu profesionālo zināšanu pilnveidošanu par HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju un B un C hepatīta profilakses un ārstēšanas jautājumiem;
- (2) izglītēt ieslodzītos par seksuālās transmisijas infekciju, HIV infekcijas, B un C hepatīta profilakses jautājumiem;
- (3) sagatavot priekšlikumus grozījumiem normatīvajos aktos, lai uzlabotu HIV un hepatītu diagnostiku ieslodzītajiem;
- (4) organizēt ieslodzījuma vietu darbinieku apmācību par narkotisko un psihotropo vielu pārdozēšanas profilaksi un ieslodzījuma vietu ārstniecības personu profesionālo zināšanu pilnveidošanu injicējamo narkotisko vielu atkarības jautājumos;
- (5) nodrošināt aprīkojumu ilgstošās farmakoterapijas ar metadonu pieejamības uzlabošanai ieslodzītajiem un uzlabot atkarību ārstēšanu ieslodzījuma vietās (dozatoru metadona izdalīšanai iegāde, papildus narkologu nodarbināšana ieslodzījuma vietās);
- (6) pilnveidot ieslodzīto izmeklēšanu narkotisko un psihotropo vielu lietošanas noteikšanai ieslodzījuma vietās (nodrošināta eksprestestu iegāde narkotisko vielu lietošanas identificēšanai);

²⁰ Veselības ministrija. Projekts „HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plāns 2014.–2016.gadam”. Pieejams:

http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/sabiedribas_lidzdaliba/publiska_apsriesana_hiv_infekcijas_seksualas_transmisijas_in/ (skatīts 29.10.2014.).

- (7) pilnveidot kaitējuma mazināšanas pasākumus ieslodzījuma vietās, veicot ieslodzīto izglītošanu par narkotisko un psihotropo vielu lietošanas sekām un nodrošinot dezinfekcijas līdzekļus un prezervatīvus;
- (8) ieviest Minesotas un *Pathfinder* programmas Olaines cietuma Atkarību centrā.

Jānorāda, ka pētījuma izstrādes laikā, balstoties uz šo rīcības plānu, norisinājās darbs pie „**HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plāna 2015.–2017.gadam**” sagatavošanas.

Veselības ministrijas izstrādātajā un ar 12.03.2013. rīkojumu Nr. 72 apstiprinātajā dokumentā „**Tuberkulozes izplatības ierobežošanas plāns 2013.–2015.gadam**”²¹ ir iekļauti uzdevumi – paplašināt un pastiprināt tuberkulozes profilaksi, agrīnu atklāšanu un ārstēšanu tiešā ārstniecības personas novērošanā, paredzot konkrētas darbības un sasniedzamo rezultātu. Plānā kā rīcības virziens attiecībā uz ieslodzījuma vietām ir norādīta diskusijas veikšana ar Ieslodzījuma vietu pārvaldi par tuberkulozes pacientu aprūpes uzlabošanu ieslodzījuma vietās. Tiek sagaidīts, ka diskusijas rezultātā ieslodzītajiem tiks nodrošināti bakterioloģiskie izmeklējumi tuberkulozes diagnostikai, zāles tuberkulozes ārstēšanai un Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionārā „Tuberkulozes un plaušu slimību centrs” ārstu konsīliji tuberkulozes pacientiem, kā arī ka ik gadu ārstēto tuberkulozes gadījumu skaits ieslodzījuma vietās sasniegs 70.

Apkopojot normatīvā regulējuma un politikas plānošanas dokumentu analīzes rezultātus, secināms, ka laika posmā no 2011. līdz 2013.gadam tika veikti grozījumi vairākos tiesību aktos ar mērķi uzlabot ieslodzīto veselības aprūpi un notikušas šādas izmaiņas:

- ir mainījusies ieslodzīto veselības aprūpes finansēšanas kārtība, dalot atbildību starp Tieslietu ministriju un Veselības ministriju;
- izstrādāta jauna ieslodzīto veselības aprūpes kārtība, ko nosaka 14.01.2014. MK noteikumi Nr. 25 „Noteikumi par apcietināto un notiesāto personu veselības aprūpi ieslodzījuma vietās”;
- ieslodzītajiem ir pieejami kā ambulatorie, tā stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi ārpus ieslodzījuma vietām;
- ieslodzījuma vietu ārstu tiesības ir pietuvinātas brīvībā strādājošo ģimenes ārstu tiesībām;
- ieslodzītie, kuri pirms ieslodzījuma uzsākuši farmakoterapiju ar metadonu, to var turpināt ieslodzījumā;
- ir atsākts darbs pie ieslodzīto veselības aprūpes koncepcijas izstrādes, kas tika pārtraukts 2010. gadā.

Neraugoties uz veiktajiem normatīvo aktu grozījumiem un notikušajām izmaiņām, saglabājas būtiska konceptuāla problēma, kuru raksturo zināms starpresoru konflikts starp Veselības ministriju un Tieslietu ministriju par veselības aprūpes nodrošināšanu ieslodzītajiem. Problēmas būtība ir tajā, ka, no vienas puses, ieslodzīto veselības aprūpei būtu jāiekļaujas kopējā veselības aprūpes sistēmā, kā to paredz arī Eiropas Cietumu noteikumi²², nosakot, ka veselības aizsardzības politika ieslodzījuma vietās ir valsts veselības aizsardzības politikas daļa. Par valsts veselības aizsardzības, veselības aprūpes politiku Latvijā atbildīga ir Veselības ministrija. No otras puses, esošā ieslodzīto veselības aprūpes kārtība paredz dalītu kompetenci un dalītu finansiālo atbildību, kas nozīmē, ka daļēji tā ir Tieslietu ministrijas (konkrēti – Ieslodzījuma vietu pārvaldes) funkcija, daļēji – Veselības ministrijas funkcija (attiecībā uz tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek sniegti ārpus cietumiem).

²¹ Veselības ministrija (12.03.2013.). Tuberkulozes izplatības ierobežošanas plāns 2013.–2015.gadam. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/vmrikp_050313_tbpj.pdf (skatīts 28.10.2014.).

²² Eiropas Padomes Ministru komitejas Ieteikums Rec (2006) Eiropas Cietumu noteikumu 40.2.apakšpunkts.

Abām atbildīgajām ministrijām ir atšķirīga nostāja jautājumā par to, kādai vajadzētu būt atbildības un funkciju sadalei. Veselības ministrijas pārstāvis intervijā pētniekiem pauda viedokli, kas raksturo drīzāk norobežošanos no veselības aprūpes nodrošināšanas ieslodzītajām personām un nevēlēšanās esošajā kārtībā kaut ko mainīt:

“Tas, ka viņiem [ieslodzījuma vietām] ir sava sistēma un šī sistēma ir noslēgta, līdz ar to tā automātiski iepludināt un sajūgt kopā droši vien nebūtu pareizi. Arī pateikt, ka veselības aprūpes sistēmai ir jāpārzina visa medicīna, kas atrodas otrā pusē žogam, ir tīri tehniski problemātiska, jo visa tā specifika to ietekmē. Es domāju, ka tā sistēma priekš Latvijas, priekš Latvijas finansiālām iespējām, manuprāt, vislabākā ne, bet vissliktākā tā nav un ir iespēja saņemt. (...) Protams, ka netiek nodrošināts nevienam tas, kas būtu vislabākais, ne tiem, kas ir ārpusē, ne tiem, kas ir iekšpusē. Es domāju, ka man nav tādu pašreiz ideju, ka vajadzētu kaut ko revolucionāri mainīt.”

Savukārt IeVP kā Tieslietu ministrijas padotības iestādes nostāja ir pretēja, uzsverot, ka, viņuprāt, ieslodzīto veselības aprūpei vajadzētu pilnībā būt Veselības ministrijas atbildībai, kā arī nepietiekamos finanšu līdzekļus veselības aprūpes funkcijas pilnvērtīgai nodrošināšanai:

“(...) mūsu valstī ir tā, ka pirms tam viņš bija pacients, ārā izejot viņš ir pacients, kāpēc cietumā viņš nav pacients? Te viņam ģimenes ārsts pēkšņi zūd. Tas arī laikam nav pareizi. Tā ir sistēmiska pieeja? Man te ir daudz jautājumu, tādi, kas nav ērti Veselības ministrijai.”

“Liela daļa problēmas slēpjas arī tajā, kāpēc vispār ar atkarībām, ar veselību iet diezgan štruntīgi, ir tas, ka Veselības ministrija ļoti ilgi uzskatīja, ka ieslodzītie nav sabiedrības locekļi, tie ir kaut kādi marsieši, viņiem nekas nav jādod. Protams, ka Tieslietu ministrija budžeta dalīšanā, ņemot vērā, ka ministrija ar ārstniecību nenodarbojas un arī Ieslodzījuma pārvalde ar ārstniecību pa taisno nenodarbojas, budžets veselībai tikai vienmēr iedalīts ļoti smieklīgā apmērā.”

“(...) katram ir jānodarbojas ar to, ar ko ir jānodarbojas. Manuprāt, cietumu sistēmai nav jānodarbojas ne ar izglītību, ne ar veselības aprūpi, bet ar to jānodarbojas – ar veselības aprūpi nodarbojas poliklīnikas un slimnīcas, ar izglītību nodarbojas skolas utt.”

6.2. Normatīvais un politikas regulējums narkotisko un psihotropo vielu izplatības ierobežošanai

6.2.1. Normatīvie akti

Kopš 2013. gada 1. aprīļa ir notikušas būtiskas izmaiņas **“Krimināllikumā”** par kriminālsoda piemērošanu narkotisko un psihotropo vielu lietošanas gadījumā. Jaunā norma paredz, ka persona, kura ir apsūdzēta pēc 253.² panta pirmās daļas var tikt sodīta ar īslaicīgu brīvības atņemšanu (15 līdz 30 dienas) vai ar piespiedu darbu, vai ar naudas sodu. Līdz ar šiem grozījumiem brīvības atņemšana kā soda sankcija par narkotisko vielu neatļautu lietošanu, iegādāšanos un glabāšanu personīgajām vajadzībām no Krimināllikuma tika izslēgta. Pētījumā intervēto ekspertu vērtējumā šīs izmaiņas ir viens no faktoriem, kas varētu nākotnē samazināt narkotiku izplatību cietumos, jo tas nozīmē, ka nākotnē pakāpeniski samazināsies narkotiku lietotāju īpatsvars ieslodzījuma vietās.

Latvijā kontrolējamo narkotisko vielu un psihotropo vielu sarakstus nosaka **08.11.2005. MK noteikumi Nr. 847 „Noteikumi par Latvijā kontrolējamajām narkotiskajām vielām, psihotropajām vielām un prekursoriem”**, kas izstrādāti saskaņā ar Apvienoto Nāciju Organizācijas „Vienoto Konvenciju par narkotiskajām vielām” (1961), „Konvenciju par psihotropām vielām” (1971) un „Konvenciju pret narkotisko un psihotropo vielu nelegālu apriti” (1988). Kontroles pasākumi attiecas ne tikai uz sarakstos iekļautajām narkotiskajām un psihotropajām vielām, bet arī uz to

atvasinājumiem, izomēriem, esteriem, ēteriem un sāļiem, kā arī zālēm, kas satur minētajos sarakstos iekļautās narkotiskās un psihotropās vielas.

Kontrolējamo narkotisko vielu un psihotropo vielu saraksti ir vairākkārt papildināti ar aprītē esošām, iepriekš sarakstos neiekļautām psihoaktīvām vielām. Pēdējie šo noteikumu grozījumi stājās spēkā 2013. gada 23. februārī, iekļaujot noteikumu pirmajā pielikumā – „Aizliegtās sevišķi bīstamās narkotiskās vielas, tām pielīdzinātās psihotropās vielas un augi, kuru nelegāla aprīte un ļaunprātīga lietošana apdraud veselību” – 17 jauno psihoaktīvo vielu ķīmisko grupu pamatformulas un vielu aprakstus, tādējādi aizliedzot vielas pēc ģenēriskās sistēmas principa. Sagatavotajās pamatformulās tika ietvertas visas uz to brīdi zināmās aprītē esošās jaunās psihoaktīvās vielas, kā arī daļa no tām vielām, kas varētu tikt sintezētas no jauna ar paredzamu psihoaktīvo iedarbību.

06.12.2005. MK noteikumi Nr. 918 „Apcietināto un notiesāto personu apsekošanas kārtība ieslodzījuma vietās, lai konstatētu, vai tās ir lietojušas alkoholu, narkotiskas vai psihotropas vielas” paredz kārtību gadījumos, ja ieslodzījuma vietas darbiniekam ir radušās aizdomas par to, ka ieslodzītais ir lietojis alkoholu, narkotiskās vai psihotropās vielas. Tā noteikumu 3. pants nosaka, ka gadījumā, ja radušās aizdomas par alkohola lietošanu, ieslodzītā pārbaudei izmanto portatīvo alkohola koncentrācijas noteikšanas mēraparātu (alkometru), pārbaudi veicot divas reizes ar 20 minūšu intervālu. Savukārt gadījumā, ja ir aizdomas par narkotisko vai psihotropo vielu lietošanu, izmanto testus narkotisko un psihotropo vielu ātrai noteikšanai bioloģiskajās vidēs (4. pants). Ja narkotisko un psihotropo vielu ātrās noteikšanas testa rezultāti ir pozitīvi, turpmākā pārbaude notiek normatīvajā aktā par alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu ietekmes pārbaudi paredzētajā kārtībā (9. pants).

Noteikumi paredz – konstatējot, ka ieslodzītais lietojis alkoholu, narkotiskās vai psihotropās vielas, ieslodzījuma vietas darbinieks sastāda protokolu, ko pievieno lēmumam par ieslodzītā disciplināro sodīšanu (10. pants). Protokols tiek sastādīts arī tajos gadījumos, kad ieslodzītais ir atteicies veikt pārbaudes.

6.2.2. Politikas plānošanas dokumenti

Attiecībā uz narkotisko un psihotropo vielu izplatības ierobežošanu šobrīd spēkā ir Iekšlietu ministrijas izstrādātais un ar 14.03.2011. MK rīkojumu Nr. 98 apstiprinātais plānošanas dokuments „*Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017. gadam*”²³.

Pamatnostādnēs attiecībā uz narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības ierobežošanu un kontroli ieslodzījuma vietās identificētas sekojošas problēmas:

- (1) kopumā vāji tiek realizēta selektīvā narkotiku lietošanas un narkomānijas izplatības profilakse, to starp arī ieslodzīto vidū;
- (2) narkotiku lietošanas un narkomānijas izplatības profilakses aktivitāšu, kas paredzētas valsts programmā, darbības rezultāti ieslodzījuma vietās nav sasniegti, bet to nepieciešamība ir saglabājusies, jo narkotiku lietotāju un atkarīgo skaits ieslodzījuma vietās pastāvīgi pieaug;
- (3) nav izstrādātas un ieslodzījuma vietās ieviestas uz zinātniskiem principiem balstītas programmas ne attiecībā uz ieslodzīto ilgtermiņa ārstēšanu un rehabilitāciju, ne arī attiecībā uz narkotiku lietošanas sociālo un bioloģisko seku profilaksi;

²³ Iekšlietu ministrija (14.03.2011.). Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017. gadam. Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/docSearch.do?searchtype=ows&clearnav=true> (skatīts 29.10.2014.).

- (4) spēkā esošā kriminālsodu politika un tās īstenošanas prakse kontekstā ar ieslodzīto narkotiku lietotāju un atkarīgo personu veselības aprūpes problēmām ieslodzījuma vietās neveicina personu, kuras noziedzīgos nodarījumus izdarījušas narkotiku atkarības dēļ, resocializāciju un pievēršanos narkomānijas ārstniecības programmām;
- (5) piegādes ieslodzījuma vietās veidu un metožu īpatnības un dažādība prasa pastāvīgus speciālus pasākumus ieslodzījuma vietu personāla un atbilstoša aprīkojuma nodrošināšanā.

Iepriekš minēto problēmu risināšanai pamatnostādnēs izvirzīti vairāki uzdevumi un rīcības virzieni:

- (1) veikt ieslodzījuma vietu darbinieku un nevalstisko organizāciju pārstāvju informēšanu par narkotiku pārdozēšanas profilaksi;
- (2) izstrādāt un īstenot ieslodzīto personu veselības aprūpes koncepciju, tajā skaitā paredzot arī narkotiku atkarīgo personu farmakoloģiskās ārstniecības nodrošināšanas un narkotiku lietošanas sociālo un bioloģisko seku mazināšanas risinājumu īstenošanu;
- (3) nodrošināt ieslodzījuma vietas ar līdzekļiem un personālu narkotisko vielu lietošanas atklāšanai un noteikšanai (skeneri personu pārbaudei, rentgena aparāti pienesumu un sūtījumu pārbaudei, pietiekams skaits narkotiku lietošanas noteikšanas eksprestestu);
- (4) izstrādāt grozījumus Krimināllikumā, paredzot brīvības atņemšanas soda sankcijas izslēgšanu no Krimināllikuma par neatļautu narkotiku lietošanu, iegādāšanos un glabāšanu personīgajām vajadzībām.

Kā liecina Iekšlietu ministrijas sniegtā informācija, jau šobrīd (pētījuma īstenošanas laikā) ir iespējams norādīt uz vairāku uzdevumu īstenošanu un izpildi:

- narkotiku atkarības farmakoloģiskā ārstniecība ieslodzījuma vietās personām, kuras to uzsākušas pirms nokļūšanas ieslodzījuma vietā, tiek nodrošināta un ir pieejama kopš 2012. gada aprīļa;
- Tieslietu ministrija sadarbībā ar Veselības ministriju ir atsākusi darbu pie ieslodzīto personu veselības aprūpes koncepcijas izstrādes (tiesa, tai vajadzēja būt izstrādātai jau līdz 2012. gada 30. jūnijam);
- kā jau iepriekš norādīts, ar 2013. gada aprīli stājās spēkā grozījumi Krimināllikumā, kas paredz brīvības atņemšanas soda sankcijas nepiemērošanu personām par narkotisko vai psihotropo vielu neatļautu iegādāšanos vai glabāšanu nelielā apmērā bez nolūka tās realizēt vai narkotisko vai psihotropo vielu neatļautu lietošanu (253.² panta pirmā daļa) – par to var sodīt ar īslaicīgu brīvības atņemšanu vai ar piespiedu darbu, vai ar naudas sodu, bet ne vairs ar brīvības atņemšanu uz laiku līdz diviem gadiem.

Starp nozīmīgākajiem plānošanas dokumentiem narkotisko vielu izplatības mazināšanas jomā jāmin Tieslietu ministrija izstrādātā jaunā „*Ieslodzījuma vietu infrastruktūras attīstības koncepcija*”²⁴, kas stājās spēkā ar 12.02.2013. MK rīkojumu Nr. 50. Koncepcijā identificētas šādas galvenās problēmas:

- esošā ieslodzījuma vietu infrastruktūra ir neefektīva, tās uzturēšana prasa ievērojamus līdzekļus un daudzskaitlīgu personālu;
- ieslodzījuma vietu infrastruktūra neatbilst starptautisko un nacionālo institūciju izvirzītajām cilvēktiesību un drošības prasībām;
- esošā infrastruktūra neļauj veiksmīgi īstenot ieslodzīto resocializāciju;

²⁴ Tieslietu ministrija (12.02.2013.). Ieslodzījuma vietu infrastruktūras attīstības koncepcija. Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=4244> (skatīts 29.10.2014.).

- IeVP iepriekšējo gadu finansējumā nav paredzēta esošo ieslodzījuma vietu infrastruktūras uzturēšana un atjaunošana nepieciešamā apjomā.

Problēmu risinājums ir jaunas cietumu infrastruktūras sistēmas izveide, būvējot jaunus cietumus. koncepcija paredz, ka jaunas cietumu infrastruktūras sistēmas izveide, būvējot jaunus cietumus, ierobežos narkotisko vielu un alkohola izplatību ieslodzījuma vietās. Proti, koncepcijā norādīts, ka īstenotās politikas rezultāts būs konfiscēto narkotisko vielu un alkohola daudzuma samazinājums. Plānots būvēt Olaines cietumu (multifunkcionāls, 1200), Kurzemes cietumu (multifunkcionāls, 1200 vietas), Centrālcietumu (izmeklēšanas, 1200 vietas), Daugavpils cietumu (multifunkcionāls, 1200 vietas), kā arī Cēsu audzināšanas iestāde nepilngadīgajiem (250 vietas). Laika gaitā ir pieļaujamas atkāpes no plānotā jauno cietumu lieluma (ieslodzīto vietu skaita) un to skaita, jo tiem jāatbilst aktuālajām noziedzības tendencēm un ieslodzīto skaitam. Pētījuma īstenošanas laikā Liepājā tika uzsākta Kurzemes cietuma būvniecības projekta īstenošana.

„Ieslodzījuma vietu infrastruktūras attīstības koncepcijā” paredzētās ieslodzījuma vietu infrastruktūras ilgtermiņa attīstības ietvaros Olainē, paralēli jauna multifunkcionāla cietuma izveidei un Latvijas Cietumu slimnīcas saglabāšanai, ir plānots izveidot arī Atkarīgo centru. Šāda centra izveidei Eiropas Ekonomikas zonas finanšu instrumenta un Norvēģijas valdības divpusējā finanšu instrumenta finansēto projektu ietvaros 2013. gada 18. septembrī Tieslietu ministrija un Ieslodzījuma vietu pārvalde parakstīja līgumu par projekta *„Jaunas nodaļas izveide Olaines cietumā, ieskaitot būvniecību un personāla apmācību”* īstenošanu, kura mērķis ir izveidot sistēmu darbam ar atkarīgajiem ieslodzītajiem. Projekta ietvaros ir plānots apmācīt 240 darbiniekus, pilnveidojot viņu zināšanas par specifiku darbā ar atkarīgajām personām, projektēt un uzbūvēt Olaines cietumā jaunu cietuma korpusu – Atkarību centru – ar 200 vietām un īstenot atkarību mazināšanas resocializācijas pasākumus ieslodzītajiem ar atkarības problēmām. Projekts ilgs līdz 2016. gada 30. aprīlim.

Apkopojot normatīvā regulējuma un politikas plānošanas dokumentu analīzes rezultātus saistībā ar narkotisko un psihotropo vielu izplatības ierobežošanu ieslodzījuma vietās, secināms, ka kopš 2010. gadā veiktā pētījuma ir notikušas šādas izmaiņas:

- ir izstrādāti grozījumi normatīvajā regulējumā, paredzot brīvības atņemšanas soda sankcijas likvidēšanu par neatļautu narkotiku lietošanu, iegādāšanos un glabāšanu personīgajām vajadzībām;
- vairākkārt ir papildināti kontrolējamo narkotisko vielu un psihotropo vielu saraksti ar aprītē esošām, iepriekš sarakstos neiekļautām psihoaktīvām vielām;
- ir izstrādāt jauna ieslodzījuma vietu infrastruktūras attīstības koncepcija, kas paredz ievērot tādas cietumu būvniecības principus, kas ir vērsti uz atkarības vielu izplatību ierobežošanu ieslodzījuma vietās.

Secinājumi un priekšlikumi

Pētījuma rezultātu secinājumu daļā ir apkopotas galvenās atziņas par visiem pētījumā aptvertajiem jautājumiem, novērtētas notikušās izmaiņas salīdzinājumā ar 2010. gadā veikto pētījumu, kā arī sniegti priekšlikumi turpmākajai darbībai psihoaktīvo vielu un ar to lietošanu saistīto infekcijas slimību izplatības ierobežošanai ieslodzījuma vietās.

Politikas plānošana un normatīvais regulējums

Apkopojot normatīvā regulējuma un politikas plānošanas dokumentu analīzes rezultātus, secināms, ka laika posmā no 2011. līdz 2013. gadam ir veikti grozījumi vairākos tiesību aktos ar mērķi uzlabot ieslodzīto **veselības aprūpi**. Būtiskākās izmaiņas kopš 2010. gada:

- ir mainījusies ieslodzīto veselības aprūpes finansēšanas kārtība, dalot atbildību starp Tieslietu ministriju un Veselības ministriju;
- izstrādāta jauna ieslodzīto veselības aprūpes kārtība – ieslodzītajiem ir pieejami kā ambulatorie, tā stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi ārpus ieslodzījuma vietām;
- ieslodzījuma vietu ārstu tiesības ir pietuvinātas brīvībā strādājošo ģimenes ārstu tiesībām;
- ieslodzītie, kuri pirms ieslodzījuma uzsākuši farmakoterapiju ar metadonu, to var turpināt ieslodzījumā;
- ir atsākts darbs pie ieslodzīto veselības aprūpes koncepcijas izstrādes, kas tika pārtraukts 2010. gadā.

Izmaiņas ieslodzīto veselības aprūpes kārtībā un atbildības sadalījumā par ieslodzīto veselības aprūpi starp Tieslietu ministriju un Veselības ministriju virza Latviju tuvāk starptautisko organizāciju ieteikumam veselības aprūpes nodrošināšanu ieslodzītajiem organizēt vispārējās veselības aprūpes ietvaros, tādējādi nodrošinot ieslodzītajiem maksimāli tādas pašas tiesības un iespējas kā pārējiem sabiedrības locekļiem veselības aprūpes jomā. Neraugoties uz normatīvā regulējuma grozījumu rezultātā paredzamajām pozitīvajām izmaiņām, joprojām aktuālas ir Tieslietu ministrijas un Veselības ministrijas domstarpības par ieslodzīto veselības aprūpes institucionālo atbildību, kuru risināšana ietekmēs veselības aprūpes kvalitāti ieslodzītajiem.

Ieteikums: Pilnveidot starpinstitucionālo sadarbību politikas plānošanas jomā starp Tieslietu ministriju un Veselības ministriju, sniedzot institucionālu un informatīvu atbalstu Tieslietu ministrijai ieslodzīto veselības aprūpes koncepcijas izstrādē.

Ieteikums: Turpināt atbildīgo valsts institūciju, nevalstisko organizāciju un ekspertu diskusiju par metadona programmas uzsākšanas lietderīgumu, priekšrocībām un trūkumiem Latvijas ieslodzījuma vietās.

Apkopojot normatīvā regulējuma un politikas plānošanas dokumentu analīzes rezultātus saistībā ar **narkotisko un psihotropo vielu izplatības ierobežošanu** ieslodzījuma vietās, secināms, ka kopš 2010. gadā veiktā pētījuma ir notikušas šādas izmaiņas:

- ir izstrādāti grozījumi normatīvajā regulējumā, paredzot brīvības atņemšanas soda sankcijas likvidēšanu par neatļautu narkotiku lietošanu, iegādāšanos un glabāšanu personīgajām vajadzībām;
- vairākkārt ir papildināti kontrolējamo narkotisko vielu un psihotropo vielu saraksti ar aprītē esošām, iepriekš sarakstos neiekļautām psihoaktīvām vielām;

- ir izstrādāt jauna ieslodzījuma vietu infrastruktūras attīstības koncepcija, kas paredz ievērot tādus cietumu būvniecības principus, kas ir vērsti uz atkarības vielu izplatību ierobežošanu ieslodzījuma vietās.

Notikušās izmaiņas ir pārāk nenas, lai jau būtu radījušas ietekmi uz narkotiku izplatību ieslodzījuma vietās, tāpēc būtiski ir turpināt monitorēt situāciju narkotiku izplatības jomā cietumos. Izmaiņas Krimināllikumā, kas atceļ brīvības atņemšanas sodu par narkotiku neatļautu lietošanu, paredz, ka nākotnē vajadzētu samazināties narkotiku lietotāju īpatsvaram ieslodzījuma vietās, attiecīgi samazinoties arī pieprasījuma pēc psihoaktīvajām vielām. Tāpat pozitīva attīstība ir sagaidāma cietumu infrastruktūras sakārtošanas jomā, kas saistītas gan ar Liepājā jauncelāmā Kurzemes cietuma būvniecības uzsākšanu, gan Atkarīgo centra izveidi Olainē. Abās ieslodzījuma vietu struktūrvienībās ir paredzēts ievērot būvniecības principus, kas ir vērsti uz narkotiku izplatības maksimālu ierobežošanu, t.sk., veidojot no narkotikām brīvas vienības.

Ieteikums: Turpināt uzsāktu darbu cietumu infrastruktūras sakārtošanā, piesaistot ne tikai valsts budžeta līdzekļus, bet arī ārvalstu finanšu instrumentus, kā tas ir izdevies ar Tieslietu ministrijas un Norvēģijas valdības divpusējā finanšu instrumenta atbalstītā un IeVP īstenotā projekta „Jaunas nodaļas izveide Olaines cietumā, ieskaitot būvniecību un personāla apmācību” gadījumā.

Narkotisko un psihotropo vielu izplatība un lietošana ieslodzījuma vietās

Salīdzinot viedokļus par narkotiku izplatības un lietošanas problemātiku Latvijas cietumos ar 2010. gada pētījumu, jāsecina, ka ir vērojams **progress problēmas atzīšanas jomā**. Proti, gan IeVP vadība un pārstāvji, gan Tieslietu un Iekšlietu ministriju pārstāvji, gan arī intervētie nevalstisko organizāciju pārstāvji atzina, ka narkotisko un psihotropo vielu pieejamība un lietošana ieslodzījuma vietās ir nozīmīga problēma. Par problēmas atzīšanu liecina arī ieslodzījuma vietu darbinieku aptaujas rezultāti: 2010. gadā 78% darbinieku norādīja, ka, viņuprāt, ieslodzītie lieto narkotikas, tad 2014. gadā šādu viedokli pauduši 92% no aptaujātajiem dažāda līmeņa darbiniekiem.

Kopumā, **salīdzinot situāciju narkotiku izplatības jomā 2010. gadā un 2014. gadā, secināms, ka būtiskas izmaiņas nav notikušas**. Ņemot vērā, ka šajā periodā, kad Latvijas valsts atguvās no ekonomiskās krīzes, nevarēja tikt īstenoti būtiski uzlabojumi ieslodzījuma vietu infrastruktūras sakārtošanā, šāds rezultāts – situācijas nepasliktināšanās – ir vērtējams pozitīvi. Vienlaikus jāuzsver, ka ir nepieciešams īstenot virkni pasākumu, lai situācija mainītos pozitīvā virzienā. Diemžēl pastāv būtiski finanšu resursu ierobežojumi kompleksas rīcības nodrošināšanai, ar to saprotot gan ieslodzījuma vietu darbinieku apmācību, gan cietumu infrastruktūras uzlabošanu, jaunu cietumu būvniecību, kaitējuma mazināšanas programmu ieviešanu.

Salīdzinājumā ar 2003., 2010. gada pētījuma rezultātiem ir palielinājies to ieslodzīto skaits, kuri ir notiesāti par nodarījumiem saistībā ar narkotikām (attiecīgi 8%, 21% un 32%). Vienlaikus ir sarucis narkotiku lietotāju īpatsvars to notiesāto vidū, kuri izcieš sodu par noziegumiem saistībā ar narkotikām – ja 2010. gadā tādu bija 84%, tad 2014. gadā par 7% mazāk.

Salīdzinot 2003., 2010. un 2014. gadā ieslodzījuma vietās veikto pētījumu rezultātus, secināms, ka kopumā to **notiesāto, kuriem ir narkotiku lietošanas pieredze ieslodzījumā, īpatsvaram nav tendence mainīties**. 2014. gada pētījuma rezultāti rāda, ka jebkad ieslodzījumā narkotikas lietojis vidēji katrs trešais notiesātais (32%), pēdējā gada laikā – vidēji katrs sestais notiesātais (17%), bet pēdējā mēneša laikā – vidēji katrs trīspadsmitais notiesātais (9%).

Līdsas Atkarības (*Leeds Dependence Questionnaire – LDQ*) testa rezultāti atklāj, ka tikai trešdaļai notiesāto (38%) nav psiholoģiskas atkarības. 50% notiesāto, iespējams, ir vieglas atkarības problēmas (1-10 punkti LDQ skalā), 10% notiesāto ir vidējas atkarības problēmas (11-20 punkti), bet 2% notiesāto ir smagas atkarības problēmas (21-30 punkti). Biežāk atkarības problēmas novērojamas to notiesāto vidū, kuri jebkādas nelegālās narkotikas vai jebkādas vielas lietojuši ieslodzījumā pēdējā mēneša laikā.

Svarīgs rādītājs ir tas, ka **divām trešdaļām ieslodzījuma vietu darbinieku darba pienākumu veikšanu traucē narkotiku (69%) un alkohola (66%) lietošana ieslodzīto vidū**, turklāt šādu darbinieku īpatsvars, salīdzinājumā ar 2010. gada aptaujas datiem, ir palielinājies (attiecīgi par 12% un 8%).

Pētījuma rezultātā jāsecina, ka diemžēl **cietumu vide nesekmē narkotiku lietošanas pārtraukšanu**. Svarīgs faktors ir neapmierinošā ieslodzījuma vietu infrastruktūra kopumā – telpu stāvoklis, kameru lielums, grūtības nošķirt narkotiku lietotājus no tiem, kas nelieto narkotikas vai vēlas pārtraukt to darīt. Aptaujas dati parādīja, ka neatkarīgi no narkotisko un psihotropo vielu lietošanas pieredzes, 42% notiesāto personu apstiprina – ja narkotikas ir lietotas pirms brīvības atņemšanas, tad arī ieslodzījuma vietā to lietošana tupināsies. Pārējo notiesāto vidū ir vienlīdz daudz tādu, kuri uzskata, ka narkotikas ieslodzījuma vietā uzsāk lietot (19%), un tādu, kuri uzskata, ka tās pārstāj lietot (18%).

To, ka **uzturēšanās ieslodzījuma vietās vairāk stimulē nevis attur no narkotiku lietošanas**, apstiprināja statistiski nozīmīgas atšķirības, salīdzinot narkotiku lietotāju un neliidotāju atbildes. Respondenti, kuri ieslodzījuma vietā pēdējā mēneša laikā lietojuši narkotikas, ievērojami biežāk apstiprina to, ka narkotiku lietošana ieslodzījuma vietās tiek turpināta (tā domā 63% lietotāju un 40% neliidotāju) vai tiek uzsākta (28% pret 18%), nevis tiek pārtraukta (3% pret 19%).

Kā nozīmīgākos **iesmeslus, kas veicina narkotiku lietošanu ieslodzījuma vietās**, gan ieslodzījuma vietu darbinieki, gan **notiesātās personas norāda atkarību, stresu, vienveidīgu dienas ritmu un izmisumu, bezcerību**. Notiesāto personu vērtējumā arī tādi iesmesli kā garlaicība, sakarīgu laika pavadīšanas veidu trūkums un problēmas ģimenē veicina narkotiku lietošanu cietumā. Savukārt ieslodzījuma vietu darbinieki uzskata, ka narkotiku lietošanu veicina ietekmēšana no citu ieslodzīto puses un iespēja to darīt kompānijas pēc.

Ekspertu vērtējumā iesmesli psihoaktīvo vielu pieejamībai un lietošanai ieslodzījuma vietās ir **jāskata kompleksi**, tie ir:

- ieslodzījuma vietu infrastruktūra – ēku dislokācija pilsētvidē, neapmierinošs iekštelpu stāvoklis, pārpildītas kameras;
- nepietiekamas tehniskās pārbaudes – personu pārmeklēšana, somu pārbaude u.tml., ienākot cietumā;
- ieslodzījuma vietu vadības stils un darbinieku loma narkotiku izplatības jomā;
- zemais ieslodzījuma vietu darbinieku atalgojums kombinācijā ar cilvēcisko faktoru;
- liela nozīme ir arī darbinieku profesionalitātei – viņu izglītībai, motivācijai, izpratnei par ieslodzījuma vietas darbības jēgu, profesionālajām apmācībām;
- nodarbinātības iespēju trūkums ieslodzītajiem;
- nepietiekamas saturīgas brīvā laika pavadīšanas iespējas.

Veicot integrētu iegūto datu analīzi, secināms, ka ieslodzījuma vietās, kurās ir iespējams iesaistīties dažādās aktivitātēs (nodarbinātība, apmācība, saimnieciskā apkalpe, NVO organizēti pasākumi) ir mazāks narkotiku lietotāju īpatsvars. Šobrīd tikai nelielai daļai notiesāto cietumā ir iespēja veikt kādu algotu darbu. 2014. gadā par samaksu ir nodarbināti nedaudz vairāk kā viena trešā daļa notiesāto

personu (38%) – no tiem 21% notiesāto ir nodarbināti pie komersanta, bet 17% notiesāto ir nodarbināti saimnieciskā apkalpē. Tomēr, salīdzinājumā ar 2010. gadu, situācija ir uzlabojusies – četru gadu laikā nodarbināto notiesāto skaits pieaudzis par 14%. Tāpat ir palielinājusies notiesāto iesaiste citās aktivitātēs. Ja 2010. gada 48% notiesāto piedalījās šādās aktivitātēs, tad 2014. gadā to darīja jau divas trešdaļas notiesāto (68%).

Ieteikums: Pēc iespējas pilnveidot un paplašināt dažādas aktivitātes ieslodzītajiem atkarībā no ieslodzījuma režīma – attīstīt nodarbinātības aktivitātes sadarbībā ar komersantiem, izglītošanās iespējas (t.sk. latviešu valodas apguves nodarbības, jo cietumu vidē ir vērojama spēcīga rusifikācija), arodu apgūšanas iespējas, paplašināt ieslodzīto iesaisti saimnieciskajā apkalpē. Ieslodzījuma vietām turpināt sadarbību ar nevalstiskajām organizācijām, kuras ir motivētas strādāt ar ieslodzītajiem un iesaistīties kopējās resocializācijas īstenošanā.

Ieteikums: Turpināt iesākto darbu saistībā ar jaunu cietumu būvniecību, ievērojot tādas principus, kas ir vērsti uz atkarības vielu izplatību ierobežošanu ieslodzījuma vietās.

Visbiežāk notiesātie ieslodzījumā lietojuši marihuānu vai hašišu – to jebkad ieslodzījumā lietojuši 26% notiesāto. Nākamās biežāk minētās vielas (vai vielu grupas), ko notiesātie lietojuši ieslodzījumā ir pretsāpju un nomierinošie līdzekļi (22%), amfetamīni (18%) un jaunās psihoaktīvās vielas (18%). 10% notiesāto lietojuši heroīnu, 8% – citus opiātus, 7% – ekstazī un 4% – kokaīnu. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, nav atšķirību dažādu narkotisko vielu lietošanā notiesāto vidū jebkad ieslodzījumā.

Vērtējot motīvus, kas var likt ieslodzītajiem pārtraukt narkotiku lietošanu ieslodzījuma vietās, gan ieslodzījuma vietu darbinieki, gan notiesātās personas kā svarīgākos minējuši pašu ieslodzīto apzinātu vēlēšanos pārtraukt narkotiku lietošanu un naudas trūkumu. Notiesāto personu vērtējumā arī veselības problēmas var likt viņiem pārtraukt narkotiku lietošanu. Savukārt ieslodzījuma vietu darbinieki uzskata, ka ieslodzītos pārtraukt narkotiku lietošanu var mudināt arī bailes zaudēt pirmstermiņa atbrīvošanas iespējas un ilgstošas grūtības iegūt narkotikas.

Kā liecina 2003., 2010. un 2014. gada aptauju rezultāti, ieslodzījuma vietās salīdzinoši biežāk nekā brīvībā narkotikas tiek lietotas tās injicējot, turklāt lielākā daļa aptaujāto darbinieku (76%) un notiesāto personu (75%) uzskata, ka **intravenozo narkotiku lietotāji ieslodzījuma vietās bieži mēdz izmantot kopīgas šļirces.**

Apgalvojumam, ka dezinfekcijas līdzekļi (hlors vai sadzīves ķīmija) konkrētajā ieslodzījuma vietā ir viegli pieejami šļirču dezinfekcijas nolūkiem piekrīt 43% ieslodzījuma vietu darbinieku un 56% notiesāto personu. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, **jāpieņem, ka dezinfekcijas līdzekļu pieejamība ir uzlabojusies** – ja 2010. gadā šim apgalvojumam piekrita 34% darbinieku un 48% notiesāto, tad 2014. gadā tam piekrīt par 8-9% vairāk respondentu. Iespējams, tas liecina par informētības pieaugumu ieslodzīto vidū par dezinfekcijas nozīmi slimību profilaksei.

Ieteikums: Neraugoties uz to, ka šobrīd Latvijas ieslodzījuma vietu infrastruktūras stāvoklis, darbinieku profesionālās sagatavotības līmenis, finanšu resursu trūkums liedz ieviest šļirču apmaiņas programmas vai nodrošināt dezinfekcijas līdzekļu pieejamību, ir nepieciešams turpināt ieslodzīto izglītošanu par šiem jautājumiem, kas ir būtisks infekcijas slimību profilakses pasākums.

Infekcijas slimību izplatība un garīgā veselība ieslodzīto vidū

Ekspertu vērtējumā pēdējos četros gados (kopš 2010. gada pētījuma) situācija infekcijas slimību izplatības jomā ieslodzījuma vietās būtiski nav mainījusies. Infekcijas slimību transmisiju ieslodzījuma vietās ietekmē šādi faktori:

- liels cilvēku skaits slēgtās un izolētās telpās (īpaši tas attiecas uz kamerām, kurās pastāvīgi atrodas līdz pat 30 ieslodzītajiem);
- ierobežotas iespējas izolēt inficētos ieslodzītos no neinficētajiem;
- pastāvīgs cilvēka-cilvēka kontakts;
- neapmierinoši higiēnas apstākļi (piemēram, viena skuvekļa lietošana);
- narkotiku lietošanas paradumi (piemēram, vienas šļirces lietošana, šļirču nedezinficēšana u.tml.);
- nedroši seksuālie kontakti (prezervatīvu trūkums), kas palielina asins transmisiju ceļā iegūstamo slimību risku;
- ieslodzīto kopējā slimības vēsture un imūnsistēmas neapmierinošais stāvoklis (visbiežāk ieslodzītie slimo ar vairāk kā vienu slimību, raksturīgas ir dažādas hroniskās slimības u.tml.);
- vardarbība ieslodzīto vidū (piemēram, kautiņi, miesas bojājumu nodarīšana);
- zemāks ieslodzīto izglītības līmenis (viens no ekspertiem norādīja uz pastāvošo korelāciju starp izglītības līmeni un veselības stāvokli).

Saskaņā ar pētījuma rezultātiem ar dažādām infekcijas slimībām dzīves laikā slimojuši vai arī patlaban slimo kopumā 41% notiesāto. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, to **notiesāto īpatsvars, kuri atzīst, ka ir slimojuši vai pašlaik slimo ar kādu infekcijas slimību, nav mainījies**. 17% notiesāto norāda, ka ir inficēti ar hepatītu C, 7% notiesāto min, ka ir inficēti ar HIV/AIDS, 6% norāda, ka dzīves laikā ir slimojuši vai šobrīd slimo ar tuberkulozi, 5% – ar hepatītu B un 3% – ar seksuāli transmisīvajām slimībām. **Reālie saslimstības rādītāji ar infekcijas slimībām visticamāk ir augstāki**. Par to liecina arī konstatētās atšķirības starp aptaujas datiem un IeVP un SPKC apkopoto statistiku par saslimstību ar HIV²⁵. Atbilstoši statistikas datiem 2013. gadā no ieslodzījumā esošām 5139 personām – gan notiesātām, gan aizturētām – ar HIV inficēti bija 662 ieslodzītie jeb 13%. Attiecībā uz HCV ir grūtāk noteikt reālo situāciju, jo ieslodzīto testēšana uz HCV notiek tikai gadījumos, kad ir inficēšanās ar HCV simptomi. 2012. gadā veiktie eksprestesti uz HCV ir bijuši pozitīvi 34,2% gadījumu (absolūtajos skaitļos - 1066/365, SPKC dati), kas liecina par augstu HCV izplatību ieslodzīto vidū.

Viens no galvenajiem pasākumiem infekcijas slimību izplatības mazināšanai būtu ieslodzījuma vietu infrastruktūras sakārtošana, jaunu cietumu būvniecība. Otrs būtisks pasākumu kopums būtu daudzveidīgu kaitējuma mazināšanas pasākumu ieviešana. Taču, ņemot vērā esošās valsts budžeta iespējas, šie risinājumi ir iespējami tikai ilgtermiņā. Šajā kontekstā pozitīvi vērtējamās tās iniciatīvas, kuras ir izdevies uzsākt – jauna cietuma būvniecība Liepājā un Atkarīgo centra izveide Olainē. Tāpēc galvenā uzmanība ir vēršama uz **ieslodzīto informētības līmeņa celšanu, diagnosticēšanu un drošas higiēnas ievērošanu**.

Ieteikums: Īstenot (sadarbībā ar nevalstiskajām organizācijām) ieslodzīto personu informēšanas pasākumus par infekcijas slimību transmisijas veidiem, iespējamajiem profilakses un drošības pasākumiem.

²⁵ Datu salīdzinājums ir tikai indikatīvs, ņemot vērā metodikas atšķirības (aptaujā ir aptverti tikai notiesātie, statistikas dati aptver visus ieslodzītos; aptaujā tiek jautāts par HIV/AIDS, statistika ir par HIV).

Ieteikums: Nodrošināt ieslodzītās personas ar lietošanā drošiem higiēnas līdzekļiem, novēršot, piemēram, situācijas, kad vienu un to pašu skuvekli vai matu dzīšanas aparātu lieto vairākas personas bez iespējas to dezinficēt pirms lietošanas.

Ieteikums: Pilnveidot un paplašināt infekcijas slimību diagnosticēšanas sistēmu un kārtību, īpašu uzmanību pievēršot HCV diagnosticēšanai, kas šobrīd tiek veikta nepietiekamā apmērā. Ņemot vērā, ka inficēšanās ar dažādām infekcijas slimībām notiek atrodoties ieslodzījumā, ieteicama atkārtotu testu veikšana ieslodzījuma laikā.

Lielākā daļa ieslodzījuma vietu darbinieku uzskata, ka viņiem ir augsts vai vidējs risks darbavietā inficēties ar hepatītu B, hepatītu C un HIV/AIDS. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, **darbinieku vidū ir palielinājušās bažas par inficēšanās risku ar HIV/AIDS** – ja 2010. gadā 58% aptaujāto uzskatīja, ka viņiem ir augsts vai vidējs risks inficēties ar HIV/AIDS, tad 2014. gadā tā uzskata 70% aptaujāto. Aptaujas rezultāti rāda, ka, neskatoties uz darbinieku augsto pašvērtējumu par savām zināšanām par HIV/AIDS, hepatītu B un hepatītu C, **ne vienmēr viņi spēj tās pielietot praksē.**

Ieteikums: Infekcijas slimību regulāra diagnosticēšanas testu veikšana ieteicama arī ieslodzījuma vietu darbiniekiem, kuriem ir paaugstināts inficēšanās risks.

Lielākā daļa aptaujāto ieslodzījuma vietu darbinieku (61%) **informāciju par infekcijas slimībām ieguvusi no dažādiem plašsaziņas līdzekļiem – radio, TV, laikrakstiem, žurnāliem vai interneta.** 30% respondentu, lai iegūtu informāciju par infekcijas slimībām, ir lasījuši speciālo literatūru, bet 29% respondentu – apmeklējuši dažādas apmācību programmas (IeVP mācību centrā, augstskolā vai ārstu apmācībā). Vēl par informācijas avotu respondentiem kalpojusi arī ieslodzījuma vietu medicīnas daļa (12%), kā arī kolēģi (8%).

Ieteikums: Regulārai zināšanu atjaunošanai par infekcijas slimību riskiem ir būtiska nozīme kopējā profilakses sistēmām, tāpēc ieteicams pilnveidot ieslodzījuma vietu darbinieku apmācību sistēmu un kārtību par infekcijas slimību riskiem (ieteicams, obligātais apmācības kurss jauniešiem darbiniekiem stājoties darbā, kā arī rīzi trīs četros gados atkārtoti informatīvi kursi visiem darbiniekiem).

Kaitējuma mazināšanas pasākumi

Ārstniecības un kaitējuma mazināšanas programmas ir daļa no Eiropas valstu ieslodzījuma vietās pieejamajiem pakalpojumiem, kas saistīti ar narkotiku lietošanas un infekcijas slimību izplatības ierobežošanu. Pētījumā tika noskaidroti ekspertu, notiesāto personu un ieslodzījuma vietu darbinieku viedokļi par šādiem pasākumiem – metadona programma, psiholoģiskā konsultēšana, šļirču apmaiņas programma, dezinfekcijas līdzekļu pieejamība, no narkotikām brīvas vienības.

Ekspertu vērtējumā katram no pasākumiem ir savas priekšrocības un trūkumi, taču galvenais secinājums ir, ka **šobrīd lielāko daļu no pasākumiem nav iespējams ieviest ne vien resursu nepietiekamības dēļ, bet arī cietumu infrastruktūras (telpu) neatbilstības dēļ, kā arī nepietiekamās ieslodzījuma vietu darbinieku izglītības dēļ.**

Ieteikums: Celt ieslodzījuma vietu darbinieku informētības un izglītības līmeni par dažādiem kaitējuma mazināšanas pasākumiem un to nozīmi kā narkotiku izplatības, tā infekcijas slimību izplatības ierobežošanā.

Ne visu pasākumu ieviešana ir atkarīga tikai no pieejamajiem finanšu resursiem un atbilstošas ieslodzījuma vietu infrastruktūras. Atsevišķu pasākumu ieviešana, kā piemēram, šļirču apmaiņa un dezinfekcijas līdzekļu pieejamība, ir **cieši saistīta arī ar kopējo nostāju – narkotisko un psihotropo vielu pieejamības cietumos atzīšanu**. Ekspertu vērtējumā šādu programmu ieviešana nozīmē, ka zināmā mērā tiek legalizēta narkotiku lietošana ieslodzījuma vietās, kas ir pretrunā ar narkotiku lietošanas aizliegumu.

Ieteikums: Turpināt diskusiju un izvērtēt iespējas īstenot šļirču apmaiņa programmu un dezinfekcijas līdzekļu pieejamību pilotprojektu veidā atsevišķās ieslodzījuma vietu vienībās, kuru infrastruktūra ir atbilstoša šādu pasākumu īstenošanai.

Ieteikums: Izglītēt ieslodzījuma vietu darbiniekus, veidot izpratni darbinieku vidū par šļirču apmaiņas programmu un dezinfekcijas līdzekļu lietderīgumu un personu, kas izmanto šos pasākumus, anonimitāti un aizsardzību. Ieteicams pēc iespējas plašāk izmantot UNODC programmas pieredzi un iestrādes.

Attiecībā uz **metadona programmas īstenošanu ieslodzījuma vietās** (par iespēju to turpināt, ja tā uzsākta pirms ieslodzījuma) **kopējā nostāja ir pozitīva, īpaši, ja tā ir kā viens no pasākumiem kopējā personas atkarības ārstēšanas plānā**. Taču nevar noliegt arī negatīvos vērtējumus, kas vērs uzmanību uz metadona iespējamo negatīvo ietekmi uz personas veselību un atkarības izveidošanos no metadona.

Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, **ieslodzījuma vietu darbinieku vidū ir palielinājusies informētība par ārstēšanu ar metadonu ieslodzījuma vietās un par bez narkotiku nodaļām** (no narkotikām brīvām vienībām) ieslodzījuma vietās, savukārt, samazinājusies informētība par šļirču apmaiņas programmām. Analizējot notiesāto personu informētību par programmām infekcijas slimību izplatības un narkotiku lietošanas ierobežošanai, kopš 2010. gada ir palielinājusies viņu informētība par ārstēšanu ar metadonu ieslodzījuma vietās. Par citiem pasākumiem un programmām notiesāto personu informētībā nav vērojamas statistiski nozīmīgas izmaiņas.

Kopumā **notiesātās personas visu programmu noderīgumu vērtē vidēji augstāk nekā ieslodzījuma vietu darbinieki**. Līdzīgi kā 2010. gada aptaujā, notiesātajām personām noderīgākā šķiet brīvprātīgās ārstēšanas programma, kam seko intensīvā psiholoģiskā palīdzība narkotiku lietotājiem un ārstēšana narkotiku atkarīgajiem kā alternatīva cietumsoda vietā. Savukārt ieslodzījuma vietu darbiniekiem, bez brīvprātīgās ārstēšanas programmas un intensīvās psiholoģiskās palīdzības narkotiku lietotājiem, noderīgas šķiet arī no narkotikām brīvas vienības ieslodzījuma vietās. Šādu vienību izveide ir plānota gan jauncelāmajos cietumos, gan Atkarīgo centrā Olainē.

Ieteikums: Ieslodzīto personu psiholoģiskās konsultēšanas darbā pēc iespējas iesaistīt neatkarīgos psihologus. Šis ieteikums ir saistīts ar ieslodzīto uzticēšanos psihologam. Saskaņā ar pētījumā uzklautajiem mērķa grupu viedokļiem, psihologs, kurš ir vienlaikus Tieslietu ministrijas struktūrvienību darbinieks, ne vienmēr rada ieslodzītajiem uzticēšanos un drīzāk raisa bailes no sankcijām.

Izvērtējot kopējos pētījuma rezultātus, jāsecina, ka, neraugoties uz to, ka situācija salīdzinājumā ar 2010. gadu narkotiku izplatības jomā ieslodzījuma vietās Latvijā nav mainījusies, ir veikti vairāki nozīmīgi pasākumi, kuru efektivitāte būs novērtējuma pēc vairākiem gadiem. Ir notikušas būtiskas izmaiņas narkotiku izplatības atzīšanas ziņā, ir notikuši uzlabojumi ieslodzīto veselības aprūpes kārtībā un finansēšanā, ir uzsākta jaunu ieslodzījuma vietu struktūrvienību būvniecība, paredzot

pasākumus narkotiku ierobežošanai un kaitējuma mazināšanas programmu ieviešanai. Šobrīd ir nepieciešams nodrošināt maksimālu starpinstitucionālo (Tieslietu ministrijas, Veselības ministrijas, Iekšlietu ministrijas, IeVP, SPKC, LIC, kā arī nevalstisko organizāciju) sadarbību, lai aizsāktās pozitīvās aktivitātes tiktu turpinātas un būtu pamats narkotiku un infekcijas slimību izplatības mazināšanai ieslodzījuma vietās Latvijā.

Kopsavilkums

„Pētījums par narkotiku izplatību Latvijas ieslodzījuma vietās 2014. gadā” ir trešais salīdzinošais pētījums par narkotisko un psihotropo vielu izplatību, lietošanu un ierobežošanu ieslodzījuma vietās (iepriekšējie divi pētījumi tika veikti 2003. un 2010. gadā²⁶). Pētījumā ir iegūti dati par narkotisko un psihotropo vielu lietošanas izplatību un lietošanu ieslodzījuma vietās, veikta izpēte par ieslodzīto vispārējo veselības stāvokli un saslimstību ar infekcijas slimībām, noskaidroti ieslodzīto, ieslodzījuma vietu darbinieku un ekspertu viedokļi par pasākumiem narkotiku izplatības ierobežošanai.

2014. gada pētījums ir veikts kopumā ievērojot iepriekšējos divos pētījumos izmantoto socioloģisko pētījumu metodoloģiju un nodrošinot datu salīdzināmību. Pētījumā ir veiktas trīs mērķa grupu aptaujas - notiesāto pilngadīgo personu aptauja, ieslodzījuma vietu darbinieku aptauja, notiesāto personu par narkotiku izplatīšanu un realizēšanu aptauja. Bez minētajām aptaujām ir veiktas ekspertu intervijas, analizēti politikas plānošanas dokumenti un tiesību akti ieslodzīto veselības aprūpes jomā un narkotiku izplatības un lietošanas ierobežošanas jomā, apkopoti jaunākie statistikas dati par ieslodzīto saslimstību ar infekcijas slimībām un narkotiku lietošanu raksturojošie dati.

Politikas dokumentu analīze

Apkopojot normatīvā regulējuma un politikas plānošanas dokumentu analīzes rezultātus, secināms, ka laika posmā no 2011. līdz 2013. gadam tika veikti grozījumi vairākos tiesību aktos ar mērķi uzlabot ieslodzīto veselības aprūpi un notikušas šādas izmaiņas:

- ir mainījusies ieslodzīto veselības aprūpes finansēšanas kārtība, dalot atbildību starp Tieslietu ministriju un Veselības ministriju;
- izstrādāta jauna ieslodzīto veselības aprūpes kārtība - ieslodzītajiem ir pieejami kā ambulatorie, tā stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi ārpus ieslodzījuma vietām;
- ieslodzījuma vietu ārstu tiesības ir pietuvinātas brīvībā strādājošo ģimenes ārstu tiesībām;
- ieslodzītie, kuri pirms ieslodzījuma uzsākuši farmakoterapiju ar metadonu, to var turpināt ieslodzījumā;
- ir atsākts darbs pie ieslodzīto veselības aprūpes koncepcijas izstrādes, kas tika pārtraukts 2010. gadā.

Apkopojot normatīvā regulējuma un politikas plānošanas dokumentu analīzes rezultātus saistībā ar narkotisko un psihotropo vielu izplatības ierobežošanu ieslodzījuma vietās, secināms, ka kopš 2010. gadā veiktā pētījuma ir notikušas šādas izmaiņas:

²⁶ Koroļeva, I., Goldmanis, M., Sņikere, S., Trapencieris, M., Trapenciēre, I. u.c. (2003). *Narkotiku lietošanas izplatība Latvijā*. Rīga: PHARE, EMCDDA, FSI, 216 lpp.; Sņikere, S., Kārklīņa, I., Koroļeva, I., Trapencieris, M., Aleksandrov, A. (2010). *Narkotiku lietošanas izplatība ieslodzījuma vietās Latvijā*. Rīga: Veselības ekonomikas centrs, Socioloģisko pētījumu institūts, 120 lpp.

- ir izstrādāti grozījumi normatīvajā regulējumā, paredzot brīvības atņemšanas soda sankcijas likvidēšanu par neatļautu narkotiku lietošanu, iegādāšanos un glabāšanu personīgajām vajadzībām;
- vairākkārt ir papildināti kontrolējamo narkotisko vielu un psihotropo vielu saraksti ar apritē esošām, iepriekš sarakstos neiekļautām psihoaktīvām vielām;
- ir izstrādāta jauna ieslodzījuma vietu infrastruktūras attīstības koncepcija, kas paredz ievērot tādus cietumu būvniecības principus, kas ir vērsti uz atkarības vielu izplatību ierobežošanu ieslodzījuma vietās.

Narkotisko un psihotropo vielu izplatība un lietošana ieslodzījuma vietās

Salīdzinot 2003., 2010. un 2014. gadā ieslodzījuma vietās veikto pētījumu rezultātus, secināms, ka kopumā to notiesāto, kuriem ir narkotiku lietošanas pieredze ieslodzījumā, īpatsvaram nav tendence mainīties. 2014. gada pētījuma rezultāti rāda, ka jebkad ieslodzījumā narkotikas lietojis vidēji katrs trešais notiesātais (32%), pēdējā gada laikā – vidēji katrs sestais notiesātais (17%), bet pēdējā mēneša laikā – vidēji katrs trīspadsmitais notiesātais (9%).

Līdsas Atkarības (*Leeds Dependence Questionnaire – LDQ*) testa rezultāti atklāj, ka tikai trešdaļai notiesāto (38%) nav problēmas, kas saistītas ar atkarību. 50% notiesāto, iespējams, ir vieglas atkarības problēmas (1-10 punkti LDQ skalā), 10% notiesāto ir vidējas atkarības problēmas (11-20 punkti), bet 2% notiesāto ir smagas atkarības problēmas (21-30 punkti). Biežāk atkarības problēmas novērojamas to notiesāto vidū, kuri jebkādas nelegālās narkotikas vai jebkādas vielas lietojuši ieslodzījumā pēdējā mēneša laikā.

Kā nozīmīgākos iemeslus, kas veicina narkotiku lietošanu ieslodzījuma vietās, gan ieslodzījuma vietu darbinieki, gan notiesātās personas norāda atkarību, stresu, vienveidīgu dienas ritmu un izmisumu, bezcerību. Notiesāto personu vērtējumā arī tādi iemesli kā garlaicība, sakarīgu laika pavadīšanas veidu trūkums un problēmas ģimenē veicina narkotiku lietošanu cietumā. Savukārt ieslodzījuma vietu darbinieki uzskata, ka narkotiku lietošanu veicina ietekmēšana no citu ieslodzīto puses un iespēja to darīt kompānijas pēc.

Ekspertu vērtējumā iemesli psihoaktīvo vielu pieejamībai un lietošanai ieslodzījuma vietās ir jāskata kompleksi, tie ir:

- ieslodzījuma vietu infrastruktūra – ēku dislokācija pilsētvidē, neapmierinošs iekštelpu stāvoklis, pārpildītas kameras;
- nepietiekamas tehniskās pārbaudes – personu pārmeklēšana, somu pārbaude u.tml., ienākot cietumā;
- ieslodzījuma vietu vadības stils un darbinieku loma narkotiku izplatības jomā;
- zemaies ieslodzījuma vietu darbinieku atalgojums kombinācijā ar cilvēcisko faktoru;
- liela nozīme ir arī darbinieku profesionalitātei - viņu izglītībai, motivācijai, izpratnei par ieslodzījuma vietas darbības jēgu, profesionālajām apmācībām;
- nodarbinātības iespēju trūkums ieslodzītajiem;
- nepietiekamas brīvā laika saturīgas pavadīšanas iespējas.

Vairāk kā puse notiesāto (58%) un 92% ieslodzījuma vietu darbinieku ir norādījuši, ka konkrētajā cietumā ieslodzītie lieto narkotikas. Visbiežāk notiesātie ieslodzījumā lietojuši marihuānu vai hašišu – to jebkad ieslodzījumā lietojuši 26% notiesāto. Nākamās biežāk minētās vielas (vai vielu grupas), ko notiesātie lietojuši ieslodzījumā ir pretsāpju un nomierinošie līdzekļi (22%), amfetamīni (18%) un jaunās psihoaktīvās vielas (18%). 10% notiesāto lietojuši heroīnu, 8% – citus opiātus, 7% – ekstazī

un 4% – kokaīnu. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, nav atšķirību dažādu narkotisko vielu lietošanā notiesāto vidū jebkad ieslodzījumā.

Vērtējot motīvus, kas var likt ieslodzītajiem pārtraukt narkotiku lietošanu ieslodzījuma vietās, gan ieslodzījuma vietu darbinieki, gan notiesātās personas kā svarīgākos minējuši pašu ieslodzīto apzinātu vēlēšanos pārtraukt narkotiku lietošanu un naudas trūkumu. Notiesāto personu vērtējumā arī veselības problēmas var likt viņiem pārtraukt narkotiku lietošanu. Savukārt ieslodzījuma vietu darbinieki uzskata, ka ieslodzītos pārtraukt narkotiku lietošanu var mudināt arī bailes zaudēt pirmstermiņa atbrīvošanas iespējas un ilgstošas grūtības iegūt narkotikas.

Kā liecina 2003., 2010. un 2014. gada aptauju rezultāti, ieslodzījuma vietās salīdzinoši biežāk nekā brīvībā narkotikas tiek lietotas tās injicējot, turklāt lielākā daļa aptaujāto darbinieku (76%) un notiesāto personu (75%) uzskata, ka intravenozo narkotiku lietotāji ieslodzījuma vietās bieži mēdz izmantot kopīgas šļirces. Apgalvojumam, ka dezinfekcijas līdzekļi (hlors vai sadzīves ķīmija) konkrētajā ieslodzījuma vietā ir viegli pieejami šļirču dezinfekcijas nolūkiem piekrīt 43% ieslodzījuma vietu darbinieku un 56% notiesāto personu. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, jāpieņem, ka dezinfekcijas līdzekļu pieejamība ir uzlabojusies – ja 2010. gadā šim apgalvojumam piekrita 34% darbinieku un 48% notiesāto, tad 2014. gadā tam piekrīt par 8-9% vairāk respondentu.

Infekcijas slimību izplatība ieslodzīto vidū

Ekspertu vērtējumā pēdējos četros gados (kopš 2010. gada pētījuma) situācija infekcijas slimību izplatības jomā ieslodzījuma vietās būtiski nav mainījusies. Infekcijas slimību transmisiju ieslodzījuma vietās ietekmē šādi faktori:

- liels cilvēku skaits slēgtās un izolētās telpās (īpaši tas attiecas uz kamerām, kurās pastāvīgi atrodas līdz pat 30 ieslodzītajiem);
- ierobežotas iespējas izolēt inficētos ieslodzītos no neinficētajiem;
- pastāvīgs cilvēka-cilvēka kontakts;
- neapmierinoši higiēnas apstākļi (piemēram, viena skuvekļa lietošana);
- narkotiku lietošanas paradumi (piemēram, vienas šļirces lietošana, šļirču nedezinficēšana u.tml.);
- nedroši seksuālie kontakti (prezervatīvu trūkums), kas palielina asins transmisiju ceļā iegūstamo slimību risku;
- ieslodzīto kopējā slimības vēsture un imūnsistēmas neapmierinošais stāvoklis (visbiežāk ieslodzītie slimo ar vairāk kā vienu slimību, raksturīgas ir dažādas hroniskās slimības u.tml.);
- vardarbība ieslodzīto vidū (piemēram, kautiņi, miesas bojājumu nodarīšana);
- zemāks ieslodzīto izglītības līmenis (viens no ekspertiem norādīja uz pastāvošo korelāciju starp izglītības līmeni un veselības stāvokli).

Saskaņā ar pētījuma rezultātiem ar dažādām infekcijas slimībām dzīves laikā slimojuši vai arī patlaban slimo kopumā 41% notiesāto. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, to notiesāto īpatsvars, kuri atzīst, ka ir slimojuši vai pašlaik slimo ar kādu infekcijas slimību, nav mainījies. 17% notiesāto norāda, ka ir inficēti ar hepatītu C, 7% notiesāto min, ka ir inficēti ar HIV/AIDS, 6% norāda, ka dzīves laikā ir slimojuši vai šobrīd slimo ar tuberkulozi, 5% – ar hepatītu B un 3% – ar seksuāli transmisīvajām slimībām. Reālie saslimstības rādītāji ar infekcijas slimībām visticamāk ir augstāki. Par to liecina arī konstatētās atšķirības starp aptaujas datiem un IeVP un SPKC apkopoto

statistiku par saslimstību ar HIV²⁷. Atbilstoši statistikas datiem 2013. gadā no ieslodzījumā esošām 5139 personām – gan notiesātām, gan aizturētām – ar HIV inficēti bija 662 ieslodzītie jeb 13%. Attiecībā uz HCV ir grūtāk noteikt reālo situāciju, jo ieslodzīto testēšana uz HCV notiek tikai gadījumos, kad ir inficēšanās ar HCV simptomi. 2012. gadā veiktie eksprestesti uz HCV ir bijuši pozitīvi 34,2% gadījumu (absolūtajos skaitļos - 1066/365, SPKC dati), kas liecina par augstu HCV izplatību ieslodzīto vidū.

²⁷ Datu salīdzinājums ir tikai indikatīvs, ņemot vērā metodikas atšķirības (aptauja ir aptverti tikai notiesātie, statistikas dati aptver visus ieslodzītos; aptaujā tiek jautāts par HIV/AIDS, statistika ir par HIV).

Kaitējuma mazināšanas pasākumi

Ārstniecības un kaitējuma mazināšanas programmas ir daļa no Eiropas valstu ieslodzījuma vietās pieejamajiem pakalpojumiem, kas saistīti ar narkotiku lietošanas un infekcijas slimību izplatības ierobežošanu. Pētījumā tika noskaidroti ekspertu, notiesāto personu un ieslodzījuma vietu darbinieku viedokļi par šādiem pasākumiem - metadona programma, psiholoģiskā konsultēšana, šļirču apmaiņas programma, dezinfekcijas līdzekļu pieejamība, no narkotikām brīvas vienības.

Ekspertu vērtējumā katram no pasākumiem ir savas priekšrocības un trūkumi, taču galvenais secinājums ir, ka šobrīd lielāko daļu no programmām nav iespējams ieviest ne vien resursu nepietiekamības dēļ, bet arī cietumu infrastruktūras (telpu) neatbilstības dēļ, kā arī nepietiekamās ieslodzījuma vietu darbinieku izglītības dēļ. Šļirču apmaiņa un dezinfekcijas līdzekļu pieejamība ir cieši saistīta ar kopējo nostāju – narkotisko un psihotropo vielu pieejamības atzīšanu, turklāt, ekspertu vērtējumā šādu programmu ieviešana nozīmē, ka zināmā mērā tiek legalizēta narkotiku lietošana ieslodzījuma vietās, kas ir pretrunā ar narkotiku lietošanas aizliegumu. Attiecībā uz metadona programmas īstenošanu ieslodzījuma vietās (par iespēju to turpināt, ja tā uzsākta pirms ieslodzījuma) kopējā nostāja ir pozitīva. 2014. gadā 13 ieslodzītajiem tika veikta farmakoterapija ar metadonu sadarbībā ar „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centru”.

Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, ieslodzījuma vietu darbinieku vidū ir palielinājusies informētība par ārstēšanu ar metadonu ieslodzījuma vietās, darbinieku informētība par bez narkotiku nodaļām (no narkotikām brīvām vienībām) ieslodzījuma vietās, savukārt, samazinājusies informētība par šļirču apmaiņas programmām. Analizējot notiesāto personu informētību par programmām infekcijas slimību izplatības un narkotiku lietošanas ierobežošanai, kopš 2010. gada ir palielinājusies viņu informētība par ārstēšanu ar metadonu ieslodzījuma vietās. Par citiem pasākumiem un programmām notiesāto personu informētībā nav vērojamas statistiski nozīmīgi izmaiņas.

Kopumā notiesātās personas visu programmu noderīgumu vērtē vidēji augstāk nekā ieslodzījuma vietu darbinieki. Līdzīgi kā 2010. gada aptaujā, notiesātajām personām noderīgākā šķiet brīvprātīgās ārstēšanas programma, kam seko intensīvā psiholoģiskā palīdzība narkotiku lietotājiem un ārstēšana narkotiku atkarīgajiem kā alternatīva cietumsoda vietā. Savukārt ieslodzījuma vietu darbiniekiem bez brīvprātīgās ārstēšanas programmas un intensīvās psiholoģiskās palīdzības narkotiku lietotājiem noderīgas šķiet arī no narkotikām brīvas vienības ieslodzījuma vietās. Šādu vienību izveide ir plānota gan jauncelamajās ieslodzījuma vietās, gan Atkarīgo centrā Olainē.

Darba apstākļi un veselības riski ieslodzījuma vietu darbinieku vērtējumā

Vērtējot darba apstākļus, ieslodzījuma vietu darbinieki vismazāk apmierināti ir ar darbinieku drošību. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, ir uzlabojies darbinieku vērtējums tādiem aspektiem kā noslodze darbā (par 11%) un darbinieku skaits (par 7%), kā arī sanitāro priekšmetu pieejamība (par 11%), kas 2010. gada aptaujā saņēma darbinieku zemāko vērtējumu. Pārējo darba vides aspektu vērtējums palicis nemainīgs. Pētījuma kontekstā svarīgs rādītājs ir tas, ka divām trešdaļām ieslodzījuma vietu darbinieku darba pienākumu veikšanu traucē narkotiku (69%) un alkohola (66%) lietošana ieslodzīto vidū, turklāt šādu darbinieku īpatsvars ir palielinājies (attiecīgi par 12% un 8%).

Lielākā daļa ieslodzījuma vietu darbinieku uzskata, ka viņiem ir augsts vai vidējs risks darbavietā inficēties ar hepatītu B, hepatītu C un HIV/AIDS. Salīdzinot ar 2010. gada aptaujas rezultātiem, darbinieku vidū ir palielinājušas bažas par inficēšanās risku ar HIV/AIDS – ja 2010. gadā 58%

aptaujāto uzskatīja, ka viņiem ir augsts vai vidējs risks inficēties ar HIV/AIDS, tad 2014. gadā tā uzskata 70% aptaujāto. Aptaujas rezultāti rāda, ka, neskatoties uz darbinieku augsto pašvērtējumu par savām zināšanām par HIV/AIDS, hepatītu B un hepatītu C, ne vienmēr viņi spēj tās pielietot praksē.

Lielākā daļa aptaujāto ieslodzījuma vietu darbinieku (61%) informāciju par infekcijas slimībām ieguvusi no dažādiem plašsaziņas līdzekļiem – radio, TV, laikrakstiem, žurnāliem vai interneta. 30% respondentu, lai iegūtu informāciju par infekcijas slimībām, ir lasījuši speciālo literatūru, bet 29% respondentu – apmeklējuši dažādas apmācību programmas (IeVP mācību centrā, augstskolā vai ārstu apmācībā). Vēl par informācijas avotu respondentiem kalpojusi arī ieslodzījuma vietu medicīnas daļa (12%), kā arī kolēģi (8%).

Summary

„Research on drug prevalence in prisons of Latvia in 2014” is the third comparative research on drug and psychotropic substance prevalence, use and restriction in prisons (two previous studies were carried out in 2003 and 2010²⁸). During the research the data were gathered on drug and psychotropic substance use in general and use in prisons, a study was carried out on general health condition of prisoners and sickness rate of infection diseases, the opinions of prisoners, prison officials and experts on activities to reduce drug prevalence were explored.

The research in 2014 was conducted taking into account sociologic research methodology used in previous two studies and ensuring data comparability. Three target group surveys were conducted in the research – convicted adult survey, prison employee survey and survey of those persons, who were convicted on drug distribution and realization. Besides these surveys the research includes expert interviews, analysis of policy planning documents and legislation in the fields of convicted person health care and restriction of drug prevalence and use, updated statistical data on prisoner sickness rate of infection diseases and data that characterizes drug use.

Analysis of Policy Documents

From the results of legislation and policy planning document analysis it can be concluded that during the time period from 2011 to 2013 several amendments were made in various legislation acts with the goal to improve the health care of prisoners, the following changes were made:

- financing procedure of prisoner health care has changed, Ministry of Justice and Ministry of Health share the responsibility;
- a new health care procedure of prisoners has been introduced – both ambulatory and hospital services outside prisons are available to prisoners;
- prison doctor rights have become similar to general practitioner rights working outside prisons;
- prisoners, who have begun Methadone therapy before imprisonment, can continue this treatment in prison;
- development of prisoner health care conception has begun again after the break since 2010.

From the results of normative regulation and policy planning document analysis regarding restriction of drug and psychotropic substance prevalence in prisons it can be concluded that since the research carried out in 2010 the following changes can be observed:

- amendments of the normative regulation that abolish punishment of imprisonment for illegal drug use, purchase and storage for personal needs;
- several updates of controllable drug and psychotropic substance registers have been made including new psychotropic substances that have not been previously mentioned there;
- new conception of prison infrastructure development has been elaborated, which establishes such prison building principles that are directed to restriction of addictive substance prevalence in prisons.

²⁸ Koroļeva, I., Goldmanis, M., Sniķere, S., Trapencieris, M., Trapenciē, I. u.c.(2003). *Narkotiku lietošanas izplatība Latvijā// Drug Use Prevalence in Latvia*. Rīga: PHARE, EMCDDA, FSI, 216 lpp.; Sniķere, S., Kārklīņa, I., Koroļeva, I., Trapencieris, M., Aleksandrovs, A. (2010). *Narkotiku lietošanas izplatība ieslodzījuma vietās Latvijā// Drug Use Prevalence in Prisons of Latvia*. Rīga: Veselības ekonomikas centrs, Socioloģisko pētījumu institūts, 120 lpp.

Prevalence and Use of Drugs and Psychotropic Substances in Prisons

From the comparison of results from studies conducted in prisons in 2003, 2010 and 2014 it can be concluded that in general the proportion of those convicted persons, who have drug use experience in prison, does not have a tendency to change. The results of research conducted in 2014 show that on average every third (32%) convicted person has ever used drugs in prison, on average every sixth (17%) convicted person has used them during the last year, but 9% of prisoners have used them during the last month.

Leeds Dependence (*Leeds Dependence Questionnaire – LDQ*) test results reveal that only one third (38%) of convicted persons do not have problems with addiction. 50% of convicted persons possibly have small problems with addiction (1-10 points on LDQ scale), 10% of convicted have medium addiction problems (11-20 points), but 2% have large addiction problems (21-30 points). More often the addiction problems can be observed among those convicted, who have used any illegal drugs or any substances in prison during the last month.

Both employees of prisons and convicted persons mention addiction, stress, uniform day schedule and despair, hopelessness as the most important reasons that encourage drug use in prisons. In the opinion of convicted persons also such reasons as boredom, lack of useful ways to spend time and family problems encourage drug use in prisons. However employees of prisons think that drug use is encouraged also by influence of other prisoners and opportunity to do it for company.

Experts think that there should be a complex view of reasons for psychotropic substance availability and use in prisons. They are:

- infrastructure of prisons – placement of buildings in the city environment, poor condition of inner rooms, crowded prison cells;
- insufficient technical control – rummage of persons, bag control and the like at the entrance of prison;
- management style of the prisons and the role of the employees in the distribution of drugs;
- low reward level of the prison employees in the combination with human factor;
- great significance is the professionalism of employees – their education, motivation, understanding of the meaning of prisons, professional trainings;
- lack of employment options for prisoners;
- insufficient opportunities for qualitative free time activities.

More than a half (58%) of convicted persons and 92% of prison employees have mentioned that in the particular prison prisoners use drugs. Most often convicted persons have used marihuana or cannabis in the imprisonment – 26% of convicted persons have ever used them in the imprisonment. Second more often mentioned substances (or groups of substances) that convicted persons have used in prisons are anaesthetic drugs and tranquillizers (22%), amphetamines (18%) and new psychotropic substances (18%). 10% of convicted persons have used heroin, 8% - other opiates, 7% - ecstasy and 4% - cocaine. Comparing with the results of the survey of 2010 there are no differences in the use of different drugs among convicted persons in prisons.

When evaluating reasons that can make prisoners quit drug use in prisons both employees of prisons and convicted persons as most important have mentioned the will of prisoners themselves to stop using drugs and lack of money. In the opinion of convicted persons also the health problems can make them quit drug use. However employees of the prisons think that also fears to lose early release opportunities and permanent difficulties to get drugs can encourage prisoners to stop using drugs.

As the results of the surveys of 2003, 2010 and 2014 show, in prisons comparatively more often than in the liberty drugs are used by injection, besides greatest part of the employees (76%) and convicted persons (75%) think that intravenous drug users often share syringes in prisons. 43% of prison employees and 56% of convicted persons agree with the statement that disinfectants (chlorine or household chemicals) are easily available for the disinfection of syringes in the particular prison. Comparing with the results of the survey of 2010 it can be assumed that availability of disinfectants has improved – if 34% of employees and 48% of convicted persons agreed with this statement in 2010, then in 2014 8-9% more of respondents agree with it.

Prevalence of Infection Diseases among Prisoners

In the opinion of experts the situation of the prevalence of infection diseases in prisons during the last four years (since the research done in 2010) has not significantly changed. The transmission of infection diseases in the prisons is affected by the following factors:

- great number of people in closed and isolated rooms (especially in prison cells, where permanently live up to 30 prisoners);
- limited options to isolate infected prisoners from those, who are not infected;
- regular human to human contact;
- inadequate hygiene conditions (for example, use of one razor);
- drug use habits (for example, use of one syringe, not disinfecting the syringes and the like);
- unsafe sexual contacts (lack of condoms), which increase the risk to get blood-borne diseases;
- the overall health history of prisoners and poor condition of their immune system (most often prisoners have more than one disease, different chronic diseases are common and the like);
- violence among prisoners (for example, fights, bodily injuries);
- lower education level of prisoners (one of the experts pointed to the existing correlation between education level and health condition).

According to the results of the research, in general 41% of convicted persons have suffered in their lifetime or have at the moment different infection diseases. Comparing with the results of the survey of 2010 the proportion of those convicted persons, who admit that they have suffered from or are ill at the moment with some infection disease, has not changed. 17% of convicted persons admit that they are infected with hepatitis C, 7% of convicted persons state that they are infected with HIV/AIDS, 6% mention that they have suffered from before or are ill at the moment with tuberculosis, 5% - with hepatitis B and 3% - with sexually transmitted diseases. The real indicators of sickness rate of infection diseases are most likely higher. One of the reasons for that are the differences between the survey data and Latvian Prison Administration's and The Centre's for Disease Prevention and Control (CDPC) of Latvia gathered statistics on sickness rate with HIV²⁹.

According to statistical data in 2013 from the 5139 persons, who were in prisons, both convicted, and detained, 662 prisoners or 13% were infected with HIV. As regards HCV it is harder to evaluate the real situation, because the testing of prisoners for HCV take place only in the cases, when there are symptoms of infection with HCV. The express tests of HCV made in 2012 were positive in 34.2% of cases (in absolute numbers - 1066/365, CDPC data), which indicates to high HCV prevalence among prisoners.

²⁹ The comparison of data is only indicative because of the differences of methodology (the survey contains only convicted persons, the statistical data cover all prisoners; the survey asks about HIV/AIDS, the statistics is for HIV).

Harm Reduction Activities

Medical treatment and harm reduction programs are part of the services available at European prisons, which are related to reduction of drug use and infection disease prevalence. During the research the opinions of experts, convicted persons and prison employees were gathered about these activities – methadone program, psychological consultations, syringe exchange program, availability of disinfectants, drug free units.

In the opinion of experts all of these activities have their strengths and weaknesses, but the main conclusion is that it is not possible to implement the majority of these programs at the moment not only because of the lack of resources, but also because of the inadequate prison infrastructure (premises), as well as due to the insufficient level of education of prison employees. In addition to that the syringe exchange and the availability of disinfectants are strongly related to the overall attitude – recognition of drug and psychotropic substance availability, moreover in the opinion of experts implementation of these programs means that at some point drug use in prisons is legalized, which is in contradiction to drug use prohibition. Regarding the implementation of methadone program in prisons (opportunity to continue it, if a person has begun it before imprisonment) the overall opinion is positive. In 2014 13 prisoners received methadone therapy in cooperation with Riga Psychiatry and Narcology Centre.

Comparing with the results of survey of 2010, the information level of prison employees has increased regarding treatment with methadone in prisons and drug free units in prisons; however the information level has decrease on syringe exchange programs. The analysis of information level of convicted persons regarding programs for reduction of infection disease prevalence and drug use show that since 2010 their information level has increased on treatment with methadone in prisons. Regarding other activities and programs statistically significant changes cannot be observed in the information level of convicted persons.

In general convicted persons give higher evaluation for the usefulness of all programs than prison employees. Similar to survey of 2010 convicted persons think that the most useful is the voluntary treatment program and after that the intensive psychological help for drug users and treatment for drug addicts as an alternative for imprisonment. However prison employees think that besides voluntary treatment programs and intensive psychological help for drug users important are also drug free units in prisons. The formation of these units is planned both in newly built prisons and in Addiction centre in Olaine.

Illegal Realization of Drugs and Psychotropic Substances

In 2014 for the first time a survey of those persons, who are sentenced for illegal realization of drugs and psychotropic substances, was carried out, using in-depth semi-structured interviews (64 interviews were carried out). When analyzing data it is necessary to take into account factors that restrict data validity (target group, topic, and place for interviews). The data from interviews should be considered as additional information that can be used in planning and implementing activities for restriction of psychotropic substance distribution and use.

The information about drug dealer experience of cooperation with suppliers (realized types of drugs, amount of drugs bought, frequency of supplies and other issues related to drug supply), with clients (frequency of drug supplies, communication forms with clients, amount of sold drugs, quality (purity of substances) and prices) and with other drug dealers were obtained during the research.

All the interviewed respondents depending on the amount and type of distributed psychotropic substances can be divided in three basic groups – regular retailers, traffickers and wholesale dealers/business organizers. Only for part of the respondents distribution of drugs and psychotropic substances before imprisonment were the main source of income. Among those, who gave positive answer, were both respondents, who were not employed, and those, who did irregular, occasional jobs or those, who worked less than 40 hours a week. The calculations by the respondent given numbers of hours they worked a week and by the reward they got show that people with different income level get involved in realization of drugs and psychotropic substances.

The most common reason for starting the distribution of drugs and psychotropic substances is a request from girlfriend/boyfriend. It can have different forms – both as a request to buy drugs, and as a request to become an intermediary and deliver drugs to others, and as a request to store drugs, and to help sell the “product”. The second more often mentioned reason for starting the distribution of drugs and psychotropic substances is the use of drugs of the respondent himself/herself and the need to earn money for the regular dose. Made a decision himself/herself that it could be possible to earn money with selling drugs - is the third most often mentioned reason for starting the distribution of drugs and psychotropic substances.

Respondent answers show that changes have taken place in several fields of drug market. Firstly, the quality level of drugs and psychotropic substances has decreased, “legal” drugs and new, extra dangerous drugs have entered the market, the amount of drugs and psychotropic substances in the market has increased; secondly, the frequency of internet and cell phone use in distribution of drugs and psychotropic substances has increased; thirdly, the number of intermediaries and direct dealers involved in drug distribution increases.

Work Conditions and Risks for Health in the Opinion of Prison Employees

When evaluating work conditions, prison employees are least satisfied with employee safety. Comparing with the results of survey of 2010, employee evaluation of such aspects as the amount of work (by 11%) and number of employees (by 7%), as well as availability of sanitary items (by 11%) has improved. The last one received the lowest employee assesment in the survey of 2010. The evaluation of the rest of the work environment aspects has not changed. In the context of the research an important indicator is the fact that drug (69%) and alchocol (66%) use among prisoners disturbs two thirds of prison employees from doing their duties, moreover the proportion of these employees has increased (accordingly by 12% and 8%).

The majority of prison employees think that they have high or medium risk to get infected with hepatitis B, hapatitis C and HIV/AIDS at work. Comparing with the results of survey of 2010, fears of the risk to get infected with HIV/AIDS have increased among employees – if 58% of surveyd employees considered that they have high or medium risk to get infected with HIV/AIDS in 2010, then in 2014 70% of respondents hold this opinion. The results of survey show that despite high employee self evaluation of the knowledge of HIV/AIDS, hepatitis B, hapatitis C not always they manage to use them ir practice.

The majority of surveyd prison employees (61%) have got the information on infection diseases from different mass media – radio, TV, newspapers, magazines or internet. 30% of respondents in order to get information on infection diseases have read special literature, but 29% of respondents have attended different training programs (at Latvian Prison Administration’s Study Centre, university or doctor training). Medical units of prisons (12%) as well as colleagues (8%) have also served as sources of information for respondents.

Pielikumi

2. nodaļas pielikums

1. tabula. Ieslodzījuma vietu darbinieku sniegtais ar darba vidi saistīto aspektu vērtējums

	Apmierinoši		Drīzāk apmierinoši		Drīzāk neapmierinoši		Neapmierinoši		Nav atbildes		KOPĀ	
	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %
Telpu higiēna	55	34,6	47	29,6	35	22,2	18	11,1	4	2,5	159	100,0
Darbinieku skaits	41	25,7	50	31,4	36	22,6	25	15,6	7	4,7	159	100,0
Darbinieku drošība	36	22,8	56	34,9	30	18,9	31	19,4	6	4,0	159	100,0
Sanitāro priekšmetu pieejamība	47	29,5	50	31,6	26	16,6	30	19,0	5	3,3	159	100,0
Noslodze darbā	63	39,9	47	29,7	23	14,6	19	12,1	6	3,7	159	100,0
Informācijas par infekcijas slimībām pieejamība	53	33,5	41	25,8	32	19,8	28	17,8	5	3,1	159	100,0

2. tabula. Ieslodzījuma vietu darbinieku sniegtais ar ieslodzīto uzvedību un paradumiem saistīto aspektu vērtējums

	Tas traucē darbā		Tas netraucē darbā		Šo problēmu ieslodzījuma vietā neesmu novērojis		Nav atbildes		KOPĀ	
	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %
Narkotiku lietošana ieslodzīto vidū	106	66,4	25	15,5	23	14,8	5	3,4	159	100,0
Šķirču slēpšana kamerās	85	53,8	32	20,2	35	22,0	6	4,0	159	100,0
Alkohola lietošana ieslodzīto vidū	103	64,6	26	16,4	27	16,7	4	2,3	159	100,0
Vardarbība ieslodzīto vidū	93	58,6	43	27,2	18	11,4	4	2,8	159	100,0
HIV/AIDS izplatība ieslodzīto vidū	87	54,7	50	31,3	17	10,5	6	3,6	159	100,0
Hepatīta B un hepatīta C izplatība ieslodzīto vidū	91	56,9	53	33,4	11	7,0	4	2,7	159	100,0

3. tabula. Ieslodzījuma vietu darbinieku sniegtais inficēšanās risku novērtējums

	Nav riska		Zems risks		Vidējs risks		Augsts risks		Nav atbildes		KOPĀ	
	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %
HIV/AIDS	9	5,7	35	22,2	52	32,7	59	36,8	4	2,5	159	100,0
Hepatīts B	6	3,9	31	19,7	53	33,1	65	40,7	4	2,5	159	100,0
Hepatīts C	8	5,2	31	19,3	49	31,1	65	41,0	5	3,5	159	100,0
Citas infekcijas slimības	1	0,7	8	5,0	19	12,0	34	21,2	97	61,1	159	100,0

4. tabula. Ieslodzījuma vietu darbinieku nonākšana situācijās, kad pastāvējis risks inficēties ar noteiktām infekcijas slimībām

	Jā		Nē		Nezina		Nav atbildes		KOPĀ	
	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %
HIV/AIDS	27	17,1	32	20,2	26	16,3	74	46,4	159	100,0
Hepatīts B	31	19,3	25	15,8	28	17,6	75	47,3	159	100,0
Hepatīts C	30	18,6	23	14,4	31	19,7	75	47,3	159	100,0

5. tabula. Ieslodzījuma vietu darbinieku teiktais par viņiem veiktajām veselības pārbaudēm

	Hepatīta tests		HIV/AIDS tests			Vakcīna pret hepatītu B	
	Skaits	Kolonnā %	Skaits	Kolonnā %		Skaits	Kolonnā %
Ir veikts pēdējā gada laikā	46	28,8	46	28,8	Jā	35	22,3
Ir veikts laika periodā no 2011. līdz 2013. gadam	18	11,2	22	13,6	Nē	116	72,9
Ir veikts senāk	7	4,5	13	8,3	Nezina	3	1,7
Ir veikts, bet nezina/neatceras kad	8	5,3	9	5,9	Nav atbildes	5	3,1
Nav veikts vispār	51	32,0	38	24,0	KOPĀ	159	100,0
Nav veikts pēdējā gada laikā, bet neprecizē, vai un kad ir veikts	25	15,4	22	14,0			
Nav atbildes	4	2,8	9	5,5			
KOPĀ	159	100,0	159	100,0			

6. tabula. Ieslodzījuma vietu darbinieku zināšanu par infekcijas slimībām pašvērtējums

	Ļoti labas		Diezgan labas		Diezgan sliktas		Ļoti sliktas		Nav atbildes		KOPĀ	
	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %	Skaits	Rindu %
HIV/AIDS	13	8,1	61	38,1	11	6,9	2	1,5	72	45,5	159	100,0
Hepatīts B	8	5,0	52	32,8	23	14,3	2	1,5	74	46,4	159	100,0
Hepatīts C	10	6,5	52	32,6	21	13,1	2	1,5	74	46,4	159	100,0

7. tabula. Ieslodzījuma vietu darbinieku veselības stāvokļa pašvērtējums: 2010. un 2014. gada aptauju dati

	2010. gads		2014. gads	
	Skaits	Kolonnu %	Skaits	Kolonnu %
Ļoti labs	10	6,0	28	17,5
Labs	83	50,0	80	50,4
Apmierinošs	68	41,0	49	31,0
Slikts	5	3,0		
Nav atbildes			2	1,1
KOPĀ	166	100,0	159	100,0

3. nodaļas pielikums

- Skaidrojums:
- * *Jebkuras nelegālās narkotikas* – marihuāna/hašišs, heroīns, citi opiāti, kokaīns, amfetamīni, ekstazī
 - ** *Jebkuras nelegālās narkotikas un medikamenti* – marihuāna/hašišs, heroīns, citi opiāti, kokaīns, amfetamīni, ekstazī, kā arī pretsāpju/nomierinošie līdzekļi
 - *** *Jebkuras nelegālās un „legālās” narkotikas* – marihuāna/hašišs, heroīns, citi opiāti, kokaīns, amfetamīni, ekstazī, kā arī jaunās psihoaktīvās vielas
 - **** *Jebkuras vielas* – marihuāna/hašišs, heroīns, citi opiāti, kokaīns, amfetamīni, ekstazī, kā arī pretsāpju/nomierinošie līdzekļi un jaunās psihoaktīvās vielas

1. tabula. Dažādu vielu lietošana dzīves laikā pirms ieslodzījuma saistībā ar notiesāto vecumu

	VISI	18-24 gadi	25-34 gadi	35-44 gadi	45-54 gadi	55 gadi un vairāk ³⁰
Jebkuras nelegālās narkotikas*	68,9%	72,4%	77,4%	70,2%	45,5%	35,8%
Jebkuras nelegālās narkotikas un medikamenti**	74,8%	75,2%	80,3%	78,0%	60,5%	47,6%
Jebkuras nelegālās un „legālās” narkotikas***	69,6%	72,5%	77,9%	71,5%	45,5%	35,8%
Jebkuras vielas****	75,0%	75,3%	80,5%	78,3%	60,5%	47,6%
Marihuāna/hašišs	63,3%	67,2%	72,3%	65,1%	37,7%	26,9%
Opiāti (kopā)	27,9%	16,0%	34,4%	34,2%	13,9%	8,2%
Heroīns	25,3%	11,8%	32,7%	31,0%	11,6%	4,9%
Citi opiāti	18,7%	11,3%	22,5%	23,1%	10,8%	4,5%
Kokaīns	23,8%	18,6%	25,6%	29,2%	12,1%	10,4%
Amfetamīni	46,4%	43,8%	54,0%	50,0%	26,6%	10,4%
Ekstazī	28,8%	27,4%	34,5%	31,6%	10,8%	0,0%
Pretsāpju un nomierinošie līdzekļi	39,0%	28,6%	42,3%	44,4%	35,0%	24,2%
Jaunās psihoaktīvās vielas	25,4%	36,5%	29,8%	22,2%	7,8%	1,1%
Alkohols	89,0%	89,3%	90,5%	87,5%	87,6%	83,9%

³⁰ 55-76 gadi

2. tabula. Dažādu vielu lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā pirms ieslodzījuma saistībā ar notiesāto vecumu

	VISI	18-24 gadi	25-34 gadi	35-44 gadi	45-54 gadi	55 gadi un vairāk
Jebkuras nelegālās narkotikas*	49,4%	51,9%	56,8%	49,4%	28,9%	23,7%
Jebkuras nelegālās narkotikas un medikamenti**	57,6%	54,5%	62,5%	60,7%	45,2%	39,0%
Jebkuras nelegālās un „legālās” narkotikas***	50,2%	52,5%	57,7%	50,3%	29,3%	23,7%
Jebkuras vielas****	58,2%	55,1%	63,1%	61,1%	45,6%	39,0%
Marihuāna/hašišs	35,0%	42,2%	40,8%	34,2%	16,9%	16,0%
Opiāti (kopā)	18,4%	10,3%	24,8%	22,3%	5,4%	2,9%
Heroīns	16,5%	8,8%	22,7%	20,6%	2,6%	1,1%
Citi opiāti	11,1%	5,7%	15,7%	13,3%	4,3%	1,8%
Kokaīns	8,7%	5,8%	9,8%	9,9%	5,1%	3,4%
Amfetamīni	31,2%	30,3%	36,4%	32,5%	18,8%	3,4%
Ekstazī	10,9%	11,7%	13,9%	9,7%	3,6%	0,0%
Pretsāpju un nomierinošie līdzekļi	30,0%	18,1%	33,5%	33,6%	29,8%	21,6%
Jaunās psihoaktīvās vielas	14,6%	25,9%	15,9%	13,0%	2,7%	1,1%

3. tabula. Dažādu vielu lietošana pēdējo 30 dienu laikā pirms ieslodzījuma saistībā ar notiesāto vecumu

	VISI	18-24 gadi	25-34 gadi	35-44 gadi	45-54 gadi	55 gadi un vairāk
Jebkuras nelegālās narkotikas*	40,1%	39,6%	44,7%	44,0%	24,1%	13,1%
Jebkuras nelegālās narkotikas un medikamenti**	46,9%	42,7%	50,7%	51,6%	37,1%	25,0%
Jebkuras nelegālās un „legālās” narkotikas***	41,1%	41,4%	45,7%	44,9%	24,2%	13,1%
Jebkuras vielas****	47,6%	44,1%	51,0%	52,5%	37,1%	25,0%
Marihuāna/hašišs	23,4%	31,1%	26,4%	22,4%	12,9%	4,9%
Opiāti (kopā)	15,1%	5,3%	20,7%	20,0%	5,0%	1,8%
Heroīns	13,1%	4,0%	18,3%	17,9%	2,6%	0,0%
Citi opiāti	8,1%	2,4%	11,1%	11,6%	2,4%	1,8%
Kokaīns	4,4%	2,8%	3,5%	7,5%	2,4%	3,4%
Amfetamīni	24,1%	23,3%	25,9%	27,1%	15,3%	3,4%
Ekstazī	4,8%	5,6%	5,3%	5,5%	1,8%	0,0%
Pretsāpju un nomierinošie līdzekļi	21,8%	11,8%	25,3%	21,8%	23,8%	15,5%
Jaunās psihoaktīvās vielas	8,3%	17,4%	9,5%	5,2%	,9%	0,0%

4. tabula. Dažādu vielu lietošana dzīves laikā ieslodzījumā saistībā ar notiesāto vecumu

	VISI	18-24 gadi	25-34 gadi	35-44 gadi	45-54 gadi	55 gadi un vairāk
Jebkuras nelegālās narkotikas*	32,2%	31,7%	36,6%	32,4%	25,0%	8,6%
Jebkuras nelegālās narkotikas un medikamenti**	39,8%	36,5%	42,8%	42,5%	34,5%	21,1%
Jebkuras nelegālās un „legālās” narkotikas***	35,3%	34,8%	39,4%	36,6%	26,6%	10,3%
Jebkuras vielas****	42,0%	38,9%	44,7%	45,6%	35,9%	22,5%
Marihuāna/hašišs	25,7%	28,1%	30,9%	24,3%	15,7%	3,8%
Opiāti (kopā)	12,3%	5,3%	16,8%	13,2%	7,5%	1,8%
Heroīns	9,8%	4,6%	12,1%	12,5%	6,5%	0,0%
Citi opiāti	7,5%	1,6%	10,3%	8,6%	4,1%	1,8%
Kokaīns	3,9%	1,4%	4,2%	5,1%	3,8%	0,0%
Amfetamīni	18,1%	11,6%	21,4%	21,9%	9,3%	3,7%
Ekstazī	6,7%	4,8%	8,8%	7,0%	3,3%	0,0%
Pretsāpju un nomierinošie līdzekļi	21,7%	17,5%	22,7%	26,4%	16,8%	13,5%
Jaunās psihoaktīvās vielas	18,0%	23,4%	20,6%	16,6%	7,2%	4,3%
Alkohols	25,8%	30,0%	29,7%	22,5%	20,8%	3,9%

5. tabula. Dažādu vielu lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā ieslodzījumā saistībā ar notiesāto vecumu

	VISI	18-24 gadi	25-34 gadi	35-44 gadi	45-54 gadi	55 gadi un vairāk
Jebkuras nelegālās narkotikas*	17,1%	19,4%	19,1%	17,2%	10,9%	2,0%
Jebkuras nelegālās narkotikas un medikamenti**	25,5%	25,4%	26,7%	27,6%	19,1%	13,8%
Jebkuras nelegālās un „legālās” narkotikas***	19,9%	24,0%	22,4%	19,3%	11,8%	5,1%
Jebkuras vielas****	27,9%	29,3%	29,5%	29,3%	20,1%	16,6%
Marihuāna/hašišs	12,8%	17,3%	14,4%	11,8%	7,1%	0,0%
Opiāti (kopā)	6,6%	3,9%	9,2%	7,1%	1,5%	1,8%
Heroīns	4,9%	3,7%	5,9%	6,1%	1,1%	0,0%
Citi opiāti	3,3%	1,2%	5,4%	2,5%	1,5%	1,8%
Kokaīns	1,4%	1,4%	1,3%	1,0%	1,9%	0,0%
Amfetamīni	8,8%	8,1%	10,6%	10,1%	3,3%	0,0%
Ekstazī	2,2%	2,0%	3,3%	0,9%	1,0%	0,0%
Pretsāpju un nomierinošie līdzekļi	16,6%	14,1%	16,8%	20,0%	12,2%	12,0%
Jaunās psihoaktīvās vielas	12,2%	19,2%	14,1%	9,7%	4,0%	4,3%

6. tabula. Dažādu vielu lietošana pēdējo 30 dienu laikā ieslodzījumā saistībā ar notiesāto vecumu

	VISI	18-24 gadi	25-34 gadi	35-44 gadi	45-54 gadi	55 gadi un vairāk
Jebkuras nelegālās narkotikas*	9,3%	9,8%	10,1%	10,0%	5,0%	2,0%
Jebkuras nelegālās narkotikas un medikamenti**	14,6%	13,3%	14,0%	17,5%	10,9%	12,9%
Jebkuras nelegālās un „legālās” narkotikas***	10,4%	10,8%	11,5%	11,3%	5,3%	2,0%
Jebkuras vielas****	15,5%	13,9%	15,1%	18,7%	11,3%	12,9%
Marihuāna/hašišs	6,6%	7,9%	7,6%	6,4%	2,6%	0,0%
Opiāti (kopā)	2,2%	0,4%	3,1%	2,3%	1,1%	1,8%
Heroīns	1,5%	0,4%	1,7%	2,3%	1,1%	0,0%
Citi opiāti	1,1%	0,4%	1,9%	0,0%	1,1%	1,8%
Kokaīns	0,7%	0,4%	0,6%	1,0%	0,0%	0,0%
Amfetamīni	3,4%	4,3%	3,5%	3,4%	1,9%	0,0%
Ekstazī	1,1%	1,0%	1,7%	0,3%	1,0%	0,0%
Pretsāpju un nomierinošie līdzekļi	9,7%	9,1%	8,7%	12,1%	8,3%	11,2%
Jaunās psihoaktīvās vielas	5,2%	6,4%	6,6%	4,5%	1,1%	1,6%

7. tabula. Dažādu vielu lietošanas pieredzes izplatība pirms ieslodzījuma: 2003., 2010. un 2014. gada aptauju rezultātu salīdzinājums

	Dzīves laikā			Pēdējo 12 mēnešu laikā			Pēdējo 30 dienu laikā		
	2003.	2010.	2014.	2003.	2010.	2014.	2003.	2010.	2014.
Marihuāna/hašišs	51%	61%	63%	31%	37%	35%	20%	25%	23%
Opiāti (kopā)	24%	29%	28%	17%	20%	18%	12%	16%	15%
Heroīns	21%	25%	25%	15%	17%	17%	11%	14%	13%
Citi opiāti	19%	20%	19%	13%	13%	11%	8%	9%	8%
Kokaīns	15%	19%	24%	8%	9%	9%	3%	5%	4%
Amfetamīni	22%	41%	46%	16%	30%	31%	10%	22%	24%
Ekstazī	17%	28%	29%	10%	15%	11%	5%	7%	5%
Pretsāpju un nomierinošie līdzekļi	35%	37%	39%	25%	26%	30%	17%	26%	22%
Jaunās psihoaktīvās vielas	-	-	25%	-	-	15%	-	-	8%

8. tabula. Dažādu vielu lietošanas pieredzes izplatība ieslodzījumā: 2003., 2010. un 2014. gada aptauju rezultātu salīdzinājums

	Dzīves laikā			Pēdējo 12 mēnešu laikā			Pēdējo 30 dienu laikā		
	2003.	2010.	2014.	2003.	2010.	2014.	2003.	2010.	2014.
Marihuāna/hašišs	28%	24%	26%	15%	12%	13%	6%	6%	7%
Opiāti (kopā)	12%	12%	12%	5%	7%	7%	2%	3%	2%
Heroīns	10%	10%	10%	4%	6%	5%	1%	2%	2%
Citi opiāti	8%	6%	8%	4%	3%	3%	1%	1%	1%
Kokaīns	4%	3%	4%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Amfetamīni	12%	19%	18%	8%	10%	9%	3%	3%	3%
Ekstazī	7%	8%	7%	3%	3%	2%	1%	1%	1%
Pretsāpju un nomierinošie līdzekļi	25%	18%	22%	17%	12%	17%	9%	12%	10%
Jaunās psihoaktīvās vielas	-	-	18%	-	-	12%	-	-	5%

4. nodaļas pielikums

1. tabula. Notiesāto personu teiktais par viņiem veiktu hepatītu un HIV/AIDS testu

	Hepatīta tests		HIV/AIDS tests	
	Skaitis	Kolonnā %	Skaitis	Kolonnā %
Ir veikts pēdējā gada laikā	493	14,1	693	19,8
Ir veikts laika periodā no 2011. līdz 2013. gadam	424	12,1	583	16,6
Ir veikts senāk	381	10,9	333	9,5
Ir veikts, bet nezina/neatceras kad	152	4,3	123	3,5
Nav veikts vispār	1155	33,0	921	26,3
<i>Nav veikts pēdējā gada laikā, bet neprecizē, vai un kad ir veikts</i>	403	11,5	356	10,2
<i>Nav atbildes</i>	497	14,2	497	14,2
KOPĀ	3506	100,0	3506	100,0

2. tabula. Notiesāto personu atbildes uz LDQ jautājumiem

	Nekad	Dažreiz	Bieži	Gandrīz vienmēr
Vai Jūs esat sevi pieķēris domājam par to, kad Jūs varēsiet iedzert vai lietot narkotikas nākamo reizi?	53,8%	37,8%	5,9%	2,5%
Vai dzeršana/narkotiku lietošana ir svarīgāka nekā jebkas cits, ko Jūs dienā varētu darīt?	81,3%	14,0%	2,9%	1,8%
Vai Jūs jūtat, ka vajadzība pēc alkohola vai narkotikām ir pārāk spēcīga, lai to kontrolētu?	75,1%	17,4%	4,7%	2,9%
Vai Jūs savu ikdienu plānojat, laiku pakārtojot alkohola vai narkotiku iegūšanai un lietošanai?	81,5%	12,2%	3,4%	2,9%
Vai Jūs mēdzat dzert alkoholu vai lietot narkotikas kādā noteiktā veidā tā, lai palielinātu vielu lietošanas radīto efektu?	77,5%	15,7%	4,2%	2,6%
Vai Jūs dzerat/lietojat narkotikas rītā, pusdienas laikā un vakarā?	70,8%	21,9%	4,9%	2,4%
Vai Jūs jūtat, ka Jums vajadzētu turpināt dzert vai lietot narkotikas, ja reiz esat to jau sācis?	78,6%	15,5%	4,0%	1,9%
Vai efekts, kuru Jūs vēlaties iegūt, ir svarīgāks nekā konkrētais alkoholiskais dzēriens vai narkotikas, kuras Jūs lietojat?	69,1%	19,5%	5,6%	5,8v
Vai Jūs gribat iedzert vēl kādu dzērienu vai lietot narkotikas tad, kad to lietošanas efekts sāk izzust?	61,2%	21,3%	11,7%	5,7%
Vai Jūs uzskatāt, ka ir grūti tikt galā ar dzīves likstām bez alkohola vai narkotikām?	68,2%	22,2%	5,3%	4,3%