

TASZ
DROGPOLITIKAI
FÜZETEK
6. SZÁM
2004.

INTRAVÉNÁS
DROGHASZNÁLAT ÉS
KÖZEGÉSZSÉGÜGY

TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT
2004. NOVEMBER

Írták:

Csernus Eszter jogász,
Társaság a Szabadságjogokért (I., II. fejezet)
Nyizsnyánszki Anna Eszter szociálpolitikus,
Társaság a Szabadságjogokért (II., III. fejezet)
Fazekas Tamás jogász (IV. fejezet)
Sárosi Péter drogpolitikai koordinátor,
Társaság a Szabadságjogokért (IV. fejezet)

Szerkesztette:

Csernus Eszter és Dénes Balázs

A kötet megjelenését a Nyílt Társadalom Intézet
Alapítvány tette lehetővé.

TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT
TASZ

Tel./fax: 209-0046

E-mail: tasz@tasz.hu

Honlap: <http://www.tasz.hu/>

Adószám: 18067109-1-41

TARTALOM

ELŐSZÓ	7
I. FEJEZET: HEPATITIS C JÁRVÁNY ÉS HIV/AIDS JÁRVÁNYVESZÉLY A MAGYARORSZÁGI INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK KÖRÉBEN	11
Bevezetés	13
A nemzetközi ajánlások	20
Az emberi jogi megközelítés jelentősége	27
A magyarországi stratégia	32
II. FEJEZET: A TUDÁS HATALOM – HIV ÉS HEPATITIS TESZTLEHETŐSÉGEK HAZÁNKBAN	49
Bevezetés	51
A HIV és a hepatitis teszt a modern közegészségügyi szemléletben	53
<i>Önkéntesség, ingyenesség és anonimitás</i>	55

Sentinel surveillance <i>vizsgálatok</i>	58	<i>Nemzetközi kitekintés</i>	111
<i>Védőoltás</i>	59	<i>Drogbelyzet a magyar büntetés-végrehajtásban</i>	114
Az intravénás kábítószer-fogyasztók tesztelése		Terápiás és prevenciós szolgáltatások	
Európában	60	a fogvatartott drogfogyasztók számára	119
A magyarországi szűrőhálózat	62	<i>Absztinencia-központú szolgáltatások</i>	
<i>Főszabály és kivételek</i>	62	<i>Terápiás közösség</i>	119
<i>HIV tesztelhetőségek</i>	65	<i>Drogmentes körlet</i>	121
<i>Hepatitis tesztelhetőségek és a HBV elleni oltás</i>	66	<i>Ártalomcsökkentő szolgáltatások</i>	122
<i>Sentinel surveillance programok</i>	68	<i>Tűcsereprogram</i>	122
Egy vizsgálat tapasztalatai	70	<i>Fertőtlenítő felszerelés terjesztése</i>	124
Konklúzió	79	<i>Szubsztitúciós terápia</i>	125
		<i>Anonim és önkéntes HIV szűrés</i>	127
III. FEJEZET: HEPATITIS C –		<i>Ártalomcsökkentő tanácsadás</i>	128
AZ EZREDFORDULÓ „REJTETT” JÁRVÁNYA	83	<i>Az ártalomcsökkentés létjogosultsága</i>	
Bevezetés	85	<i>a börtönökben</i>	130
A hepatitis C kezelése	89	<i>Nemzetközi ajánlások</i>	132
Kitekintés az Európai Unióba	92	Drogkérdés a magyar büntetés-végrehajtás	
Intravénás droghasználat Magyarországon	95	jogi szabályozásában és gyakorlatában	139
A vizsgálatok tükrében	98	<i>Hatályban lévő jogszabályok</i>	139
IV. FEJEZET: DROG ÉS HIV/AIDS		<i>Elterelés és drogterápia a magyar</i>	
A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSBAN	109	<i>büntetés-végrehajtásban</i>	144
Drogok és drogfogyasztók		<i>Drogmentes körlet a Budapesti</i>	
a büntetés-végrehajtásban	111	<i>Fegyház- és Börtönben</i>	149
		<i>A HIV és hepatitisz szűrés gyakorlata</i>	152

<i>A HIV pozitív fogvatartottak szegregációjának gyakorlata</i>	154
Konklúziók és javaslatok	158
<i>A stratégiai integráció hiányáról</i>	158
<i>Javaslatok</i>	161
1. <i>A HIV pozitív fogvatartottak szegregációjának megszüntetése</i>	162
2. <i>Hatékonyabb HIV prevenció a börtönökben</i>	165
3. <i>Tájékoztatás a HIV szűrés eredményéről</i>	166
4. <i>Az ártalomcsökkentés bevezetése a büntetés-végrehajtási intézetekbe</i>	167
5. <i>Az elterelés inkonzisztenciáinak megszüntetése</i>	168
UTÓSZÓ	178
MELLÉKLETEK	181

ELŐSZÓ

A HIV/AIDS járvány negyedik hulláma a kilencvenes évek közepétől Közép-Kelet-Európában, elsősorban a volt Szovjetunió tagállamaiban szedi áldozatait, méghozzá a WHO véleménye szerint olyan sebességgel, amely minden korábbi HIV terjedési rekordot megdönt. Mindeközben Nyugat-Európában a hepatitis C vírusok terjedése okoz hasonlóan nagy járványügyi és hamarosan közegészségügyi problémát. Mi a közös a két járványban? A válasz egyszerű: mindkét esetben jelenleg az intravénás drogfogyasztók jelentik a leginkább veszélyeztetett réteget. A Társaság a Szabadságjogokért 2003 júliusában megjelent kiadványában¹ a HIV/AIDS által felvetett emberi jogi problémákkal már bővebben foglalkozott. A drogpolitikai füzetek sorozatunkban pedig a drogfogyasztással, illetve a drog-

1. HIV/AIDS és emberi jogok Magyarországon. TASZ, Budapest, 2003.

fogyasztás büntetőjogi szankcionálásával járó ártalmak csökkentésének fontosságáról ejtettünk több alkalommal szót.

Jelen kötetünkben megpróbáljuk feltárni az intravénás drogfogyasztás és az azzal régióinkban sajnálatos módon együtt járó fertőző betegségek kapcsolatát, ismételten hangsúlyozva mind az emberi jogi, mind az ártalomcsökkentő szemlélet fontosságát. Tekintettel arra, hogy a HIV/AIDS és a hepatitis B és C szexuális érintkezés útján is fertőznek, szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy a társadalom magukat veszélyben nem érző tagjai is könnyen megfertőződhetnek. A vírusok fő fertőzési módjának gyors megváltozására (például az intravénás terjedés irányából a szexuális úton való terjedés felé) számos példa ismert, az emberi jogi szempontok mellett már csak ezért sem dőlhet hátra nyugodtan senki. Továbbra is mindannyiunk érdeke a megelőzés, melyhez reményeink szerint ez a kötet is hozzájárul a közzétett, sokak számára talán eddig ismeretlen információkkal.

A fentiek szellemében a kötet első két fejezete a hepatitis C járványt és a HIV/AIDS járványveszélyt vizsgálja a hazai intravénás drogfogyasztók körében, illetve azt elemzi, mennyiben felel meg a jelenleg Magyaror-

szágon rendelkezésre álló HIV és hepatitis szűrőhálózat a modern közegészségügyi szemlélet által megkívánaknak.

A kilencvenes évek elején az intravénás drogfogyasztók körében a HIV pozitívok mellett rohamosan nőtt a hepatitis C pozitívok száma is, erről a járványról azonban rendkívül kevés a publikált információ, ezért ennek a témának külön fejezetet szenteltünk.

Kevés területe van az életnek, ahol olyan nagy lenne a jelentősége a modern, alapvető emberi jogokat tisztelőben tartó egészségügyi szemléletnek és a felvilágosult, megelőzésre épülő és hatékony ártalomcsökkentő módszereket is alkalmazó drogpolitika gyakorlatának, mint a büntetés-végrehajtás. E kérdéssel foglalkozik utolsó tanulmányunk.

Budapest, 2004 novemberre

I. fejezet

HEPATITIS C JÁRVÁNY
ÉS HIV/AIDS
JÁRVÁNYVESZÉLY
A MAGYARORSZÁGI
INTRAVÉNÁS
KÁBÍTÓSZER-
FOGYASZTÓK
KÖRÉBEN

BEVEZETÉS

Magyarország, és különösen a hazai intravénás (i.v.) kábítószer-fogyasztói kör HIV érintettségének tanulmányozásakor nem hagyhatjuk figyelmen kívül az ország földrajzi elhelyezkedését. Tekintettel kell lennünk arra a tényre, hogy Magyarország két erősebben fertőzött térség között fekszik. A UNAIDS, az ENSZ HIV/AIDS-re szakosodott szervének becslései szerint mintegy 40 millió HIV pozitív ember él ma a világon, közülük 1,2-1,8 millióan Kelet-Európában és Közép-Ázsiában, 520-680 ezren pedig Nyugat-Európában laknak.¹ 2003-ban Nyugaton 30-40 ezer új fertőzést diagnosztizáltak, míg Kelet-Európa és Közép-Ázsia országaiban 180-280 ezer közé tehető az új esetek száma.

2003 februárjában a UNAIDS, a UNICEF és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a kelet-európai járványról ismételten mint a világ eddigi leggyorsabban terjedő HIV járványáról nyilatkozott.² Ez a rohamos ütem mellett azért is különösen veszélyes, mert a

magas kockázatú magatartást tanúsító közösségekből (pl. i.v. droghasználók, szexmunkások) a vírus igen gyorsan és könnyen átkerül a „civil” lakosság körébe. Keleten jelenleg a HIV átadásának elsődleges módja az intravénás kábítószer-használat, egyes országokban az új fertőzöttek 80-90%-a az intravénás droghasználók köréből kerül ki.³ A legsúlyosabban érintett országok között van közvetlen szomszédunk, Ukrajna, és az újonnan EU-taggá vált három balti állam is, Lettország, Litvánia és Észtország.

Nyugat-Európában is jelentős a közös tű vagy injekciós felszerelés révén fertőződtek száma – különösen Portugáliában, Spanyolországban, Franciaországban –, ám a hatékony megelőző és ártalomcsökkentő programok eredményeként több országban – pl. Olaszországban és Németországban – javultak a statisztikák. Jelenleg a legelterjedtebb fertőződési mód ismételten a védekezés nélküli szex, mely a heteroszexuális érintkezés során is egyre jellemzőbb. Az antiretrovirális terápia – melynek köszönhetően a HIV pozitívvá válástól számított akár tizenöt-húsz évig is elodázható az AIDS betegség kialakulása – miatt az a képzet alakult ki az új generációkban, hogy a HIV legyőzhető, gyógyítható, és sokat romlott a fiatalok veszélyérzete.⁴

14

A hivatalos – passzív adatgyűjtésen alapuló⁵ – statisztikák szerint a hazánkban 1985 óta diagnosztizált 1144 HIV pozitív ember között 12 intravénás kábítószer-fogyasztót találtak. Közülük kilencen külföldi állampolgárok voltak, akik elhagyták az országot. Az Ujhelyi Eszter⁶ által néhány drogambulanciával együttműködésben végzett felmérések – ún. *sentinel surveillance* vizsgálatok – során ez idáig két HIV pozitív drogfogyasztót találtak, ám a vizsgálatok a fogyasztóknak csak igen csekély százalékát érintették, és a marginalizált, drogambulanciákra nem járó kábítószer-fogyasztók állapotára vonatkozóan nem tudnak felvilágosítást adni.

A HIV azonban nem az egyetlen járvány, amely az i.v. drogfogyasztókat, valamint rajtuk és szexuális partnereiken keresztül az egész lakosságot fenyegeti. A hepatitis B (HBV) és a hepatitis C (HCV) vírus által fertőzöttek száma is rohamosan nő. A HBV mind nemi úton, mind fertőzött vér vagy testnedvek útján terjed, és anyáról gyermekre is átadható, azaz ugyanolyan módokon fertőz, mint a HIV. A HCV elsősorban vér útján terjed, az anyáról gyermekre való átvitel esélye jóval alacsonyabb, a szexuális érintkezés révén való megfertőzés pedig ritka. A WHO becslései szerint világszer-

15

te mintegy 170 millió ember hordozza a hepatitis C vírusát, és mivel sem védőoltás, sem száz százalékos gyógymód nem áll rendelkezésre, a HCV járványt az egyik legnagyobb közegészségügyi kihívásként kell kezelnünk. Tekintettel arra, hogy az intravénás drog fogyasztók körében a hepatitis C sokkal inkább jelen van, mint a hepatitis B, a továbbiakban a HCV érintettség-re fogunk koncentrálni.

Az Európai Unió országaiban az i.v. kábítószer-fogyasztók 30-90%-a HCV pozitív, és az újonnan diagnosztizált hepatitis C fertőzöttek 60-90%-a az intravénás körből kerül ki. A hepatitis C fertőzöttség szempontjából az intravénás kábítószer-fogyasztók csoportja jelenleg a legveszélyeztetettebb csoport Nyugat-Európában: a becslések szerint mintegy fél millió HCV pozitív ember él uniószerre⁷, a prevalencia és incidencia nyomon követése azonban nem egyszerű, hiszen akár évtizedek is eltelhetnek, mielőtt a vírusos májgyulladás – azaz a hepatitis – tünetei megjelennek, és a fertőzöttséget észlelik. Egy brit tanulmány szerint az Egyesült Királyságban a HCV járvány valószínűleg 2020-ra éri el a csúcspontját.⁸ A „csendes járvány”-ról – a HIV/AIDS járvánnyal ellentétben – igen sokáig alig lehetett hallani, a megelőző és tesztelő programok csak az

utóbbi néhány évben jelentek meg. Az uniós tagállamok eltérően reagáltak a jelenségre: míg Franciaországban az 1999 óta folyamatos információs kampányok és az ingyenes tesztelési lehetőségek következtében mára már a becsült HCV pozitívak felét, azaz 150 ezer embert sikerült diagnosztizálni, addig az Egyesült Királyságban csak 2004-ben indult az első HCV kampány. A brit tanulmány szerint a hatékony fellépés azért is késztetett ennyit, mert az érintetteknek, a HCV pozitívoknak nem volt szószóló szervezetük. Kelet-Európában a Francia Közegészségügyi Intézet⁹ adatai szerint kétszer annyi hepatitis C pozitív ember él, mint Nyugat-Európában.¹⁰

Mindkét térségben igen gyakori a HCV és a HIV fertőzés egyidejű fennállása. Keleten a HIV pozitívok többsége nem jut megfelelő terápiához, így náluk az AIDS miatti halálozási arány jóval magasabb, mint Nyugat-Európában, ahol paradox módon a kevésbé ismert és kevésbé veszélyesnek tartott hepatitis C fertőzés nyomán kialakult májzsugorodás vagy májrák vezet a HIV pozitívok halálához.

Magyarországon az Ujhelyi Eszter vezette *sentinel surveillance* vizsgálat szerint 1996–97-ben az intravénás kábítószer-fogyasztók 16%-a volt HCV pozitív, míg öt

évvel később, 2001-2002-ben ez az arány már 24-28% volt. Jelenleg az i.v. drogfogyasztók mintegy 33%-a HCV pozitív, ám például a Baptista Szeretetszolgálat hajléktalan drogfüggő kliensei 90%-ban hepatitis C pozitívok.¹¹ A HCV fertőzések ilyen arányú emelkedése arra enged következtetni, hogy a hazai drogfogyasztási szokások egyáltalán nem biztonságosabbak, mint a más országbeliek. Közös tűhasználat mellett pedig elkerülhetetlen, hogy a HIV is továbbgyűrűzzön, amint bekerül az i.v. közösségbe; vagyis a jelenlegi helyzet, melyben az i.v. droghasználók között gyakorlatilag nincs HIV, egyfelől csak a szerencsének köszönhető, másfelől pillanatok alatt megváltozhat. Nem kevésbé aggasztóak a hazai szexuális szokások sem: a hagyományos nemi betegségek száma az utóbbi időszakban ismét emelkedett, és a különböző óvszergyárak is egyre alacsonyabb eladási statisztikákról számolnak be.

Reális tehát annak a veszélye, hogy Magyarországon is emelkedjen a HIV és a HCV, illetve HBV pozitívok száma, mind az általános lakosság, mind az intravénás kábítószer-fogyasztók körében. A következőkben azt fogjuk megvizsgálni, hogyan lenne mégis elkerülhető, hogy hazánk a más országokból már sajnos jól ismert fertőződési spirál áldozatául essen. Bemutatjuk az ide-

vágó legfontosabb nemzetközi dokumentumokat, ajánlásokat, tapasztalatokat, különös hangsúlyt fektetve a kérdés emberi jogi dimenzióira, majd vizsgálat tárgyává tesszük a HCV járványra és a HIV járványveszélyre adott hazai válaszokat.

A NEMZETKÖZI AJÁNLÁSOK

A kelet-európai térséget sújtó, elsősorban i.v. droghasználat révén terjedő HIV/AIDS járvány okait igen sok tanulmány¹² elemezte. A szakértők túlnyomó többsége az i.v. drogfüggő HIV pozitívok számának tragikus – Ukrajnában és Oroszországban néhány év alatt 1800%-os – emelkedéséért a szigorú drogpolitikát és legfőképpen a kábítószer-fogyasztás büntetőjogi kérdésként való kezelését tartja felelősnek.

Alapvetően két modell létezik a drogfogyasztás és a hozzá kapcsolódó egészségügyi problémák kezelésére: a prohibicionista (tiltó), és az ártalomcsökkentő drogpolitika. A TASZ korábbi köteteiben és kiadványaiban¹³ e modellek mibenléte, valamint feltételezett és valós hatékonysága már részletesen kifejtésre került, szeretnénk azonban röviden utalni a Bangkokban 2004. július 11-16. között megrendezett AIDS Világkonferencián elhangzottakra. A konferencia egyik háttéranyaga¹⁴ a tiltó drogpolitika HIV/AIDS jár-

ványra gyakorolt hatásait elemezve két káros hatást emel ki.

Az első a különböző kockázatos fogyasztási magatartások elszaporodása, a rendőri üldöztetés miatt ugyanis a droghasználók sietősebben és kevésbé körültekintően injektálják be maguknak a szert, a tűn, fecskendőn megosztóznak, és magukat jelentős veszélynek kitéve, nazális vagy orális módon tárolják (rejtik el) a kábítószer. E három jelenség együttesen növeli a túladagolás, a különféle vírusos és bakteriális megbetegedések, és egyéb egészségkárosító hatások előfordulásának kockázatát. Kutatások azt is megállapították, hogy a rendőri fellépés hatására a drogfogyasztók egészségügyi szempontból jóval kevésbé biztonságos helyekre menekülnek, így például ún. illegális „belövő barlangokba”.

A második káros hatás, mely közvetlenül a tiltó drogpolitika eredménye, hogy a drogfogyasztók nem jutnak hozzá a megfelelő egészségügyi ellátáshoz, ugyanis a rendőri szankcióktól tartva elkerülik mind a hagyományos egészségügyi intézményeket, mind az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat nyújtó programokat. Több tanulmány tanúsítja, hogy a letartóztatástól való félelmükben az i.v. kábítószer-fogyasztók inkább távol maradnak a tűcsereprogramoktól, nehogy a szolgáltatás

igénybevételének tényét, vagy azt, hogy steril felszerelést tartanak maguknál, a rendőrség ellenük szóló bizonyítékként értékelje. Az üldöztetéstől való félelem miatt a droghasználók a használt tűtől, fecskendőtől is igyekeznek a lehető legrövidebb idő alatt megszabadulni, azaz használat után azonnal eldobálják azokat – márpedig ily módon a nem egyszer fertőzött vérral szennyezett tű mások egészségét is veszélyezteti. További problémát jelent, hogy túladagolás esetén a fogyasztók gyakran nem mernek orvosi segítségért folyamodni, mert attól tartanak, hogy az elsősegéllyel együtt a bűnüldöző szervek is a helyszínre érkeznek.¹⁵

Annak ellenére, hogy az ENSZ prohibicionista drogpolitikát pártoló államok – elsősorban az Egyesült Államok, Olaszország, Svédország és Japán – által befolyásolt hivatala, a Drog és Bűnözés Hivatala (UNODC) a kábítószerektől teljességgel mentes társadalmat még mindig elérhető célkitűzésnek tartja¹⁶, az ENSZ többi szakosodott szerve – UNAIDS, WHO, UNDCP, UNHCHR – évek óta az ártalomcsökkentő drogpolitika mellett foglal állást. Peter Piot, a UNAIDS elnöke a Narkotikus Kábítószeres Bizottsága (CND) előtt tartott beszédében a következőket hangsúlyozta:

22

„Az AIDS és a kábítószer egymással összefüggő problémák. (...) ha nem látjuk el az intravénás kábítószer-fogyasztókat steril fecskendőkkel, óvszerrel és felvilágosító-megelőző ismeretekkel, akkor képtelenek leszünk megakadályozni, hogy a HIV vírusával fertőződjenek, és hogy e vírust továbbadják.”¹⁷

Az ártalomcsökkentő drogpolitika¹⁸ nem csupán eredményes, hanem jóval olcsóbb is a tiltó drogpolitikánál. Megelőzni egyszerűen nagyságrendekkel olcsóbb, mint kezelni, az ártalomcsökkentő megoldások – a megelőzés-felvilágosítás, az alacsony küszöbű szolgáltatások (tűcsereprogramok, óvszerosztás) – tehát minden szempontból a legköltséghatékonyabb megoldások közé tartoznak.¹⁹

A megelőzés alapelveiről az Egészségügyi Világszervezet ajánlást adott ki²⁰, és a prevenció elemeit a következők szerint határozta meg²¹:

„Jelen dokumentum, tapasztalatokra támaszkodva, az intravénás droghasználók közötti hatékony prevenció munká alapelveit mutatja be, nemzeti és helyi szinten:

- 1. Információ, kommunikáció és edukáció;*
- 2. Az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való könnyű hozzáférés;*

23

3. Az intravénás droghasználók elérése;

4. Steril felszerelés és fertőtlenítő anyag biztosítása az intravénás droghasználathoz;

5. Szubsztitúciós kezelés biztosítása.

(...)

Az intravénás droghasználók közötti HIV-terjedést meg lehet és meg kell előzni. Elegendő adatunk van arra vonatkozóan, hogy mi hatékony és mi nem hatékony a HIV-prevenció vonatkozásában. Életfontosságú, hogy ezt a tudást gyakorlat-tá tegyük azokban az országokban, ahol kialakulóban van a HIV-járvány az intravénás droghasználók között, valamint azokban is, ahol az intravénás droghasználók közötti HIV-rizikó viselkedés prevalenciája magas.”

Mielőtt az egyes pontokat részletesebben kifejtené, az ajánlás hangsúlyozza, hogy ezeket az alapelveket nem szabad a nemzeti drogstratégiáktól és AIDS stratégiáktól elkülönítve kezelni, sőt, érdemes őket beépíteni azokba, hiszen ezek az elvek alkalmasak arra, hogy a vonatkozó nemzeti programok vezérelveivé váljanak. Utal továbbá arra, hogy – a nemzetközi tapasztalatok tükrében – semmilyen eszköz sem képes önmagában előmozdítani a hatékony HIV prevenciót. Mind nemzeti, mind helyi szinten tehát megfelelő koordinációs szerve-

zeteket kell létrehozni, hogy a prevenció „jól megtervezett és konzisztens intervenciók” révén valósulhasson meg. E szervezetek tagjai között nem csupán politikusoknak, az egészségügyi hatóság képviselőinek, szolgáltatást nyújtóknak és elismert szakembereknek kellene szerepelniük, hanem a szolgáltatásokat igénybe vevőknek is, azaz intravénás drogfogyasztóknak és HIV pozitívoknak is.

Az ajánlás szerint „[a] drogfogyasztók közötti HIV-prevenció közegészségügyi probléma. Ily módon a drogpolitikai szakembereknek, közegészségügyi hatóságoknak és egyéb döntéshozóknak megfelelően fel kell készülniük annak érdekében, hogy olyan döntéseket tudjanak hozni ezen a területen, melyek a közegészségügy és jólét javára lesznek”. A WHO felhívja továbbá a figyelmet arra is, hogy a nem megalapozott és nem költséghatékony drogpolitikai döntések hátterében igen gyakran a hiteles adatok hiánya, illetve a racionalitás helyetti érzelmi indíttatások állnak.

Az Európai Unió Tanácsa 2003-ban szintén ajánlást bocsátott ki a drogfogyasztás és a hozzá kapcsolódó egészségi ártalmak megelőzése, illetve csökkentése végett alkalmazandó elvekről.²² Az ajánlás hangsúlyozza, hogy a stratégia kidolgozása és megvalósítása során a tudományos eredményeket kell szem előtt tartani.

Az Európai Unió akkor soros – ír – elnöksége ígéretéhez híven kiemelten kezelte a HIV/AIDS kérdéskörét. A Dublini Nyilatkozat²³ 10. pontja az intravénás kábítószer-fogyasztók körében végzendő prevenció, terápia és ártalomcsökkentő feladatokról szól. Az Unió akciótervei²⁴ pedig prioritásként kezelik mind a HIV/AIDS, mind a hepatitis C kérdéskörét, és mindkettőt jelentős drogpolitikai kihívásnak tekintik. A Kábítószerekre vonatkozó Akcióterv felhívja a tagállamokat többek között arra, hogy dolgozzanak ki olyan stratégiákat, amelyek révén a komoly egészségkárosodás veszélyének kitett intravénás droghasználók rendelkezésére álló szolgáltatások mennyisége és minősége növelhető – az akcióterv szerint ugyanis ily módon mind az egyéni, mind a közegészségügyi kockázatok csökkenthetők.

AZ EMBERI JOGI MEGKÖZELÍTÉS JELENTŐSÉGE

A hagyományos járványügyi modelltől eltérően, amely a fertőző betegségek elleni küzdelem központjába a hatósági kényszerintézkedéseket helyezi, az ún. modern közegészségügyi megközelítés az emberi jogok maximális tiszteletére és az érintettekkel való együttműködésre épít.²⁵ Az emberi jogok érvényesítéséhez fűződő érdek a gyakran sajnos szakmai berkekben is elterjedt tévhit ellenére nem ellentétes a társadalomnak a közegészség védelméhez fűződő érdekével. Sőt, a nemzetközi tapasztalatok tükrében arra a valójában korántsem meglepő következtetésre juthatunk, hogy sokkal eredményesebb az olyan politika – legyen szó AIDS politikáról vagy drogpolitikáról –, amely minden érintettet teljes értékű emberként és partnerként kezel, mint az olyan, szakmai érvek helyett moralizáló elgondolásokra építő politika, amely önkényesen korlátozza egyes emberek jogait, és bűnbaknak, bűnözőnek vagy kvázi-bűnözőnek kiáltja ki őket. Az emberi jogok indokolatlan

korlátozása és az ezeket kísérő diszkriminatív és stigmatizáló hozzáállás rejtőzködő életmódra ösztönzi mind a kábítószer-fogyasztókat, mind a HIV pozitívokat, a potenciálisan fertőzötteket pedig távol tartja a HIV szűrőhelyektől, hiszen amíg nem jár utána az ember a HIV státuszának, addig nem is derülhet ki róla, hogy fertőzött, és nem kerül át a társadalom megvetett és jogfosztott részébe. Közben azonban – amennyiben hordozza a vírust –, saját túlélési esélyeit rontja, és a kórt is továbbterjesztheti.

Az emberi jogok maximális érvényesülése nem azt jelenti, hogy e jogoknak „gondolkodás nélkül”, dogmaszerűen, minden körülmények között érvényt kell szerezni, hanem azt, hogy az adott körülmények között a lehető legteljesebb megvalósulásukat kell biztosítani. Előfordulhatnak – és elő is fordulnak – ugyanis olyan helyzetek, amelyek indokolják ezen alapvető jogok korlátozását, a korlátozásra azonban csak szigorú elvek szerint van lehetőség. Az első kritérium, hogy a korlátozás legitim célból történjék – ilyen lehet például a közegészségügyi érdek is. A második elv a szükségesség elve: a korlátozásnak a cél eléréséhez feltétlenül szükségesnek kell lennie, azaz a célzott eredmény enyhébb korlátozás révén nem lehet megvalósítható. A harmadik

szempont az arányosság elve, melynek értelmében a cél elérésére alkalmas korlátozásnak jóval jelentősebb eredményekhez kell vezetnie, mint amilyen mértékű hátrányokat okoz. Az intravénás kábítószer-fogyasztók kötelező HIV szűrése tehát például nem azért sérti az emberi jogokat, mert az indokál felhozott érvek – az érintettek és a társadalom egészségének védelme – nem elfogadhatók, hanem azért, mert a kitűzött cél megvalósítására ez az eszköz nem alkalmas – sőt, alkalmazása olyan hamis biztonságérzethez vezethet, amely kifejezetten ártalmas.

Azok az alapvető emberi jogok, amelyek tiszteletben tartására a HIV/AIDS kérdéskör tekintetében fokozott figyelmet kell fordítani, a következők:

- az egészségügyi önrendelkezéshez való jog, így a kezelés és a kezelés önkéntessége és ingyenessége;
- az információs önrendelkezéshez való jog, azaz az anonim teszt lehetőségének biztosítása, névvel történő vizsgálat esetén pedig a teszteredmény bizalmas kezelése, és a nyilvántartásba vett adatok anonimitása;
- a magánélethez való jog, különösen például a kötelező, hatósági partnerkutatótól való tartózkodás;
- a szabad mozgáshoz való jog, azaz a HIV pozitív emberekkel szemben is csak és kizárólag az orvosi szem-

pontok alapján indokolt és szükséges korlátozásokat lehet alkalmazni, márpedig a HIV pozitívok elkülönítése vagy (iskolai, munkahelyi, egyéb) közösségből való kizárása teljességgel indokolatlan, mint ahogy az sem elfogadható, hogy HIV pozitív emberek számára egy országba való belépést megtagadják;

- a diszkrimináció tilalma és az egyenlő bánásmód követelménye, melynek értelmében HIV pozitívítása miatt senkit nem érhet hátrány (sem az egészségügyi ellátás során, sem álláskereséssel, munkavállalással kapcsolatosan, sem tanulmányai során stb.).

Külön kiemelendő még az egészséghez való jog. Az egészséghez való jog alatt nem csupán az értendő, hogy a megfelelő egészségügyi ellátás hozzáférhető kell, hogy legyen. E jognak szerves részét képezi a felvilágosítás-megelőzés, és az ártalomcsökkentés is. Az állam kötelessége, hogy a társadalom tagjait ellássa azokkal az információkkal, amelyek révén megvédhetik magukat pl. a HIV fertőzéstől. Ugyanígy kötelessége, hogy a leszokni nem tudó vagy nem akaró intravénás kábítószer-fogyasztók számára olyan szolgáltatásokat tegyen elérhetővé, amelyeknek köszönhetően a szerhasználatlaltal nem szükségszerűen együtt járó egészségi ártalmak kivédhetőek.²⁶

30

A metadon- vagy heroin-fenntartó programok széleskörű elterjedése pedig a HIV pozitív drogfogyasztók számára azért is létfontosságú, mert a HIV/AIDS elleni antiretrovirális terápia olyan szigorú magatartási – gyógyszereszedési, étkezési – szabályokat ír elő a kezelésben résztvevők számára, amelyeket a következő drogadag megszerzésének és beinjektálásának motívuma köré épülő rendszertelen életmód mellett igen nehéz betartani.

A HIV/AIDS kérdéskörrel kapcsolatos emberi jogi szempontokat a téma szakértői az ENSZ Emberi Jogi Főbiztossága és a UNAIDS által 1996-ban összehívott konferencián²⁷ megvitatták és tizenkét irányelv formájában összesítették.²⁸ Az irányelvekhez tartozó útmutató²⁹ részletesen taglalja, hogy ezeknek a szempontoknak az állam különböző ténykedései során hogyan kell megjelenniük, és hogyan kell őket beépíteni az egyes fázisokba (helyzet- és szükségletfelmérés, tervezés, véleményeztetés, megvalósítás stb.).

A hepatitis C pozitívok emberi jogainak a hepatitis C járvány kontextusában való védelme és érvényesítése szintén fontos kérdésként, kihívásként merül föl.³⁰ A HIV/AIDS kapcsán tárgyaltakhoz hasonlóan a hepatitis C esetében is az együttműködésen alapuló megközelítés a célravezető.

31

A MAGYARORSZÁGI STRATÉGIA

Hazánkban három dokumentum foglalkozik a kábítószer-fogyasztás és a HIV/AIDS, illetve a hepatitis B és C problematikájával³¹: a Nemzeti Drogstratégia (NDS), a Johan Béla Népegészségügyi Program (JBPNP) és a Nemzeti AIDS Stratégia (NAS).

A 2000-ben elfogadott Nemzeti Drogstratégia³² a kábítószer-probléma átfogó és multidiszciplináris kezelését tűzte ki céljául, és a kereslet- és kínálatcsökkentés mellett az ártalomcsökkentésre is figyelmet fordít. Az ártalomcsökkentő módszerek létjogosultságának elismerése és a Stratégiába való illesztése azonban korántsem magától értetődően zajlott, az NDS elfogadását megelőző társadalmi viták során kemény küzdelmet kellett folytatni a hagyományos moralizáló és a szakmai érveket elutasító megközelítés ellen. A megfelelő mélységű szakmai viták létrejöttét az is nehezítette, hogy a hivatalos hazai statisztikák igen alacsony HIV érintettséget, és viszonylag alacsony hepatitis B, illetve hepatis-

tis C érintettséget mutattak. Ráadásul intravénás kábítószer-fogyasztók gyakorlatilag nem szerepeltek a HIV pozitívok között, amiből a szakma képviselőinek egy része arra következtetett, hogy Magyarország a korábbi – ártalomcsökkentő módszerekre nem építő – politikája segítségével drogos körben sikeresen kivédte a járványt.³³ Egyesek abszurd módon úgy vélekedtek, hogy az anonim tesztlehetőség hiánya a garancia arra, hogy minden HIV fertőzéstől tudni lehessen.³⁴ Az állami nyilvántartásban azonban csak az ismert esetek szerepelnek: csak azokat a HIV pozitív embereket tudják regisztrálni, akik valamilyen oknál fogva úgy kerültek kapcsolatba az egészségügyi hálózattal, hogy fertőzöttségük ki is derül. De ha esetleg adott esetben az ország egész lakosságát HIV tesztnek vetnék alá, a társadalom fertőzöttségéről még akkor is csupán egy megtévesztő pillanatfelvételt kaphatnánk. A vírus ugyanis az ún. ablakperiódus alatt, azaz a szervezetbe jutástól számított 4-6 héten keresztül nem mutatható ki. Ha valakit ez az időszak alatt vizsgálunk, a HIV tesztje negatív lesz, és anélkül, hogy tudna róla, bármikor továbbadhatja majd a vírust. Az intravénás drogfogyasztók esetében a passzív adatgyűjtés nem tükrözheti a valós helyzetet, hiszen e fogyasztók igen jelentős ré-

sze – lévén, hogy Magyarországon a drogfogyasztás ténye hivatalból üldözendő bűncselekmény – rejtőzködő életmódot él. A marginalizált, nem egyszer hajléktalan fogyasztók pedig szinte soha nem kerülnek a hagyományos egészségügyi ellátórendszer látókörébe.

A Nemzeti Drogstratégia megalkotása és elfogadása idején még nem létezett sem a későbbi JBNP-hez hasonló átfogó program, sem országos AIDS program, ezért az ártalomcsökkentő módszerek propagálása és támogatása elsősorban az NDS alapján, és az Ifjúsági és Sportminisztériumon keresztül indult meg.

Az Egészségügyi Minisztérium (EüM) a kilencvenes évek végétől nem csupán az intravénás drogfogyasztókat fenyegető HIV fertőzésnek nem tulajdonított kellő jelentőséget, hanem az egész HIV/AIDS kérdést hanyagolta, olyannyira, hogy 2001-ben megszüntette a hazai HIV/AIDS programok kidolgozásával és koordinálásával megbízott Nemzeti AIDS Bizottságot (NAB).³⁵ Az indoklás szerint az alacsony fertőzésszámot mutató statisztikák azt bizonyították, hogy Magyarország megoldotta az AIDS kérdést, ezért a Bizottság munkájára a továbbiakban nincs szükség.

Az önkéntes és anonim HIV vizsgálatok szabályozása körüli viták és kritikák³⁶ 2002 őszén ismét a

HIV/AIDS problematikára irányították a figyelmet, és az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium (ESZCSM) 2002. december elsején bejelentette, hogy újból létrehozta a Nemzeti AIDS Bizottságot. A Bizottság munkájától a területen tevékenykedő civil szervezetek igen sokat reméltek, hiszen – országos stratégia és az AIDS elleni küzdelemhez rendelt források híján – a felvilágosítás-megelőzés a korábbi években szinte teljesen leállt. Anonim HIV vizsgálatokra gyakorlatilag az 1998-tól 2002 végéig hatályban lévő szabályozás következtében nem volt mód³⁷, új, pl. ártalomcsökkentő programok indítására pedig az EüM, illetve később az ESZCSM forrásaiból nem volt lehetőség.

A NAB azonban 2003-ban leginkább a HIV/AIDS szcénától való távolmaradásával tűnt ki. Az illetékesek az égetően hiányzó Nemzeti AIDS Stratégia elfogadásáról a 2003. évi AIDS Világnap (december elseje) alkalmával kívántak pozitív eredményként beszámolni, a Stratégia első változatát azonban csak 2003 novemberében készítették el. A Tervezet kidolgozását semmilyen különösebb adatgyűjtés vagy helyzetfelmérés nem előzte meg, és a véleményezésre megküldött dokumentum oldalairól a kilencvenes évek elejét-közepét idéző gondolatok köszöntek vissza.

Az ESZCSM által tartott AIDS napi megemlékezést megelőzően néhány, a HIV/AIDS elleni küzdelemben érintett civil szervezet közös sajtótájékoztató keretében hívta fel a közvélemény figyelmét a hazai „AIDS politika” hiányosságaira és ennek veszélyeire.³⁸ Az állásfoglalást 2003. december 16-án az aláírók az egészségügyi miniszterhez is eljuttatták. A tiltakozás folyamánként 2004. március 8-án létrejött egy személyes találkozó a NAB elnöke, Jakab Ferencné, és az öt aláíró szervezet között³⁹, mely lényegében arról szólt, hogy a tárca a kritikával élő szervezetek programjaihoz konkrét, a szervezetek által szükségesnek tartott mértékű finanszírozást ígért. A „lepaktálás” eredményeként a 2004-ben AIDS prevencióra fordítható összeg jó kétharmada az öt civil szervezet programjaihoz került – további, más szervezetek számára is nyilvánosan megpályázható források nem is maradtak.

A finanszírozási kérdések tárgyalásakor meg kell jegeznünk, hogy a NAB újjáélesztése alkalmával tett minisztériumi ígéretektől eltérően a Nemzeti AIDS Bizottsághoz a 2004-es évre sem rendeltek forrásokat.⁴⁰ Ehelyett a NAB a 2003 tavaszán elfogadott Johan Béla Népegészségügyi Program⁴¹ kereteiből gazdálkodhatott. A Nemzeti AIDS Bizottság, illetve a Nemzeti

AIDS Stratégia és a Népegészségügyi Program közötti összefüggéseket úgy tűnt, nagyon sokáig maguk az érintettek sem látják tisztán, az állami passzivitás ellen fellépni kívánó civil szervezetek pedig csak hosszas utánajárás eredményeként tudták kideríteni, hogy valójában kin kérhetők számon a késedelmek és a hiányosságok.

A Népegészségügyi Program ugyan prioritásként kezeli a HIV/AIDS kérdéskörét, nem világos azonban, hogy mi alapján határozták meg, hogy ennek az elsőbbséget élvező területnek a költségigénye 2004-ben 70 millió forint. A 2004. évi cselekvési terv a már említett civil szervezetek támogatásán túl egyedül az ÁNTSZ hálózat számára juttatott forrásokat – nevezetesen 19 millió forintot, az anonim AIDS tanácsadás bevezetésére.⁴² Ez a döntés több szempontból is kifogásolható. Egyrészt 1998-ig, az anonim HIV tesztlehetőség jogszabályi felszámolásáig létezett Magyarországon is anonim HIV vizsgálat, az ezzel járó tanácsadás megoldása tehát nem lehet az intézetek számára ekkora ráfordítást igénylő, teljesen új kihívás. Másrészt, az anonim tanácsadás semmiben nem különbözik a névvel végzett tesztelést kísérő tanácsadástól – attól, hogy a tesztre jelentkező nem adja át a személyes adatait, a HIV terjedési formái és megelőzésének módjai nem változnak,

azaz az intézetek munkatársainak továbbra is csak úgy kell végezniük a munkájukat, ahogy azt a múltban elvileg tették.⁴³ Harmadrészt pedig, mielőtt a Nemzeti AIDS Bizottságot 2001-ben felszámolták volna, a HIV szűrések céljából rendelkezésre álló NAB forrásokat beépítették az ÁNTSZ hálózat költségvetésébe. A hálózatnak 35,932 millió forintot utaltak erre a célra, mely összeg a döntés szerint „2000. és 2001. január 1-i hatállyal és folyamatos jelleggel” került beépítésre. Ez a pénz azóta is rendre megérkezik az ÁNTSZ számlájára.

2003-ban az ÁNTSZ állandó finanszírozásához hasonlóan az Országos Bőr- és Nemibeteg-gondozó költségvetésébe is beépült egy évi 5 millió forintos fix összeg. Ezzel szemben a Szent László Kórház, amely igény esetén szintén végez HIV tesztekkel, és ahol a HIV pozitívok megfelelő orvosi ellátása érdekében külön fogászatot és egy kis műtőt is üzemeltetnek⁴⁴, 2004-ben egy fillér támogatáshoz nem jutott.⁴⁵

A 2004-től 2010-ig terjedő időszakra szóló Nemzeti AIDS Stratégia – melynek megalkotása a JBNP 2003-as eredményei⁴⁶ között szerepel annak ellenére, hogy a NAB csak a 2004. június 7-i ülésén hagyta jóvá, és csak szeptemberre jelentette meg – az intravénás kábítószer-fogyasztókat illetően az alábbiakat tartalmazza:

„Intravénás kábítószer-fogyasztók:

- * *Tűcsereprogramok szociális munkások, drogambulanciák, kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó egyéb gondozóhelyek bevonásával, tűcsere-automaták elhelyezésének támogatása, a szer-fogyasztást csökkentő programok támogatása a kábítószeres életmódhoz kapcsolódó prostitúció esélyének csökkentése érdekében.*
- * *Prostituáltakkal foglalkozó szociális munkások, civil szervezeti aktivisták képzése a kábítószer-fogyasztás jeleinek, következményeinek felismerésére, az intravénás kábítószer-használó prostituáltak függőséget kezelő vagy más, alacsonyküszöbű szolgáltatásba vonásának érdekében.*
- * *Felvilágosító és anonim szűrési programok intravénás kábítószer-használók számára a velük foglalkozó szociális munkások, drogambulanciák bevonásával.”*

A NAS megvalósítása és finanszírozása éves munkaterv alapján történik, a 2004-es munkaterv azonban egyetlen az i.v. drogfogyasztással összefüggő programot sem nevesít. A Stratégiában felmerül az intravénás fogyasztók körében végzendő felvilágosítás-megelőzés, tesztelés és tanácsadás, ám a konkrét lépések továbbra is vártnak magukra.

A Nemzeti Drogstratégia megvalósulását értékelő 2003-as jelentés⁴⁷ kívánatosnak tartaná, ha a HIV/AIDS, a hepatitis B és C és a tuberkulózis megelőzése, illetve korai felismerése és kezelése céljából lennének rendszeres, önkéntes részvételen alapuló országos szűrési kampányok. A Jelentés az injekciós droghasználat „gyors helyzetfelmérés és válasz” (rapid assessment and response – RAR) módszerrel való felmérésének bemutatása⁴⁸ kapcsán megjegyzi, hogy a szakemberek szerint a hagyományosan HIV szűrést végző intézmények a droghasználók számára nehezen elérhetőek, a szerfogyasztók ugyanis attól tartanak, hogy a szűréssel fel kellene adniuk anonimitásukat.

Az NDS támogatja az ártalomcsökkentő programokat, és különösen a tűcsereprogramokat, melyek kapcsán a Jelentés a WHO-tól átvett kijelentéssel indít: *„a tűcsere a leghatékonyabb eszköz az intravénás droghasználók HIV-, illetve hepatitis-fertőzésének megelőzésére”*.⁴⁹ Annak tudatában azonban, hogy a WHO adatai és ajánlásai szerint a tűcsereprogramok akkor lesznek mérhető hatással a járványok alakulására, ha az intravénás kábítószer-fogyasztók minimum 60%-a e szolgáltatások révén steril felszereléshez jut, a Magyarországon létező programok még mindig igen távol állnak attól a hatékonyságtól, amely kívánatos lenne.

40

41

Konklúzióként tehát megállapíthatjuk, hogy annak ellenére, hogy hazánkban ismertek az intravénás körben fenyegető HIV és kibontakozó hepatitis járvány motívumai, illetve az ellenük való hatékony fellépés eszközei, a gyakorlatban kínos lassúsággal haladnak a dolgok. A döntéshozók nem kellő felkészültsége és a WHO és a UNAIDS szakmai ajánlásaival ellentétes „szakmai vélemények” megnehezítik a kérdés hatékony kezelését és az ahhoz szükséges források előteremtését. A jelenleg viszonylag kedvező – vagy csak kedvezőnek tűnő? – statisztikákból kiindulva politikusaink többsége nem érzi indokoltnak a megelőzés költségeinek emelését: a programok igen korlátozott számát hivatalosan mindig a finanszírozási lehetőségek behatároltságával magyarázzák.

Érdemes lenne azonban elgondolkozni azon, hogy ha Magyarország elmulasztja a megelőzés adta, vissza nem térő lehetőségeket, akkor vajon mennyibe fog az államnak kerülni a leendő HIV pozitívok, AIDS betegek és hepatitis B, illetve C pozitívok kezelése.

JEGYZETEK

1. UNAIDS/WHO *Report on the HIV/AIDS global epidemic*, 2003. december 1.
2. UNAIDS, UNICEF, WHO Press Release: *AIDS Threat Growing throughout Europe – UN, World Bank and Global Fund call on European Ministers to scale up HIV prevention and treatment programmes*, Dublin, 2003. február 23.
3. Françoise F. Hamers és Angela M. Downs: „HIV in Central and Eastern Europe”, in: *The Lancet* 2003, vol. 361. n° 1035-44.; Ujhelyi Eszter: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyeztről 1996–2002-ig*.
4. Ministerial Conference, Dublin, 23–24 February 2004 – Background Paper: *The Changing HIV/AIDS Epidemic in Europe and Central Asia*, www.eu2004.ie
5. Ennek jelentőségét lásd: Csernus Eszter: „A HIV státusz nyilvántartása” – in: *HIV/AIDS és emberi jogok Magyarországon* (szerk.: Csernus Eszter), TASZ, Budapest, 2003.
6. A budapesti Szent László Kórház AIDS Laboratóriumának vezetője. Lásd bővebben: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyeztről 1996–2002-ig*.
7. Az adatok a tizenöt tagállamot tartalmazó Európai Unióra vonatkoznak. *Drugs in focus n°11 – Hepatitis C: A hidden epidemic*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003, www.emcdda.eu.int
8. „Breaking the silence”, in: *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 4, 2004. február, <http://infection.thelancet.com>
9. National Public Health Institute, InVS, Saint-Maurice, France.
10. J-C. Desenclos: „The challenge of hepatitis C surveillance in Europe”, in: *Euro surveillance – European Communicable Disease Bulletin*, vol. 8., n°5, 2003. május.
11. GYISM: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyeztről 2003*, 178. o.
12. Kasia Malinowska-Sempruch, Jeff Hoover és Anna Alexandrova: *Unintended Consequences: Drug Policy Fuel the HIV Epidemic in Russia and Ukraine*, IHRD-OSI, 2003, www.soros.org/harm-reduction és Kasia Malinowska-Sempruch és Sue Simon: *UN Drug Control Efforts Contribute to HIV Explosion*, Open Society Institute, 2003. április 14.
13. *TASZ Közirat a tiltó drogpolitikáról*, 2002. február; *TASZ Közirat az ártalomcsökkentő drogpolitikáról*, 2002. április; Dénes Balázs és Nyizsnyánszki Anna (szerk.): *A tiltás gyümölcsei*, Drogpolitikai Füzetek 3. sz., 2002; Balázs Dénes: „The Background to Harm Reduction in Hungary: Legislation and Drug Policy”, in: *Harm Reduction Programs in Hungary*, 2003. január., www.tasz.hu
14. Richard Elliott, Thomas Kerr, Joanne Csete és Evan Wood: *Regime Change? Drug Control, Users' Human Rights and Harm Reduction in the Age of AIDS*; Draft Background Paper for: Human Rights at the Margins: HIV/AIDS, Prisoners, Drug Users. and the Law (a satellite of the XV International AIDS Conference), Bangkok, 2004. július 9., 7. o.

15. Meg kell jegyeznünk, hogy a TASZ által 1996-ban kezdeményezett adatvédelmi biztosi vizsgálatig, és a mentős diszpécsereknek a rendőröket a drogos ügyekről rutinszerűen értesítő gyakorlatát elítélő biztosi ajánlásig ez volt a helyzet hazánkban is.
16. UNODC: *World Drugs Report 2004*.
17. Peter Piot: *Speech to the Commission on Narcotic Drugs*, Bécs, 2003. április 17., www.unaids.org (Ford.: Cs. E.)
18. Melynek eszközeiről lásd bővebben: Csernus Eszter: „Az intravénás kábítószer-használat kérdésköre”, in: *HIV/AIDS és emberi jogok Magyarországon* (szerk.: Csernus Eszter), TASZ, Budapest, 2003. július; *TASZ Közirat az ártalomcsökkentő drogpolitikáról*, 2002. április.
19. „Cost-effectiveness of HIV Preventive Measures among Injecting Drug Users”, in: *Economics in HIV/AIDS Planning*, UNAIDS, 2000 (CD-Rom).
20. *Principles for preventing HIV infection among drug users*, WHO Regional Office for Europe, Koppenhága, 1998. (Ford.: Demetrovics Zsolt, <http://vega.medinfo.hu/weblap/szenved/drog.htm>)
21. Ezeket az elveket a UNDCP által szervezett minszki konferencia (2000. július 13–15.) 22 i.v. droghasználói körben prevenciók tevékenységet végző program képviselője átvette és megerősítette. Lásd: „Key components of effective prevention of HIV/AIDS”, in: *Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons Learned* (UNDCP/UNAIDS), 2001, 98. o.
22. *Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence*, 2003. június 18.
23. *Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*, Dublin, 2004. február 22–23.
24. *EU Action Plan on Drugs 2000–2004; EU Action Plan on Public Health 2003–2008*.
25. A modellekről bővebben lásd: Csernus Eszter: „Önkéntesség és anonimitás”, in: *HIV/AIDS és emberi jogok Magyarországon* (szerk.: Csernus Eszter), TASZ, Budapest, 2003. július.
26. Az ártalomcsökkentés emberi jogi vonatkozásairól lásd bővebben: Fridli Judit: „Harm Reduction is Human Rights”, in: *Harm Reduction News*, vol. 4., n°1, 2003 tavasza.
27. *Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights*, Genf, 1996. szeptember 23–25.
28. Lásd az I. mellékletet.
29. OHCHR/UNAIDS: *HIV/AIDS and Human Rights – International Guidelines*, HR/PUB/98/1, United Nations, Geneva, 1998. A kiadvány az ENSZ-től, illetve a UNAIDS-től ingyenesen beszerezhető.
30. Lásd bővebben: Ralf Jürgens (Canadian HIV/AIDS Legal Network): *Ethical, legal and human rights issues in hepatitis C*, 2nd Canadian Conference on Hepatitis C, Vancouver, 2004. március. 28., www.aidslaw.ca
31. A hepatitis B és C kérdésére adott hazai válaszokat lásd bővebben e kötet III. fejezetében.

32. 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat,
www.gyism.hu/index.php?id=72
33. József Rácz: „Addressing HIV/AIDS prevention among injecting drug users within the framework of the national strategy”, in: *Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons Learned*, UNDCP/UNAIDS, 2001, 61. o.
34. „Az ENSZ szakszerve, a UNAIDS interneten közzétett becslései szerint Magyarországon 2500 a HIV fertőzöttek száma. Ez az adat nem igaz – állítja Berencsi György, hazánkban összesen 1000 regisztrált beteg van és mivel itthon és Svédországban nincs anonim szűrés, csaknem mindenkiről lehet tudni, ha beteg.” (Bilkei-Gorzó Borbála: „Magyar siker az AIDS-megelőzésben”, in: *Magyar Hírlap*, 2000. július 7.); dr. Berencsi György az Országos Epidemiológiai Központ virológusa.
35. A Nemzeti AIDS Bizottság megszüntetéséről szóló 2/2001. (EüK. 7.) EüM utasítás.
36. A kérdésről bővebben lásd: *HIV/AIDS és emberi jogok Magyarországon*, Csernus Eszter (szerk.), TASZ, Budapest, 2003. július.
37. Az ún. „részlegesen anonim” szűrésről bővebben lásd: Csernus Eszter: „Önkéntesség és anonimitás”, in: *HIV/AIDS és emberi jogok Magyarországon* (szerk. Csernus Eszter), TASZ, Budapest, 2003. július, 23–24. o.
38. *A HIV/AIDS elleni küzdelemben érintett civil szervezetek közös állásfoglalása*,
<http://www.tasz.hu/dl.php?type=mm&goto=165>
39. A TASZ – bár a decemberi állásfoglalást aláírta – a találkozón nem kívánt részt venni, mert alkalmatlannak találta az állásfoglalásban felvetett problémák hatékony megjelenítésére. A találkozón részt vevő szervezetek a következők voltak: Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat, Háttér Társaság a Melegekért, Magyarországi Prostituáltak Érdekvédelmi Egyesülete, PLUSS – A Magyarországi HIV-pozitívokat Segítő Egyesület, Szex Edukációs Alapítvány.
40. Mivelhogy a Bizottságot 2002 végén hozták ismételten létre, a 2003-as költségvetésbe már nem lehetett új tételt beilleszteni, a minisztérium azonban azt ígérte, hogy 2004-től természetesen gondoskodik róla, hogy a NAB mellé megfelelő forrásokat rendeljen.
41. Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat.
42. Megjegyzendő, hogy az anonim HIV szűrővizsgálatok eljárását érintő adatvédelmi biztosi ajánlás (lásd: III. melléklet) és a TASZ tapasztalatai szerint az ÁNTSZ-ek jó része nemhogy a tanácsadást, de magát az anonim tesztet sem biztosítja.
43. A betegjogok közé tartozó adekvát tájékoztatáshoz való jog szerves része a tanácsadás, ez a kötelezettség pedig legalább 1998 óta, az új egészségügyi törvény hatályba lépése óta létezik.
44. A véletlen megfertőződéstől tartva a hazai orvosok, illetve fogorvosok többsége ugyanis nem hajlandó a HIV vagy hepatitis pozitív betegeket ellátni.

45. Szükségesnek tartjuk azonban megjegyezni, hogy a HIV pozitívok terápiás költségeit természetesen az OEP finanszírozza.
46. Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja 2003. évi előrehaladásáról szóló J/9822. sz. tájékoztató, 5. o.
47. GYISM: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2003.*
48. Rácz József és Ritter Ildikó írása.
49. WHO, 1989-es állásfoglalás.

II. fejezet

A TUDÁS HATALOM – HIV ÉS HEPATITIS TESZTLEHETŐSÉGEK HAZÁNKBAN

BEVEZETÉS

Mint minden járvány esetében, a HIV, a hepatitis B és a hepatitis C járvány megelőzése, illetve megállítása szempontjából is a megfelelő helyzetismeret az egyik legfontosabb tényező. Csak a probléma alapos felmérése alapján lehet ugyanis megtervezni a szükséges lépéseket, és a választott stratégia tényleges hatékonyságáról is csupán rendszeres helyzetfelmérés alapján kapható hiteles kép, visszajelzés.

Az előző fejezetben már szóltunk a hagyományos és a modern közegészségügyi modellek közötti különbségről, és arról is, hogy a HIV, a hepatitis B, illetve a hepatitis C esetében bizonyítottan az emberi jogok tiszteltetésén alapuló megközelítés vezet a kívánt eredményekhez. A következőkben először röviden vizsgáljuk, hogy a modern közegészségügyi szemlélet milyen szűrőhálózatot feltételez, betekintést adunk az i. v. drogfogyasztók tesztelésének európai gyakorlatába, majd megvizsgáljuk, hogy a magyarországi hálózat

mennyire felel meg a fenti modellnek. Bemutatásra kerül a jelenlegi hazai HIV, illetve hepatitisz szűrőhálózat, és ismertetjük egy a TASZ által végzett felmérés¹ eredményeit is.

A HIV ÉS A HEPATITIS TESZT A MODERN KÖZEGÉSZSÉGÜGYI SZEMLÉLETBEN

A HIV, a HBV és a HCV hasonló módon terjedő vírusok: a HIV szexuális érintkezés útján, anyáról gyermekre (a magzati stádiumban vagy a szoptatás alatt) történő átvitel révén, vagy vér útján fertőz, a hepatitis B szintén, a hepatitis C pedig elsősorban fertőzött vér révén terjed, de az anyáról gyermekre történő átvitel sem zárható ki.² A hepatitis B ellen létezik védőoltás, a HIV és a hepatitis C ellen azonban egyelőre nem áll rendelkezésre oltóanyag. A HIV fertőzésre, illetve AIDS betegségre ez idáig nem fedeztek föl hatékony gyógymódot, és a szakértők mindezekig spontán gyógyulást sem tapasztaltak. A HBV és a HCV fertőzésekből ugyan fel lehet épülni (spontán gyógyulásra is vannak példák), a komoly mellékhatásokkal járó, és ezért nem is minden betegnél alkalmazható interferon kezelés azonban nem mindig eredményes, a vírushordozó állapot (és vele a fertőzőképesség) pedig a tünetmentességtől függetlenül továbbra is fennmarad.

A sok hasonlóság ellenére mégis eltérő a HIV pozitívok és a hepatitis pozitívok – vagy, más néven, vírusos májbetegekek³ – társadalmi megítélése. A világméretű HIV/AIDS járvány kezdeti időszakában, a nyolcvanas évek végén – kilencvenes évek elején mindenfelé igen sokat lehetett hallani az AIDS-ről, a lakosság tehát valamennyire ismerte-ismeri ezt a betegséget. Ezek az ismeretek sajnos gyakran pontatlanok vagy tévesek, ám azt, hogy gyógyíthatatlan betegségről van szó, úgy tűnik, mindenki megjegyezte – hogy a kezdeti „kategorizálásokról”, mint például hogy az AIDS a meleg betegség, ne is szóljunk. A félelmeken kívül tehát sokak fejében negatív értékítéletek is kapcsolódtak-kapcsolódnak a HIV/AIDS-hez: aki HIV pozitívvá vált, az biztos valami botrányosat művelt – prostituált szolgáltatásait vette igénybe, az azonos neműekhez vonzódik, kábítószerzik stb. –, és megérdemli a sorsát. Nem csoda tehát, hogy az érintettek igyekeznek fertőzőtségüket titokban tartani: már az is „gyanússá” tehet valakit, ha kiderül róla, hogy HIV teszten volt, hiszen rögtön elindul a találgatás, hogy vajon miért mehetett vizsgálatra, mi olyat tett, ami révén elkaphatta a vírust stb.

Ezzel szemben a hepatitis B és C viszonylag ismeretlenek, és nem kapcsolódnak hozzájuk olyan negatív tár-

sadalmi értékítéletek, mint a HIV/AIDS-hez. Ahhoz tehát, hogy a lakosság minél nagyobb részével együttműködve hiteles képet kaphassunk az ország fertőzőtlenségéről, a HIV/AIDS esetében – a stigmatizáció és diszkrimináció veszélye miatt – többletgaranciákra van szükség.

A következőkben vázoljuk azokat az elveket, módszereket és garanciákat, amelyeket a modern közegészségügyi szemlélet szerint a HIV, a hepatitis B és a hepatitis C elleni küzdelemben a tesztek tekintetében alkalmazni szükséges.

ÖNKÉNTESSÉG, INGYENESSÉG ÉS ANONIMITÁS

Mind a társadalomnak, mind az egyéneknek elemi érdeke, hogy az érintettek tudjanak fertőzőtlenségükről. Az egyénnek azért érdeke ez, mert minél hamarabb szerez tudomást állapotáról és kezdi meg a szükséges terápiát – mely Magyarországon ingyenesen áll az érintettek rendelkezésére –, annál jobbak az életben maradási esélyei. A HIV esetében például egy időben megkezdett kezeléssel az AIDS betegség kialakulása jelentősen elodázható, és az illető akár húsz évig is teljes, normális

életet élhet. A társadalomnak pedig szintén érdeke, hogy minél többen legyenek tisztában HIV, illetve hepatitis⁴ státuszukkal. Akik már megfertőződtek, így megfelelő információkat kaphatnak arról, hogyan kerülhetik el a vírus továbbadását, a kiszűrt vírushordozók adatai – nem, kor, földrajzi elhelyezkedés, megfertőzés valószínűsíthető módja – pedig segítik a prevenciók tevékenység hatékonyabbá tételét.

Közegészségügyi érdek tehát, hogy minél többen végeztesse HIV, illetve hepatitis tesztet, és hogy a különösen veszélyeztetett csoportok tagjai – térségünkben például az intravénás drogfogyasztók – is eljussanak HIV tesztre. Első látásra talán kézenfekvőnek tűnhet a kérdést a droghasználók kötelező szűrésével megoldani. A nemzetközi tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a kötelezés és a hatósági fellépés sokkal inkább a szűrőhelyek elkerülésére ösztönzik az érintetteket. Ez azzal magyarázható, hogy a rejtőzködő életmódot folytató kábítószer-fogyasztók nem szívesen adják föl névtelenségüket, vagy teszik ki magukat és környezetüket különféle zaklatásoknak, márpedig a kötelező szűrés egyben névvel történő szűrést is jelent, és gyakran párosul kötelező partnerkutatással, vagy akár az érintett lakóhelyén végzett környezettanulmány készítésével. A

56

hatósági fellépés tehát a kívánthoz képest ellenkező hatást eredményez, rejtőzködéssre ösztönöz, és alkalmatlan a közegészség védelmének biztosítására. Az alkalmatlanság mellett nem elhanyagolható szempont az sem, hogy a kötelező HIV teszt sérti a vizsgálatra kötelezettek alapvető emberi jogait: az egészségügyi és az információs önrendelkezéshez való jogukat, és az emberi méltósághoz való jogukat is. Az i.v. drogfogyasztók elérésére az egyik legalkalmasabb megoldás az őket célzó ártalomcsökkentő programok, és közülük is az utcai megkereső munkát végző programok szolgáltatásai közé beilleszteni az önkéntes és anonim HIV és hepatitis teszteket.

A lakosság minden rétege számára szükséges ingyenes vizsgálati lehetőséget biztosítani, súlyos járványügyi következményekkel járhat ugyanis, ha anyagi források híján pont azok az emberek nem jutnak el szűrésre, akik marginális helyzetüknél fogva egyébként is könnyebben kerülhetnek kapcsolatba mind a drogokkal, mind a halálos vírusokkal. Nem tekinthető megfelelő megoldásnak, ha csak a társadalombiztosítással rendelkező személyek számára térítésmentes a teszt: egyrészt, mert a biztosítási jogviszony igazolásakor megszűnik az anonimitás, másrészt pedig, mert a víru-

57

sok nem válogatnak: a biztosítás nélküli egyéneket ugyanúgy meg tudják fertőzni, és rajtuk keresztül „ugyanolyan jól” terjedhetnek tovább. Könnyen belátható tehát, hogy a HIV és a hepatitis tesztek ingyenes és minél szélesebb körű biztosításával magunknak tesszük szívességet.

SENTINEL SURVEILLANCE VIZSGÁLATOK

A konkrét személy által kezdeményezett hepatitis vizsgálat vagy anonim HIV teszt mellett a modern közegészségügyi modell repertoárjában létezik egy másik adatszerzési módszer, az ún. *sentinel surveillance* vizsgálati módszer. E vizsgálat lényege, hogy bizonyos lakossági csoportokban személyazonosítóktól megfosztott vérmintákat tesztelnek, és a kapott eredmények alapján az adott csoportra vagy a lakosság egészére nézve jutnak hasznosítható megállapításokhoz. Tesztelhetők például a szülészeti-nőgyógyászati osztályon fekvők, és az eredmények alapján következtetni lehet az adott korosztályba tartozó nők érintettségére. Igen alkalmas ez a módszer az intravénás kábítószer-fogyasztók fertőzöttségének nyomon követésére is, és nagy előnye, hogy

nem vet fel adatvédelmi aggályokat: mivel a vérminták alapján az érintettek nem azonosíthatók be, hátrány sem érheti őket, és a hozzájárulásukra sincs szükség.

VÉDŐOLTÁS

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlása szerint az intravénás kábítószer-fogyasztókat HBV elleni oltásban kell részesíteni. Tekintettel továbbá az érintettek gyakran igen rossz higiéniai körülményeire, a WHO javasolja a drogfogyasztók hepatitis A elleni beoltását is.

AZ INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK TESZTELÉSE EURÓPÁBAN

Az Európa Tanács R(89)14 és R(93)255 sz. ajánlása szerint a HIV teszteknek könnyen elérhetőeknek és ingyeneseknek kell lenniük, a tesztre jelentkezők adatait bizalmasan kell kezelni, és tilos azokat bármilyen diszkriminatív célra felhasználni. Az Európai Parlament jelzi ugyanakkor, hogy az újonnan csatlakozó kelet-európai államok HIV/AIDS, illetve hepatitis B és C politikáját illetően az EU-tagság nem követel meg egységes szabályozást. Lévéen, hogy e járványügyi kérdések nem tartoznak a közösségi politikák közé, a csatlakozás pusztán tényétől nem várható lényegi változás: a HIV, HBV és HCV kezelése tekintetében a régi tagállamok szemlélete és szabályozása sem egységes. A Parlament azonban hangsúlyozza, hogy e vírusok elleni küzdelem mindenképp összehangolt – azaz ha nem is egységes, de kompatibilis – stratégiát igényel.⁵

Svédország kivételével minden EU-tagállamban van lehetőség névtelen HIV tesztre, és a tesztek többnyire

ingyenesek. Mivel az Európai Unióban a HIV prevenciósi tevékenység egyik elsődleges köre az i.v. droghasználó populációhoz köthető, a legtöbb országban a HIV tesztelhetőség az ártalomcsökkentő szolgáltatások integráns részét képezi: a szubsztitúciós terápiát vagy tűcserét kínáló létesítmények gyakran arra is lehetőséget adnak, hogy a hozzájuk betérő kliensek anonim HIV tesztet végeztethessenek. Spanyolországban például a tűcsereprogramok 73%-a HIV szűrést is végez. A Cseh Köztársaságban 1999-ben 51 szűrőhely létezett, minden 1000 intravénás droghasználóra 4, Szlovákiában pedig csak Pozsonyban 5 létesítményben van lehetőség HIV tesztre. Franciaországban 400 ingyenes HIV tesztet biztosító intézmény áll rendelkezésre, a hivatalos statisztikák szerint az intravénás droghasználók 90%-a vesz részt HIV vizsgálaton. Németországban több mint 130 szűrőhely létezik, átlagban 1-3 jut minden 1000 intravénás drogfogyasztóra.⁶

A MAGYARORSZÁGI SZŰRŐHÁLÓZAT

A korábban vázolt különbségek folytán a HIV és a hepatitis vizsgálatlehetőségeket indokoltnak tartjuk külön tárgyalni.

FŐSZABÁLY ÉS KIVÉTELEK

2003. január elsejével az egészségügyi törvény főszabállyá tette az önkéntes HIV vizsgálatot⁷: HIV tesztet állampolgárságra való tekintet nélkül bárki kérhet, és a vizsgálat történhet névvel, vagy név nélkül is, anonim módon. Anonim azonban csak akkor lesz a vizsgálat, ha ezt a jelentkező maga kéri, és erről a lehetőségről sajnos nagyon kevesen tudnak, az új szabályokat ugyanis az illetékesek nemigen reklámozták. Az Eütv. által előírt általános tájékoztatási kötelezettségbe ugyan beletartozik, hogy a vizsgálatot végző egészségügyi alkalmazott a tesztre jelentkezőt tájékoztassa az anonim vizsgálat le-

hetőségéről, ám sokkal megnyugtatóbb lenne, ha ezt a kötelezettséget az anonim HIV tesztre vonatkozó szabályok között is kihangsúlyoznák – tekintettel többek között arra, hogy a tesztet nyújtó intézmény számára anyagilag nem közömbös, hogy a vizsgálatra névvel (azaz TAJ kártyával) vagy név nélkül kerül-e sor.

Ha a vizsgálatra jelentkező valamely kötelezően szűrendő körbe tartozik, a HIV tesztre csak névvel kerülhet sor – függetlenül attól, hogy az illető saját vagy hivatalos célra kéri-e a tesztet. Nem világos azonban, hogy miért ne kérhetne akár egy műtőorvos saját célra anonim HIV vizsgálatot.⁸

A magyar szabályozás szerint a kötelezően szűrendő körök a következők:

- olyan foglalkozások gyakorlói, *akiknél a fertőződé, illetve a fertőzés átadásának a veszélye fennáll;*
- véradók;
- szerv-, szövet- vagy ivarsejt-adományozók;
- saját anyatejet más számára adományozó nők;
- bizonyos bűncselekmények (nemi bűncselekmények, személy elleni erőszakot megvalósító bűncselekmények, kábítószerrel visszaélés) gyanúsítottai és vádlottai, *amennyiben a fertőződé vagy a fertőzés átadásának a veszélye az elkövetéskor fennállt;*

- akinek a tesztelését a bíróság elrendeli.

E körök közül egyedül a véradók és a szerv, szövet- illetve ivarsejt-adományozók automatikus tesztelése indokolt, az összes többi esetben a kötelezés téves, vagy csupán hamis biztonságérzetet nyújt. Az ún. ablakperiódus miatt ugyanis valójában nem jelent semmit, ha pl. egy egészségügyi alkalmazott negatív tesztet mutat be, hiszen az csak azt garantálja, hogy 4-6 héttel a vizsgálat előtt nem volt fertőzött – azóta azonban számtalanszor elkaphatta a vírust.

Az intravénás kábítószer-fogyasztókat korábban kötelező volt szűrni, az új szabályozás szerint viszont a velük való együttműködésre kell törekedni, azaz fel kell számukra ajánlani a vizsgálat lehetőségét. Ugyanez vonatkozik a többi, 2003 előtt kötelezően szűrendő körre is (HIV pozitív személy szexuális partnerei; szexuális úton terjedő aktív nemi betegségben szenvedők és szexuális partnerei; HIV pozitív anya vér szerinti gyermeke; előzetes letartóztatásban lévő, szabadságvesztés büntetésüket vagy javítóintézeti nevelésüket töltő személyek; bárki, akivel kapcsolatban a HIV fertőzöttség gyanúja felmerül).

HIV TESZTLEHETŐSÉGEK

Területi hovatartozástól függetlenül kérhető HIV teszt az Országos Epidemiológiai Központban (OEK), az ÁNTSZ megyei, illetve fővárosi intézeteiben, az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézetben (OBNI) és a területi bőr- és nemibeteg-gondozó intézetekben.

Anonim HIV vizsgálatra valamennyi állami és nem állami szűrőhelyen van lehetőség, így az ÁNTSZ megyei, illetve fővárosi intézeteiben, a területi bőr- és nemibeteg-gondozó intézetekben, egyes kórházakban (pl. a budapesti Szent László Kórházban), valamint a megfelelő működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatóknál [pl. az Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálatnál (AATSZ)]. A gyakorlatban azonban nehéz anonim teszthez jutni: a TASZ hat vidéki, az adatvédelmi biztos pedig két budapesti ÁNTSZ-ben próbálkozott, de közülük csupán kettő ismerte és alkalmazta megfelelően a hatályos jogszabályokat.⁹

A névvel végzett, saját célra kért HIV teszt magyar állampolgár, illetve vele egy tekintet alá eső külföldi esetében a TAJ kártya bemutatása mellett ingyenes. Az anonim HIV vizsgálat minden esetben ingyenes.

Az intravénás droghasználók önkéntes alapon jelentkezhetnek HIV tesztre, melyet névvel is és anonim módon is végeztethetnek. A gyakorlatban azonban lényegében nem léteznek olyan intézmények, amelyek alkalmasak lennének arra, hogy az i.v. drogfogyasztói körökkel kapcsolatba lépjenek: egy rejtőzködő életmódot élő droghasználó az esetek nagy többségében igyekszik távol tartani magát mindenféle hatóságtól, és gyakran még azzal sincs tisztában, hogy az orvos, akit esetleg felkeres, nem jelentheti őt fel a rendőrségnek. A megoldást mobil, vagy egyéb módon könnyen elérhető árta-
lomcsökkentő szolgáltatásokkal kombinált szűrőállo-
mások jelenthetnék.

HEPATITIS TESZTLEHETŐSÉGEK ÉS A HBV ELLENI OLTÁS

Hepatitis vizsgálat bármely hazai klinika belgyógyászati osztályán, vagy bármely ÁNTSZ-nél kérhető, ám ingyenes a vizsgálat csak akkor lesz, ha a tesztet hepatitis gyanú miatt kezdeményezik. A TASZ-szal kapcsolatban álló egyik drogellátó hely komoly problémaként említette, hogy HBV vagy HCV gyanú esetén is csak

66

az érintett állandó lakhelye szerint illetékes szűrőhelyen van lehetőség ingyenes tesztelésre. A VIMOR¹⁰ információi szerint sokan még ma is inkább véradásra mennek, mint szűrővizsgálatra, mert tudják, hogy a levett vérmintákat felhasználás előtt tesztelni fogják.¹¹ Nem tudnak azonban arról, hogy ha a véradáskor kitöltendő kérdőív alapján ez indokoltnak tűnik, a vérellátó állomás tesztelés nélkül megsemmisíti a levett vért.¹² Ingyenes és anonim hepatitis vizsgálatot időszakonként az Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat is végez, ám e szolgáltatásuk anyagi lehetőségeik függvényében működik, illetve szünetel. Olyan intézmény, amely a marginalizált drogfogyasztók számára HBV vagy HCV tesztlehetőséget biztosítana, jelenleg nem létezik Magyarországon.

Mint már említettük, oltóanyag jelenleg sajnos csak a hepatitis B ellen létezik. A HBV elleni védőoltás 1999-ben felkerült az életkorhoz kötötten kötelező védőoltások listájára, így betöltött 14 éves korban minden magyar állampolgárnak és Magyarországon huzamosabb ideig tartózkodó személynek e védőoltásban kell részesülnie. Kötelező továbbá oltásban részesíteni a HBV hordozó anya újszülöttjét és az egészségügyi képzést adó oktatási intézmények tanulóit.

67

javasolt és térítésmentes a védőoltás az egészségügyi dolgozók, a dializált betegek, a HBV hordozók szexuális partnerei és a hemofíliások számára, orvosi rendelőkre és térítés ellenében pedig azoknak, akik szexuális szokásaik miatt fokozott fertőződési veszélynek vannak kitéve (pl. gyakran váltogatják szexuális partnereiket), szexmunkások, intravénás kábítószer-élvezők, vagy olyan országba utaznak hosszabb időre, ahol a hepatitis B előfordulása jelentős.¹³ Bár a kötelező oltásnak köszönhetően a 20 év alatti lakosság mára már védettséget élvez, a 20 éven felülieket továbbra is fenyegeti a vírus.

Tekintettel a kábítószer-fogyasztás és a prostitúció kapcsolatára, a hazai drogfogyasztási és szexuális szokásokra, továbbá a térségbeli tapasztalatokra, a HBV védőoltást álláspontunk szerint mind a szexmunkások, mind az intravénás drogfogyasztók számára ingyenessé kellene tenni. Egyes drogelátó helyek már felismerték az ingyenes védőoltások jelentőségét, a Szegedi Drogambulancia például térítésmentes HBV elleni oltást biztosít a kliensei számára, önkéntes jelentkezés alapján.¹⁴

SENTINEL SURVEILLANCE PROGRAMOK

Hazánkban egyetlen, az intravénás drogfogyasztói körben működő *sentinel surveillance* program létezik, mely 1997-ben indult, és két drogelátó intézmény klienseire terjed ki.¹⁵ A vizsgálat ugyan a hazai i.v. kábítószer-fogyasztóknak csak egy kis százalékát érinti, a közös tűhasználatra és annak káros következményeire utaló egyértelmű adatokat azonban e mintából is ki lehet mutatni: a hepatitis C fertőzöttség a vizsgálat mintái között például 1997-ben 16%-os volt, 2002-re azonban már elérte a 31%-ot.¹⁶

HIV fertőzésre egyelőre csupán néhány esetben bukkantak, ám a HCV érintettség megduplázódása komoly aggodalmakra ad okot a HIV jövőbeli terjedését illetően is. Mint ahogy az is aggasztó, hogy az i.v. kábítószer-használók döntő többségének egészségügyi állapotáról semmilyen információval nem rendelkezünk.

EGY VIZSGÁLAT TAPASZTALATAI

A Társaság a Szabadságjogokért tájékozódni kívánt a hazai drogellátó helyek HIV-vel, HBV-vel és HCV-vel kapcsolatos tapasztalatai felől. E célból a II. számú mellékletben található kérdőívet küldtük el harminc, szervezetünkkel az elmúlt évek folyamán kapcsolatba került kezelőhelynek. A megkeresett ellátó helyek között szerepeltek drogambulanciák, pszichiátriai gondozók és rehabilitációs otthonok is. A harminc intézményből húsz juttatta vissza a kitöltött kérdőívet.

Hangsúlyozni szeretnénk, a vizsgálat célja az volt, hogy információhoz jussunk arról, vajon milyen tudatossággal kezelik a drogfogyasztókkal kapcsolatban álló intézmények az – elsősorban – intravénás drogfogyasztói kört érintő hepatitis és HIV fertőzések jelenlétét, illetve lehetséges megjelenését és terjedését. Tettük mindezt azért, mert erre vonatkozóan jelenleg Magyarországon semmilyen hivatalos adat nem áll rendelkezésre. A TASZ álláspontja szerint a magyarországi

drogfogyasztás problémakörének minél alaposabb feltérképezése és a problémára adott hatékony megoldási stratégiák kidolgozása elsősorban az illetékes állami szervek feladata lenne. Az intravénás drogfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségek veszélyeiről szóló diskurzus, a járvány lehetőségének tudatosítása, az arra való felkészülés azonban ez idáig elmaradt. Reméljük, hogy az általunk végzett teszt felhívja a figyelmet a hiányosságokra, még ha nem is pótolja azokat.

Tekintettel arra, hogy anyagi lehetőségeink nem tették lehetővé országos, reprezentatív mintán alapuló kutatás lebonyolítását, a továbbiakban pusztán a kérdőívben feltett kérdésekre adott válaszok ismertetésére szorítkozunk.

Az intravénás droghasználat tekintetében az általunk megkérdezett kezelőhelyek közül háromban egyáltalán nem fordulnak meg i.v. droghasználók, két intézményben a betegek 0,5%, illetve 1–2%-a, további négyben a kliensek 7–12%-a kerül ki ebből a fogyasztói körből, két helyen 30% az arányuk, a többi esetben pedig 50% fölötti az előfordulási arány. Egy kezelőhely jelezte, hogy a náluk kezelt összes beteg intravénás kábítószer-használó.

A drogellátók több mint fele, 13 ellátó hely találkozott már munkája során hepatitis C fertőzött klienssel,

és 9 kezelőhely hepatitis B fertőzöttről is tud. HIV pozitív kliensről 7 intézmény számolt be.

Azok, akik kapcsolatba kerültek HCV, HBV betegekkel, arra a kérdésre, hogy milyen módon jutottak ennek tudomására, háromféle választ adtak, körülbelül azonos arányban. A hepatitis B esetén 2 kezelőhely szóbeli tájékoztatást kapott a kienstől, két helyen a kliens orvosi papírjaiból jutottak ezen információhoz, 5 ellátó intézmény pedig mindhárom variációt megjelölte. A hepatitis C esetében szintén két hely a kienstől kapott szóbeli tájékoztatást pozitívításáról, 3 intézményben a kliens által bemutatott orvosi papírokból kaptak információt, két intézményben az intézmény javaslatára végzett szűrővizsgálaton derült ki a kliensek pozitívítása, 6 kezelőhelyen pedig mindhárom esetre volt már példa. A HIV tekintetében 3 kezelőhelyen a már meglévő orvosi papírokból tájékozódtak, egy ellátó hely esetében a javasolt szűrésen derült ki a HIV pozitívítás, két kezelőhely a kliensek szóbeli tájékoztatása alapján jutott az információ birtokába, és két atipikusnak mondható esetben pedig „kutatás során”, illetve „a kliens halálát követő boncoláson” derült ki a pozitívítás.

A kezelőhelyek közül 13 biztosít valamilyen speciális szolgáltatást a hepatitis vagy HIV pozitív kliensek

számára. A legtöbb helyen egyszerre többféle szolgáltatást is nyújtanak:

- tájékoztató szórólapokat, nyomtatványokat bocsátanak a kliensek rendelkezésére (6 helyen);
- az intézmény orvosa kérésre felvilágosítást ad a szóban forgó fertőző betegségekről (10 helyen);
- nem orvos, hanem az intézmény valamely más dolgozója teszi ugyanezt (7 helyen);
- az érintettek orvosi ellátásáról gondoskodnak az adott intézményben (5 helyen),¹⁷ illetve
- ennek hiányában tájékoztatást nyújtanak a más intézményben való orvosi ellátás lehetőségéről (8 helyen).

Egy kezelőhely jelezte továbbá, hogy a hepatitis B elleni védőoltás megszervezésében segíti klienseit.

Azon ellátó helyek közül, amelyek nem biztosítanak semmiféle szolgáltatást a rászoruló kliensek számára, négy kezelőhely válaszában az erre fordítható anyagi eszközök, illetve a szakképzett munkaerő hiányát jelölte meg indokul, a négy intézmény közül egy kezelőhely a betegek elkülönítéséhez szükséges tárgyi feltételek hiányát is kiemelte. Három kezelőhely úgy nyilatkozott, hogy az ő tapasztalataik szerint ilyesmire nincs igény, ezért nincsenek ilyen szolgáltatásaik.

HIV/AIDS tanácsadás 12 intézményben működik. Ahol nem működik, ott négy helyen az erre fordítható anyagi eszközök és/vagy szakképzett munkaerő hiánya miatt nincs tanácsadás, két kezelőhely nem tartja ezt feladatának, két kezelőhely pedig úgy nyilatkozott, hogy nincs rá igény, mert „nincs kinek”, illetve azért, mert „még nem találkoztak a problémával”.

A tanácsadás több formában működik a legtöbb intézményben, úgymint tájékoztató kiadványok rendelkezésre bocsátása (5 helyen), orvos által nyújtott felvilágosítás (8 helyen), illetve az intézmény egyéb munkatársai által nyújtott felvilágosítás (10 kezelőhelyen). Három ellátóhely csoportfoglalkozás keretében is biztosít tanácsadási lehetőséget.

A megkérdezett intézmények közül kilenc intézmény működik együtt valamilyen formában HIV/AIDS szűrőállomással. Ezek közül négy az ÁNTSZ-szel, két intézmény az ÁNTSZ-szel és valamilyen más szűrőállomással is kötött szóbeli megállapodást, egy kezelőhely az ÁNTSZ-szel nem, ellenben más szűrőállomással kötött szóbeli megállapodást, egy intézmény írásbeli megállapodást kötött az ÁNTSZ-szel, egy kezelőhelyen pedig megállapodás nem született semmilyen szűrőállomással, de a szűrőállomás telefonszámát kiírták a váró-

teremben. Azok közül az intézmények közül, amelyek nem állnak kapcsolatban semmilyen szűrőállomással, három úgy gondolja, hogy ilyen együttműködésre nincs is szüksége.

A TASZ szeretett volna képet kapni arról, hogy milyen nagyságrendűnek vélik az intravénás drogfogyasztókkal kapcsolatba kerülő intézmények a HIV, illetve hepatitis vírusok elterjedtségét klienseik körében. A hepatitis B %-os előfordulási arányát 13 kezelőhely egyáltalán nem tudta, vagy nem óhajtotta megbecsülni, a többiek válasza pedig a 0–10% közötti skálán mozogtak. A hepatitis C tekintetében 12 intézmény nem adott választ, a válaszolók pedig a vírus előfordulási arányát 0,2%-ra (1 helyen), 12%-ra (1 helyen), 30%-ra (2 helyen), 35%-ra (1 helyen), 50%-ra (2 helyen) és 90%-ra (1 helyen) becsülték.

Arra, hogy az adott intézménybe látogató intravénás drogfogyasztók információhoz és szűrési lehetőséghez jussanak, 11 intézmény jó megoldásnak tartja az információs kiadványok biztosítását, 10 kezelőhely a személyre szóló orvosi tanácsadást, 12 intézmény pedig a nem orvos képesítésű munkatárs általi személyre szóló tanácsadást. A legtöbb intézmény mindhárom megoldást megjelölte. 5 kezelőhely jónak tartja a csoportfog-

lalkozások keretében tartott információnyújtást, a további ötletek között pedig felmerült videofilmek vetítése, illetve a „tesztelési kedv” elősegítése érdekében a vizsgálatok anyagi vonzatainak csökkentése (pl. az utazási költségek támogatásával), az adatvédelem biztosítása, a mobil szűrés bevezetése. A média igénybevétele mind az információterjesztésben, mind a tesztre ösztönzésben jelentős szerepet játszhat.

5 kezelőhely nyilatkozott úgy, hogy van náluk lehetőség hepatitis B, illetve C teszt elvégzésére, HIV tesztlehetőséget pedig 3 kezelőhely jelzett. Két, kórházon belül működő drogambulancián megoldott, hogy a vizsgálatot kérőktől vérmintát vegyenek. E két helyen hepatitis és HIV tesztre is van lehetőség, a maradék három intézményben pedig nyálminta alapján végeznek hepatitis vizsgálatot, illetve közülük egy helyen HIV nyáltesztet is használnak. Azok közül, akiknél a tesztelésre nincs lehetőség, 10 jelölte meg válaszként, hogy ha lenne rá lehetősége, végezne hepatitis és/vagy HIV tesztelést.

A kezelőhelyek közül három nyilatkozott úgy, hogy intézményükben egyetlen intravénás droghasználót sem kezelnek, ám közülük csupán egy volt azon az állásponton, hogy ha lenne rá lehetősége, akkor sem vé-

geztetne intézményében HBV, HCV, illetve HIV tesztet, mert nem tekinti feladatának.

Mint már említettük, tíz intézmény jelezte, hogy klienseinek kevesebb, mint 50%-a az intravénás drogfogyasztó. Közülük hatan mindenképpen biztosítanak tesztlehetőséget, két intézmény pedig csak anyagi források és szakképzett munkaerő híján, illetve egyéb okból nem végeztetne teszteket. Feltételezhető, hogy az akadályok elhárulása esetén ezek az intézmények is nyitottak lennének a vizsgálatok elvégzésére, hiszen csupán két intézmény jelezte, hogy a tesztelést nem érzi feladatának.

A hét kezelőhely közül, amelynek kliensei 50–100%-ban i.v. drogfogyasztók, három szakképzett munkaerő és/vagy anyagi források híján zárkózott el a teszt-biztosítás lehetőségétől. Egy intézmény az előző indokokon túl feladatának sem tekintette a tesztelést, egy másik intézmény pedig elégségesnek tartotta a jelenlegi rendszert: a terápiás közösségükbe való belépéskor a rutinvizsgálatok között a helyi vérellátó állomástól HBV, HCV és HIV tesztet is kérnek.¹⁸

A három intézmény, amely nagy mennyiségben és a legmagasabb százalékban találkozik intravénás kábítószer-fogyasztókkal, egyértelműen azt nyilatkozta, hogy

biztosítana kliensei számára HBV, HCV és HIV teszt-lehetőséget. Közülük egy jelenleg is végez tesztek (nyálmintából), részt vesz ugyanis a korábban említett *sentinel surveillance* programban.

KONKLÚZIÓ

A magyarországi intravénás kábítószer-fogyasztók körében a HCV pozitivitás olyan magas, hogy az a WHO kritériumai szerint gyakorlatilag járválynak tekinthető. A HBV és különösen a HIV érintettség egyelőre alacsony, ám a közös tűhasználatra utaló adatok fényében, valamint annak tükrében, hogy az intravénás droghasználók igen jelentős aránya nem is jut el a tesztállomáshoz, ezen kedvezőnek mondható számok már korántsem olyan megnyugtatóak.

A térségben dúló HIV és hepatitis C járvány láttán, valamint a nyugat-európai tapasztalatok alapján az intravénás drogfogyasztók körében végzett felvilágosító-megelőző és teszt-felajánló tevékenységeknek prioritásként kellene szerepelniük a hazai AIDS és drogstratégiákban, pontosabban ennek a prioritálásnak a gyakorlatban is ténylegesen meg kellene valósulnia. Párhuzamos rendszerek kiépítése helyett pedig érdemes lenne a jelenlegi drogellátó és ártalomcsökkentő szolgálatok kö-

réből kiindulni, illetve e kört tovább bővíteni, fejleszteni. Részükről az együttműködési szándék adott, és a drogfüggők felkutatásában, elérésében és információkkal való ellátásában, ugyanúgy, mint HIV és hepatitiszűrésében e kezelőhelyek és szolgáltatások nagyobb eséllyel járhatnak sikerrel, mint egy esetleg létrehozandó új szűrőhálózat.

JEGYZETEK

1. Kérdőíves felmérésünkre a következő intézmények küldték meg válaszaikat:
Kék Pont Drogkonzultációs Központ; Alkohol és Drogsegély Ambulancia, Veszprém; Miskolci Drogambulancia; Baptista Szeretetszolgálat Utcafront Programja; Drogprevenációs Alapítvány, Budapest; Pécsváradi Rehabilitációs Intézet; Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia; Addiktológiai Gondozó, Marcali; Jósa András Kórház Drogambulancia, Nyíregyháza; Segély Helyett Esély Alapítvány; Tamasz Gondozó, Győr; Leo Amici Alapítvány; Drogambulancia, Zalaegerszeg; Jósa András Kórház, Addiktológiai Gondozó; Ráckeresztúri Rehabilitációs Intézet; Békés Megyei rehabilitációs Otthon, Nagyszénás; Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió; Drogambulancia, Eger; EPK Hajnalszallag Rehabilitációs Otthon, Dunaharaszti; CAT, Tűcsereprogram,

Drogbusz, Budapest. Az értékes segítséget ezúton is köszönjük!

2. „A szexuális úton, valamint a családon belüli szoros kontaktus révén akvirált fertőződés igen ritka.” [A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 1. sz. melléklete.]
3. Vírusos májbetegnek nevezünk minden hepatitisz-hordozót, bármely típusú hepatitisz vírusról is legyen szó (A, B, C, Delta, E, non-A-E), e tanulmány során azonban egyedül a HBV és a HCV pozitívokat értjük alatta.
4. A továbbiakban hepatitis alatt a hepatitis B-t és a hepatitis C-t értjük.
5. *HIV/AIDS in the EU and Accession Countries*, European Parliament STOA Briefing Note No 09/2001.
6. Lucas Wiessing, *Estimating Coverage for Harm Reduction Measures for Injecting Drug Users in Europe* (Lisszabon: EMCDDA, 2003).
<http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=1527&slanguageISO=EN>
7. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 59. § (5) bekezdése.
8. Lásd bővebben: *HIV/AIDS és emberi jogok Magyarországon*, Csernus Eszter (szerk.), TASZ, Budapest, 2003. július.
9. Lásd a III. mellékletet és a TASZ vizsgálati összefoglalóját (www.tasz.hu).
10. Vírusos Májbetegség Országos Egyesülete.

11. Ugyanez elmondható a HIV vizsgálatokról is.
12. Ha a véradó a véradást megelőző hónapokban „kockázatos” életet élt, a tőle vett vért nem tekintik biztonságosnak – a kérdőívet ilyenkor önkizáró nyilatkozatnak tekintik.
13. 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet, 5–8. § és 1. sz. melléklet.
14. GYISM: *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyzetről 2003*, 197. o.
15. A programról bővebb információk e kötet III. fejezetében található.
16. Ujhelyi Eszter, a program vezetőjének információi alapján.
17. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy HIV kezelésre az országban egyetlen egy helyen van mód, a budapesti Szent László Kórházban, az orvosi ellátást biztosító intézmények tehát feltehetőleg hepatitis kezelést biztosítanak.
18. Egy rehabilitációs intézményről van szó.

III. fejezet

HEPATITIS C – AZ EZREDFORDULÓ REJTETT JÁRVÁNYA

BEVEZETÉS

A HIV felfedezése után pár évvel egy új, az i.v. drog fogyasztókat különösen fenyegető vírus, a hepatitis C neve vált ismertté a világ orvostársadalmában, s később a köztudatban is. E vírusról és az általa okozott betegségekről megjelenése óta valójában viszonylag kevés ismeret jutott el az átlagemberhez, aminek következtében mára több millió vírushordozó él világszerte.

A hepatitis elnevezés a gyulladással járó májbetegségek összefoglaló neve. A ma ismert hepatitisek oka lehet egyrészt a túlzott alkoholfogyasztás, másrészt a hepatitis vírusok szervezetbe kerülése. A betegség lefolyása lehet akut, ami azt jelenti, hogy a betegség néhány hét alatt lezajlik, illetve beszélhetünk krónikus hepatitisről is, amikor a betegség évekig, sőt akár évtizedekig is elhúzódhat. A tünetek akut és krónikus lefolyás esetén különböznek, az előbbi tünetei közé tartoznak a sárgaság, étvágytalanság, szédülés, rossz közérzet, az utóbbi évekig tünetmentes lehet, ám végső stádiumá-

ban májzsugort és májrákot okozhat. Az orvostudomány jelenleg öt fajta hepatitis vírust ismer (A, B, C, D, E), melyek közül csak a hepatitis A és a hepatitis B ellen van védőoltás, és sajnos hatékony terápiát sem ismernek mindegyik esetében. A vírusok terjedési módja, illetve ennek megfelelően a fertőzés lehetőségének leginkább kitett ún. rizikócsoport vírusonként változik, és a vírusfajták előfordulási gyakorisága is mást mutat a világ különböző pontjain. A hepatitis A és a hepatitis E vírusok terjedése leginkább a rossz higiénias viszonyoknak köszönhető, így ezek elsősorban a fejlődő országokban okoznak problémát. Ezzel szemben a hepatitis B, C és D vírusok vér és testnedvek útján terjednek, vagyis adott esetben fertőzött vérkészítményekkel, szexuális úton és i.v. droghasználattal.¹ Jelen tanulmány elsősorban az i.v. droghasználattal is terjedő, a magyar érintett drogfogyasztó populáció körében egyre nagyobb számban előforduló hepatitis B és C vírusok problémájára szorítkozik.

A hepatitis B vírus a világ minden országában megtalálható, a vírushordozók számát összesen 300-350 millióra, a fertőzésen átesettek számát 2 milliárdra, a fertőzés miatti halálesetek számát pedig 1 millióra becsülik. A hepatitis D fertőzés csak a hepatitis B pozitív-

voknál fordul elő és kifejezetten súlyosbítja a hepatitis B lefolyását. Magyarország a hepatitis B tekintetében az alacsonyan fertőzött országok közé tartozik.²

A hepatitis C-t 1989-ben fedezték fel, ma világszerte megközelítőleg 170 millió ember hordozza a vírust, közülük 4 millióan az USA-ban, 5 millióan Nyugat-Európában élnek.

A vírus akár évekig tünetmentesen szaporodhat a szervezetben, ám éppen ebben rejlik nagy veszélye, hiszen a fertőzések 80%-a megy át krónikus megbetegedésbe.³ A krónikus májgyulladások pedig mintegy felében 20-30 év alatt jut el a hepatitis C lefolyása végső stádiumához, a májzsugorodáshoz és májrákhoz.⁴

A hepatitis C fertőzés terjedésének több forrása lehet, melyek közül kiemelkedik az intravénás droghasználat, illetve a vérkészítmények alkalmazása, ám ez utóbbi rizikója 1991 óta tulajdonképpen a nullára csökkent. A szexuális úton terjedő átvitel lehetősége az esetleges szexuális partnerek számával együtt nő, vagyis a partnerüket gyakran váltogatók körében nő meg a fertőzés lehetőségének veszélye. Az anyáról gyermekre történő átvitel az esetek 6%-ában fordul elő. A vírus terjedésének csökkenő tendenciáját feltételezve is (melyhez elengedhetetlen a vérkészítmények ellenőrzése, az egészség-

ügyi kezeléseken megfelelő óvintézkedések betartása, gumióvszerek használata a szexuális partnereiket gyakran változtatók körében, valamint az ártalomcsökkentő programok elterjedése) a becslések szerint 2010-re a jelenleg fertőzöttek nagy része kénytelen lesz szembézni a jelenleg gyógyíthatatlan májzsugorral vagy májrakkal.

Tekintettel arra, hogy a hepatitis C vírus folyamatosan változik, a Májbetegségeket Kutató Európai Társaság 1999-ben kiadott állásfoglalása szerint a közeljövőben nincs sok esély a hagyományosan hozzáférhető ol-tóanyag megtalálására.

A HEPATITIS C KEZELÉSE

Az i.v. drogfogyasztókat leginkább fenyegető hepatitis C vírus okozta májgyulladás lezajlása változó: általában lassan, és csak a fertőzöttek egy részénél alakul ki a betegség. A fertőzöttek kis része, kb. 15%-a spontán meggyógyul, nagyjából 25%-a pedig tünetmentesen éli le életét. Akiknél a hepatitis C krónikussá válik, azok kb. 20%-a 10-20 éven belül nagy valószínűséggel májzsugort kap, melynek kimenetele halálos is lehet. A májzsugor kialakulásában több tényező is szerepet játszhat. A betegség idősebb korban jóval gyorsabban fejlődik ki, mint a fiatalabbaknál, ezen kívül pedig az alkoholizmus és az egyidejű HIV, illetve hepatitis B pozitívitás szintén felgyorsítják a májzsugor kialakulásának folyamatát. A májzsugorban szenvedők kb. 1-4%-ánál alakul ki a májrak évente.

A hepatitis C pozitívok részére jelenleg az egyetlen viszonylag hatékonynak mondható kezelés az ún. interferon-ribavirin kombinált terápia, ha az valamilyen ok-

ból (pl. jelenbeli vagy múltbeli pszichózis, depresszió, fehérvérsejt- és vérlemezkeszám-csökkenés, terhesség, stb.) kifolyólag nem ellenjavallt. A kezelés megkezdése előtt számos más tényezőt is mérlegelni kell, mint például a beteg életkora és általános egészségügyi állapota. Emellett el kell végezni az ún. májbiopszia vizsgálatot, melynek során a máj szövetéből vett mintát is megvizsgálják, s mindezek után születik döntés a kezelés megkezdéséről.⁵

Magyarországon 1991 óta végzik a donorok hepatitis C szűrését, s 1992 óta van lehetőség a betegség kezelésére. A kezelés költsége betegenként kb. 1 millió forintba kerül, ennek következtében egészen 2004-ig a kezelésre fél, vagy akár egy évet is várniuk kellett a rászorulóknak. Jelenleg hazánkban kb. 70 000 hepatitis C pozitív él, akik közül a „várólista-rendszer” utolsó évében 400 beteg részesülhetett a kezelésben. A kezelés támogatásának összegét 2004-ben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár megemelte, a hiányzó összegek biztosítását pedig az interferon-készítményeket gyártó gyógyszercégek vállalták magukra. Így vált lehetővé, hogy az ország 26 májcentrumában dolgozó orvosok mindegyike felírhatja a gyógyszert azok számára, akiknek kezelését egy háromtagú szakértői bizottság a hoz-

zájuk benyújtott kérvény elbírálásakor indokoltnak tartja.⁶ Az egy évig tartó, szigorú orvosi kontroll alatt zajló kezelés után a gyógyulás valószínűsége ma kb. 65-70%-os. Ez az elmúlt egy-két évben használt korszerűnek mondható interferon készítményeknek köszönhető, s a korábbi 40-45%-os arányhoz képest jelentős javulást mutat.

Az alkoholbetegek és i.v. drogfogyasztók kezelésének a feltétele a kezelés előtti fél éves szermentes életmód, mivel a kezelés állítólag csak így tud megfelelő hatékonyságot elérni. Pontos adatok nem állnak rendelkezésünkre arra vonatkozóan, hogy hány leszokott i.v. droghasználó részesült a terápiában az elmúlt 12 évben, de számuk feltehetően elenyésző.

KITEKINTÉS AZ EURÓPAI UNIÓBA

Az Európai Unióban az Európai Drogmonitorozó Központ (EMCDDA) az a hivatalos szerv, amely az Unió tagállamainak a kábítószer-problémával kapcsolatos adatait egy meghatározott rendszer szerint gyűjti évről évre. A drogfogyasztáshoz kapcsolódó epidemiológiai adatok tekintetében az EMCDDA célja, hogy naprakész és összehasonlítható adatokat szolgáltatson.

A 2004-ben közzétett adatok szerint a hepatitis C előfordulási aránya az i.v. droghasználók között az Európai Unióban az új tagországok csatlakozását megelőző időszakban, 15 tagállam vonatkozásában 30–90% között mozgott. Tény, hogy a HIV 1–30% közötti előfordulási arányához hasonlóan a hepatitis C fertőzések aránya is nagy eltéréseket mutat tagországonként. A fertőzések tekintetében minden országban elsődleges rizikócsoportba tartoznak az i.v. droghasználók, akik azonban a hepatitis C, B és HIV fertőzésekén kívül más fertőző betegségek veszélyének is ki-

vannak téve, úgymint tetanus, malária, syphilis, hepatitis A.

Az i.v. drogfogyasztás az Európai Unióban elsődlegesen az ópiátok használatához köthető, bár Európa északi felén (Svédország, Finnország) az amfetamin és kokain ily módú alkalmazása az elmúlt években növekvő tendenciákat mutat a korábbi ópiáhasználók körében. Igaz, hogy a kilencvenes években a szerhasználatnak e módja átlagosan csökkent, azonban továbbra is érintettek mondható a 15–64 éves korosztály, és az Unió 15 tagállamában 1000 főre 2-6 injekciós tű jut. Természetesen az adatok országonként nagy eltéréseket mutatnak, de a becslések szerint a 15 tagországban kb. 600-900 ezer i.v. droghasználó él, akiknek kb. 2/3-a hepatitis C pozitív.⁷ Nem csoda hát, hogy az EMCDDA megítélése szerint a hepatitis C napjainkban a legfőbb közegészségügyi kihívások közé tartozik, s erre az Európai Unió politikusainak figyelmét is igyekszik felhívni. A szervezet tudatosítani akarja a veszélyt, s azt is elvárná, hogy a döntéshozók teremtsék elő a járvány további terjedését megakadályozó forrásokat.

Mint látjuk, az adatok szerint a fertőzésnek leginkább kitett réteg az i.v. drogfogyasztók köre, közülük kerül ki az új fertőzöttek 60-90%-a. Ennek ismeretében az

EMCDDA a járvány terjedésének megakadályozása érdekében különböző prioritásokat jelölt ki. Az elsődleges járható útnak a megelőzést, az i.v. droghasználat veszélyeiről való tájékoztatást, az i.v. droghasználók számának csökkentését, illetve az i.v. droghasználat ártalmainak csökkentését tartja. A megelőzésre és tájékoztatásra természetesen nemcsak az érintettek körében, hanem a szélesebb társadalomban is szükség van. Ezen kívül nagy hangsúlyt helyez az EMCDDA a szűrés és monitorozás rendszerének kiépítésére, mely segítséget adhat a már fertőzöttek kezeléséhez is. Tekintettel arra, hogy droghasználókról van szó, a szervezet a kezelés eddigi irányelveinek felülvizsgálatát, és az addiktológusok és a hepatológusok közötti együttműködési stratégiák kidolgozását és fejlesztését is kívánatosnak tartja.⁸

A hepatitis C megjelenésére adott válaszok – hasonlóan a drogprobléma egyéb területeit érintő kérdésekhez –, a különböző országokban nagy változatosságot mutatnak. Mindezzel együtt az Európai Unió közös politikájának kijelölése ebben a kérdésben is folyamatban van, s a 2005-ben hatályba lépő új uniós drogstratégiának is részét képezi majd.⁹

INTRAVÉNÁS DROGHASZNÁLAT HAZÁNKBAN

A kábítószer-fogyasztók körén belül szinte külön réteget képeznek az i.v. szerhasználók. Becsült adatok szerint számuk ma Magyarországon 10-12 ezer fő körül mozog, akik nagy része (7-8 ezer fő) a fővárosban él. A szerhasználatnak ez a módja elsősorban a heroin fogyasztásához köthető hazánkban is, de emellett ismert és valamelyest elterjedt az amfetamin-, illetve kokainhasználatnál is e módszer. A heroin használata előtt a máktea és a kompót voltak azok az ópiát-származékok, amelyeket előszeretettel fogyasztottak hazánkban. A szerhasználattól drogbeteggé vált emberek már 1989-ben megjelentek a kórházi – alkoholbetegek kezelésére specializálódott – addiktológiai, pszichiátriai osztályokon. A mákteás réteget azonban a kilencvenes évek közepén felváltotta az elsősorban i.v. szerhasználó heroin-függők első nemzedéke. A kezelésüket felvállaló orvosok nem kisebb munkát vállaltak, mint azt, hogy kezelésbe vették az egészségügyi és szociális szempont-

ból is leromlott állapotban lévő betegeket, akiknek a szer megvonásával járó szenvedései a korábbiaknál intenzívebb odafigyelést igényeltek a szakemberektől, ráadásul eleinte mindezt sokszor lehetetlen infrastruktúrális körülmények között kellett végezniük.¹⁰

Ezzel egy időben, az i.v. szerhasználat problematikájára viszonylag hamar reagálva, a kilencvenes évek elején megjelentek hazánkban az első ártalomcsökkentő programok is. Az úttörők azonban szembe találták magukat az ártalomcsökkentés fontosságát fel nem ismerő rendvédelmi szervek munkatársaival, illetve a hasonlóképpen tájékozatlan hivatali szervek képviselőivel.¹¹ Az ily módon sokszor akadályokba ütköző metadon-fenntartó kezelésekről és tűcsereprogramokról eleinte sokszor csak a média segítségével ismertté lett botrányok alapján alkotott véleményt a társadalom. A helyzetet nehezítette, hogy a köztudatban – a Btk. kábítószerhasználatra vonatkozó szabályainak is köszönhetően – a drogfogyasztó képe összefonódott a mindenre elszánt bűnözőével. Ezek a körülmények pedig mind nehezítették az ártalomcsökkentés mellett kiálló programok hazai elfogadottságát, a kezelőrendszerbe való beépülésüket, illetve a drogfogyasztással kapcsolatos nyugodt, szakmai érvekkel folyó diskurzusokat is.

Pedig a szakmai párbeszédre és a párbeszéd eredményeinek a nagyközönséggel való megismertetésére nagy szükség lett volna már akkor is, hiszen a kábítószer-fogyasztók számának növekedésével az i.v. szerhasználat aránya is nőtt. Arról, hogy a hazai i.v. szerhasználók között milyen arányú a közös injektló felszerelés használata, kevés adat áll rendelkezésünkre. Egy 1999-2000-ben készült felmérés adatai szerint a vizsgált személyek 48%-a osztotta már meg élete során kellékeit másokkal.¹² A közös tű- és fecskendőhasználat, illetve az i.v. szerhasználat során használt egyéb eszközök közös használata pedig a vér útján terjedő fertőzések járványszerű megjelenését idézik elő, mint ahogy ez Magyarországon történik ma a hepatitis C esetében.

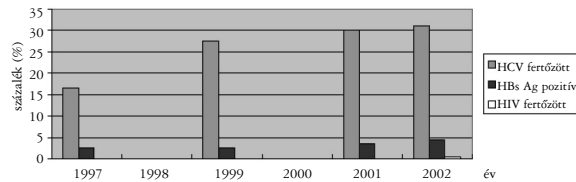
A VIZSGÁLATOK TÜKRÉBEN

Míg tőlünk keletre a HIV fertőzések száma ugrott meg hirtelen az évtized végére, addig nálunk a – sajnos a köztudatban továbbra is szinte az ismeretlenség homályában lévő – hepatitis C pozitívok száma mutat a mai napig rohamos emelkedést az intravénás droghasználók között. A budapesti Szent László Kórház munkatársa, Dr. Ujhelyi Eszter 1997 óta nyomon követi a fertőzöttségi mutatók változását az érintett populáció körében végzett évenkénti vizsgálatokkal. A kutatás – elsősorban anyagi korlátok miatt (egy komplex HIV, HCV és HBV vizsgálat költsége kb. 3000 forint) – kizárólag a főváros két, az intravénás drogfogyasztókkal kapcsolatba kerülő kezelőhelye segítségével jut adatokhoz. Az érintett kezelőhelyek egyike a Nyírő Gyula Kórház Jász utcai Drogambulancia és Prevenációs Központja, a másik pedig az Erzsébet Kórház Krízisintervenció és Toxikológiai Osztálya. A Jász utcai drogambulancián látják el a hazai metadon-fenntartó kezelésben részesülők

legnagyobb hányadát, az Erzsébet Kórház Toxikológiai Osztályán pedig a Budapest egyes kerületeiben túladagoltak jelennek meg nagy számban.

Az Ujhelyi doktornő által feldolgozott adatok jól mutatják, hogy Magyarországon az intravénás droghasználathoz kapcsolódó fertőző megbetegedések nem csak jelen vannak, évről évre nő is az érintettek száma. A vizsgálatok szerint a HBV és HCV pozitivitás 1997 óta jelen van az intravénás drogfogyasztói körben, 2002-ben pedig megjelentek az első HIV pozitív személyek is. Míg a HBV fertőzöttek aránya lassan és viszonylag csekély mértékben nő, addig a hepatitis C pozitívok száma hét év alatt a duplájára emelkedett (1. ábra). Ezzel hazánk utolérte az Európai Unió nyugati országait, ahol napjainkban az i.v. fogyasztó hepatitis C pozitívok arányának alsó határa 30% körül mozog. A tőlünk keletre dühöngő HIV járvány méreteit ismerve a jelen kutatásban csak egy szűk mintát alapul vevő rostán fennakadó HIV pozitív betegek megjelenéséről árulkodó adat szintén elgondolkodtató. Korábban szakmai körök is értetlenül szemlélték, hogy a hazai i.v. drogfogyasztói réteg elkerüli a vírus, s erre alapozták nyilatkozataikat. Ma már ez nincs így, az új helyzet pedig a felelős döntéshozók részéről adekvát és azonnali válaszokat kíván.

1. ábra – HBV, HCV és HIV fertőzések aránya

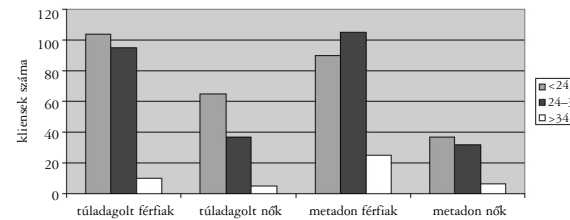


(Forrás: Dr. Ujhelyi Eszter)

A vizsgálatok három korosztályi csoportot különböztettek meg; a 24 év alattiakat, a 24–34 év közöttieket és a 34 év felettieket. E felosztás alapján a túladagoltak körében a vizsgált időszak alatt a 24–34 évesek jelentették a HCV által legérintettebb réteget (20%), míg a metadon-programban lévőknél a HCV pozitivitás a 34. életévüket betöltött betegek körében volt jelentős (34%). A legkisebb arányú HCV pozitivitást a túladagoltak 34 év felett mutatták (20%), míg a másik csoportban ez a 24 év alattiakat jellemezte (17%). Magas arányban találtak HCV pozitívokat a 24 év alatti túladagolt betegeknél (30%), és a metadon-kezeléseket kapó 24–34 év közötti korosztályban is 24%-os volt a fertőzöttségi arány 2002-ben. A férfiak előfordulási aránya minden korosztályban jelentősen magasabb

volt, mint a nőké. A HBV pozitívok aránya szintén 15–30% között mozgott a vizsgált betegek körében (2. ábra).

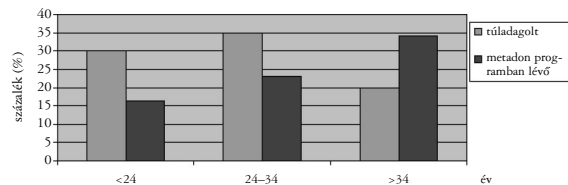
2. ábra – Nemek és kor szerinti megoszlás a két programban



(Forrás: Dr. Ujhelyi Eszter)

A hepatitis C fertőzés tekintetében a túladagolással kórházba szállított fiatal intravénás drogfogyasztók körében 30–35%-os a fertőzöttek aránya, míg a 34 éven felüli korosztálynál ez az arány 20%. Ugyanakkor a metadon programban lévő betegeknél a fertőzés előfordulási aránya alacsonyabb, de az életkor növekedésével egyenes arányban nő, a 34 éven felülieknél már megközelíti a 35%-ot (3. ábra).

3. ábra – HCV fertőzések kor szerinti aránya
a két programban



(Forrás: Dr. Ujhelyi Eszter)

A fenti kutatás adatain kívül hazánkban kevés információ áll rendelkezésre az i.v. drogfogyasztók hepatitisz C általi fertőzöttségéről. Az e felméréseket megelőző időszakban, az 1995 és 1999 között a budapesti Drogmegelőzési Módszertani Központ ambulanciáján megfordult droghasználók körében is végeztek a hepatitisz C előfordulására vonatkozó vizsgálatokat. Az eredmények az i.v. droghasználói körben már akkor 24%-os fertőzöttséget mutattak (szemben a nem intravénás drogfogyasztók 1,4%-os gyakoriságával). A drogambulancián vizsgáltaknál hasonlóan nagy eltérést észleltek a közös tűt vagy egyéb injekciós felszerelést használók és nem használók körében. Az előbbieknél 38%-a, az utóbbiaknál pedig 3%-a volt HCV pozitív.¹³

Az ismertetett felmérések nem reprezentatív mintán alapultak, s jórészt a fővárosban élő droghasználókra korlátozódtak, mégis jól jelzik a hepatitisz C hazai terjedését az érintett körben. Hazánkban az i.v. droghasználók túlnyomó többsége Budapesten él, olyan adatunk azonban nincs, amely azt támasztaná alá, hogy a fővárosi és vidéki szerhasználók nagy különbségeket mutatnak mondjuk a közös tűhasználat ügyében. Így tehát a HCV terjedésének növekvő tendenciája mindenképpen hatékony országos cselekvési terv kidolgozását tenné indokolttá.

Elsősorban természetesen országos felmérésekre lenne szükség, melyeket az Európai Unió tagsággal az EMCDDA is előír hazánk számára. A feladat azonban pillanatnyilag komoly nehézségek elé állítja a szakembereket, s a jövőre nézve mindenképpen megköveteli a járványügyi szakemberek és az addiktológusok közötti szorosabb együttműködést. Jelenleg a legtöbb, drogfogyasztókkal foglalkozó kezelőhelyen az ott dolgozók javaslatára az i.v. drogfogyasztók egy része időről-időre elmegy HIV és hepatitisz szűrésekre. Az azonban, hogy maguk a kezelőhelyek végezzék ilyen szűréseket – ami az adatgyűjtést jelentősen megkönnyítené – jelenleg a legtöbb helyen szinte kivitelezhetetlen. Egyrészt, mert az i.v. drogfogyasztói réteg nehezen érhető el,

másrészt pedig, mert a tapasztalatok szerint a legtöbb kezelőhely nem rendelkezik a vizsgálatokhoz szükséges vér levételére képes munkatárssal, a nyálminta pedig nem ad minden esetben megbízható eredményt.

A jelenlegi helyzet ismeretében muszáj hangsúlyozni az ártalomcsökkentés fontosságát. A Magyarországon működő metadon- és túcsereprogramok létjogosultsága a társadalomban sajnos még ma sem elismert. Ezt mi sem szemlélteti jobban, mint az, hogy van olyan túcsere-szolgálat, amelynek munkáját 2004-ben még rendőrségi igazoltatások nehezítették. A Budapesten felszerelt – hazánkban egyetlen – túcsere-automatát pedig már felszerelésének éjszakáján, s azóta is több ízben megrongálták.

Végezetül különösen jelentős probléma, hogy hazánkban a drogfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségekről nemcsak a társadalom különböző szinterein, hanem sokszor a drogfogyasztókkal foglalkozó kezelőhelyeken is hiányzik a megfelelő információnyújtás, felvilágosítás. Az érintettek, de a helyzetük javítását lehetővé tevő döntéshozók sincsenek a kellő információk birtokában. Ez pedig igen rövid idő alatt súlyos járványügyi helyzetet teremthet, hiszen a már HCV, HBV hordozó i.v. drogfogyasztók nagy része nem törő-

dik fertőzöttségével, legtöbbször valószínűleg nem is tudatosulnak a veszélyek, s e közben a közös tűhasználattal, illetve szexuális úton tovább terjesztik a vírust. A felelős döntéshozók pedig információk híján szintén nem törődnek a veszéllyel, s így sem preventív, sem a helyzet javítását célzó döntések nem születnek.

Az információhiánnyal együtt jár a tájékozatlanság, és az ehhez kapcsolódó társadalmi diszkrimináció, mely a HIV pozitívok helyzetéhez hasonlóan a hepatitis pozitívok életét is megnehezíti. Ezt felismerve hazánkban 2003-ban megalakult a Vírusos Májbetegség Országos Egyesülete (VIMOR), melynek betegek és orvosok a tagjai, céljuk pedig elősegíteni az érintettek érdekvédelmét.¹⁴

JEGYZETEK

1. *Hepatitis B*, „Szivárvány Sorozat”. Budapest Főváros XVII. Ker. Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése, 2003.
2. Dávid K., dr.–Horváth G., dr: Hepatitis vírushordozók megelőzése. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 3. sz., 1998. 147–150. o.

3. W. M. Brady: A hepatitis C diagnosztikájának és kezelésének ellentmondásai. *Orvostovábbképző Szemle*, 5. évf. 2. sz., 1998.
4. Hepatitis C, „Szivárvány Sorozat”. Budapest Főváros XVII. Ker. Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése, 2003.
5. A Májbetegségeket Kutató Európai Társaság nemzetközi konferenciáján a hepatitis C-ről elfogadott Egyhangú Állásfoglalás (Párizs, 1999. február 26–28.). *Journal of Hepatology* 1999;30, 956-961. o.
6. Az adatokat Dr. Nagy Ervin, a Szent László Kórház Műve Osztályának főorvosa bocsátotta rendelkezésünkre.
7. www.eurosurveillance.org
8. www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/focus.shtml
9. Elhangzott 2004. május 10–11-én Dublinban, az Európai Unió 2005-ben hatályba lépő Drogstratégiáját előkészítő konferencián.
10. Funk S. Dr.: Az ópiátfogyasztók kórházi ellátásának kialakulása és működése Magyarországon. *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2000*, ISM.
11. Erről bővebben lásd: Ártalomcsökkentés Magyarországon. TASZ, Drogpolitikai Füzetek 5. szám, 2003.
12. Rácz József: Kockázati csoportok, kockázati droghasználat: szociálpszichológiai kutatási mozaikok, in: (Czigler I, Halász L és Marton LM) *Az általánostól a különöségig*. Gondolat – MTA Pszichológiai Kutatóintézet, Budapest, 405–430. o., 2002.
13. Osztrogonác H. dr.–Gerevich J. dr.–Horváth G. dr.–Tolvaj Gy. dr.–Dávid K. dr.: Idült hepatitisvírus-fertőzések előfordulása drogfogyasztókban. *Orvosi Hetilap*, CXLI/14, 2000.
14. Az Egyesületről bővebb információhoz juthatnak az érdeklődők a www.majbeteg.hu internetes oldalon.

IV. fejezet

DROGOK, HIV/AIDS
ÉS EMBERI JOGOK
A MAGYARORSZÁGI
BÜNTETÉS-
VÉGREHAJTÁSBAN

DROGOK ÉS DROGFOGYASZTÓK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSBAN

NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

Napjainkban közel 8 millió ember tartózkodik büntetés-végrehajtási intézetekben, a világ börtönpopulációjának fele három államban (Oroszország, Kína, USA) koncentrálódik. Az ENSZ felmérései szerint a fogvatartottaknak átlagosan 27,9%-a használ drogokat.¹ A legnagyobb droggal kapcsolatos egészségügyi kockázati tényezőt a fegyintézetekben az intravénás droghasználat jelenti. A fecskendők megosztása ugyanis a vérrel terjedő betegségek (HIV/AIDS, hepatitis B, C) egyik fő fertőzési módjának számít. Számos országban a fegyintézetekben sokkal magasabb a HIV pozitívok aránya, mint az általános népesség körében, főleg azokban az államokban, ahol a börtönnépesség aránya nagy. Az Egyesült Államokban például 2002-es becslések szerint 2,1 millió amerikai állampolgár tartózkodik valamilyen korrekciós intézményben, minden 100 000 em-

berből 700.² Ezzel az aránnyal az USA a világszám. A bebörtönzöttek több mint felét droggal kapcsolatos bűncselekmények elkövetéséért ítélik el, így számos olyan függő is bekerül a börtönökbe, aki nem képes vagy nem akar felhagyni szenvedélyével. A szigorú drogpolitika miatti tömeges börtönbüntetések növekedése egyenes arányban áll a HIV/AIDS járvány súlyosbodásával a büntetés-végrehajtási intézményekben, ugyanakkor a HIV terjedése a börtönökben (2000 és 2001 között 5%) jóval gyorsabb, mint a börtönpopuláció általános növekedése (2000 és 2001 között 1,1%). A fogvatartottak mintegy 20%-a HIV pozitív, az AIDS-el kapcsolatos halálesetek száma 1995 és 2001 között 75%-al nőtt a fogvatartottak között.³

Az Európai Unió börtöneiben átlagosan 350 000 elítélt tartózkodik, ami arányaiban kisebb (100 000 emberre 94 fogvatartott jut), mint az amerikai börtönpopuláció. Az EMCDDA (Európai Drogmonitorozó Központ) 2001-es adatai szerint a droghasználó fogvatartottak aránya 15% és 50% között mozog, a legmagasabb Portugáliában (37,7%–70%), a legalacsonyabb pedig Ausztriában (10-20%). A HIV fertőzések aránya az EU legtöbb országában csökkenő tendenciát mutat, egy 1998-as felmérés adatai szerint a börtönpopuláción belül átlagosan 5,7%, szignifikánsan magasabb Portugáliában (19,7%) és Spanyolországban (12,9%).⁴

Egy 1997-ben, hét európai ország 21 börtönében elvégzett felmérés szerint az intravénás droghasználók 16–60%-a a börtönben is folytatja a droghasználatot.⁵ Az Európai Drogmonitorozó Központ 2000-es éves jelentése szerint az intravénás droghasználók 70%-a megosztja a fecskendőket a fegyintézetekben.⁶

Az európai börtönökben végzett felmérések tanúsága szerint a droghasználók legalább fele a szigorú ellenőrzési procedúra ellenére is sikeresen jut hozzá illegális drogokhoz a börtönökben. A drogok előfordulása nagyban függ az egyes intézmények jellemzőitől, így például a droghasználati mutatók magasabbak a nagyobb intézetekben mint a kisebbekben, a női részlegeken mint a férfi részlegeken, és a városi környezetben mint a vidéki környezetben. A kutatók szerint a feketepiacon elérhető drogok minden fajtája utat talál a fegyintézetekbe is, bár a kínálat akadozó, a minőség és mennyiség változékonyabb, a használati minták pedig ennek megfelelően gyakran politoxikomán jellegűek. Szakértők szerint „a börtön mint olyan nem motiválja az egyéneket arra, hogy felhagyjanak a drogfogyasztással.”⁷

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy az izolált börtönpopuláción belül a HIV/AIDS járvány elterjedése hirtelen megjelenéssel és gyors lefolyással bírhat. Litvániában például egészen 2002-ig a hivatalos állásfoglalások azt hangsúlyozták, hogy az országot elkerülte a HIV/AIDS járvány, a vírus előfordulása alacsony. 2002 májusa és júniusa között azonban egyetlen büntetés-végrehajtási intézetben (Alytus fegyintézet) 207 új HIV pozitív fogvatartottak regisztráltak, 2002 júliusában pedig további 77-et.⁸

DROGHELYZET

A MAGYAR BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSBAN

A drogfogyasztók és a drogok jelenlétére a hazai börtönökben az általános népesség körében és a fegyintézetekben végzett kérdőíves vizsgálatok, anekdotikus beszámolók, az általános drogfogyasztási trendek és a külföldi börtönökben végzett felmérések alapján következtethetünk.

A fővárosi általános felnőtt népesség körében végzett felmérés szerint a 18 és 34 év közötti fiatal felnőttek mintegy 40%-a próbált már ki illegális szereket,

1-2%-uk heroint, ennek leggyakoribb fogyasztási módja az intravénás injekció. Ugyanakkor valószínűleg az amfetamin-használók jóval nagyobb (11,6%) táborából is jelentős számban kerülnek ki intravénás droghasználók.⁹ 2000-ben a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetőinek 24,1%-a vallotta be, hogy használt már korábban intravénásan kábítószerrel. Egy 2002-es gyors helyzetfelmérő (ún. RAR) vizsgálat szerint az intravénás droghasználat Budapesten, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében illetve Baranya és Csongrád megyében a legjellemzőbb.¹⁰

1996 óta állnak rendelkezésre adatok a magyar büntetés-végrehajtásban jelenlévő droghasználók számáról, ezek az adatok a börtönbe felvett elítéltekkel készített interjúból származnak és az ő önkéntes bevallásaikon alapulnak – így nem feltétlenül tükrözik a valóságot. 1997-ben a BVOP megrendelésére vizsgálatot végeztek a droghasználó fogvatartottak rizikócsoportjainak azonosítása céljából. A kérdőíves vizsgálat szerint abban az évben a börtönpopuláció 3,8%-a élt illegális anyagokkal a fegyintézetekben, a használók átlagéletkora 29 év volt. A drogfogyasztók felülreprezentáltak voltak a fogházakban és börtönökben, alulreprezentáltak a fegyházakban. A felmérés szerint az elítéltek mintegy 20,8%-a tartotta

hozzáférhetőnek a fecskendővel bevitt drogot.¹¹ Paksi Borbála újabb felmérésének a kötet lezárásakor még kiadatlan eredményei szerint az intravénás droghasználat sporadikusan van jelen a büntetés-végrehajtásban.

A Btk. 1999-es drog-jogi szigorítását követően 2000-ben 20%-kal kevesebben vallották be, hogy illegális drogot fogyasztottak. Azon magyarázat, mely szerint a csökkenés a szigorítás hatékonyságát tükrözi, aligha vehető komolyan.¹² A jelenség mögött valószínűleg az áll, hogy a szigorúbb szankcióktól tartva kevesebb elítélt merete bevállalni drogos múltját.

Kábítószer-fogyasztók a magyar büntetés-végrehajtásban

	1996	1997	1998	1999	2000
Fogyasztók száma	190	425	752	1134	908
Eü. Intézményben kezelésbe vettek száma	95	273	325	546	203

(Heylmann, 2002)

2001-ben 205 főt ítéltek letöltendő szabadságvesztésre „kábitószerrel való visszaélés” bűncselekmény miatt Magyarországon, 2002-ben 266 főt. A „kábitószerrel való visszaélés” miatt előzetes letartóztatásba helyezett emberek száma 301 fő (14,35%), majdnem kétszerese a köz-

vadás eljárás keretében általában előzetesen letartóztatottak arányának (8,31%).¹³ Az egyéb bűncselekmények miatt elítéltek között is magasabb az illegális drogot fogyasztása, mint az általános népesség körében (bár ez nem utal ok-okozati kapcsolatra). A már idézett 1997-es felmérés szerint a drogfogyasztó fogvatartottak többségét vagyon elleni bűncselekményekért ítélték el.¹⁴

A független vizsgálatok is azt erősítik meg, amit a CPT (Kínzás Ellenes Bizottság) 1999-es magyarországi börtönlátogatásáról készített jelentése állít: „a droghasználat növekvőben van az egész börtönrendszeren belül.”¹⁵ A Magyar Helsinki Bizottság 2001-es, 565 fős mintán végzett felmérése szerint a fogvatartottak 7,6%-a fogyasztott illegális drogot a börtönbe kerülése előtt, 37,2%-uk szerint jelenleg is hozzá tudnának jutni ilyen anyagokhoz, és 4,6% azt is bevállalta, hogy fogyasztott drogot a fogvatartása idején.¹⁶

Fekete Erzsébet három évben (1999–2001) 100 fős mintával felvett adatai szerint a fiatalkorú fogvatartottak 20-30%-a fogyasztott már illegális drogot.¹⁷ Tudjuk ezenkívül, hogy a „kábitószerrel való visszaélés” büntett elkövetői között különösen nagy arányban fordulnak elő fiatalok (mintegy 90%-uk 18–29 év között van).¹⁸ Ebből arra következtethetünk, hogy a bün-

tetés-végrehajtási intézetbe egyre több drogfogyasztói múlttal rendelkező elítélt kerül be. A BVOP statisztikái szerint továbbá 2000-ben a droghasználatot bevalló fogvatartottak (908 fő) egy része (56 fő, 6,2%) heroin-fogyasztó volt.¹⁹

Ezeknek az adatoknak és trendeknek az egybevetésével valószínűsíthető a fecskendőket megosztó intravénás droghasználók jelenléte a magyar büntetés-végrehajtási intézetek egy részében, a droghasználat pedig növekvő tendenciákat mutat. A fecskendőmegosztás kockázatát tovább növelik bizonyos egyéb rizikófaktorok, mint például a börtönök túlszűfolttsága.²⁰ Magyarországon a börtönpopuláció aránya háromszor akkora, mint Dániában vagy Finnországban. Míg az EU előírások szerint egy elítéltnak négy négyzetméternyi terület járna, a valóságban kettő is alig jut. A Helsinkai Bizottság szerint a fogvatartottak orvosi ellátáshoz való joga is sérül, gyakran túl későn jutnak orvoshoz, gyógykezelésük egyes esetekben nem kielégítő.²¹ Bár a jelenleg rendelkezésünkre álló adatok alapján nem beszélhetünk HIV/AIDS járványról a magyar büntetés-végrehajtási intézetekben, a hazai drogfogyasztás pedig európai viszonylatban is alacsony, optimizmusra nincs okunk: a járvány megjelenésének minden rizikófaktora jelen van fegyintézetekben.

TERÁPIÁS ÉS PREVENCIÓS SZOLGÁLTATÁSOK A FOGVATARTOTT DROGFOGYASZTÓK SZÁMÁRA

A terápiás/prevenációs lehetőségek első csoportja megköveteli a kezeltektől a drogmentességet a kezelés időtartama idején, céljuk a páciens viszonylag rövid idő alatt történő szermentességének (absztinencia) elérése. Az ártalomcsökkentő megközelítés olyan esetekre összpontosít, amikor a droghasználó nem akar vagy nem tud szermentes maradni, ugyanakkor kockázatvállaló magatartása és egészségi állapotának romlása szükségessé teszi a közbelépést. Az ártalomcsökkentő programok nem követelik meg a kezeltektől a szermentességet, céljuk a droghasználatnak a fogyasztóra és környezetére vonatkozó kockázatainak és ártalmainak csökkentése.²²

ABSZTINENCIA-KÖZPONTÚ SZOLGÁLTATÁSOK

Terápiás közösség

Leírás: mesterségesen hoz létre egy olyan közösséget, amely normáiban ellentétes a börtöntársadalom anti-

szociális értékrendjével, azaz olyan közösség, amelyben megbecsülést, presztízst például nem a drogfogyasztás vagy a destruktív magatartás ad, hanem ellenkezőleg, az absztinencia és a közösséggel szembeni elkötelezettség. Az elhelyezésben is kiemelt csoportban résztvevők egyfajta ranglétrát járnak be, a különféle programokban tanúsított lelkesedésüknek megfelelően kedvezményekben részesülnek. A terápiás közösségek egyik formája a csoportos tanácsadás, amikor az anonim alkoholisták közösségeihez hasonlóan egy addiktológus szakember vezetésével üléseket tartanak, a másik a „kortárs segítség” elveinek megfelelően a fogvatartottak önszorgató egyleteként működik. A csoport vezetője ebben az esetben a ranglétrát már maga is végigjárt személy lehet, ellenkező esetben az egész rendszer hitellessé válik.

Nemzetközi tapasztalatok: az Egyesült Államokban a Phoenix House terápiás intézet kezdeményezésére jöttek létre először hasonló, ún. „Stay’N Out” csoportok New York-i büntetés-végrehajtási intézetekben a 60-as évek végén. A terápiás munka eredményességéről vizsgálatok készültek, amelyek pozitív eredményeket mutattak.²³ Azóta ír és walesi fegyintézetekben is bevezették a módszert.

120

Magyarország: Jelenleg már több ilyen csoport is működik az országban, leterheltségük azonban nagy.

Drogmentes körlet

Leírás: a résztvevők drogmentességet vállalnak – mintegy szerződést kötnek – és ennek betartását a személyzet motozással, valamint vizeletvizsgálattal ellenőrzi.²⁴ A szabályok megszegése a drogmentes körletből az eredeti körletbe való visszahelyezést eredményezi. A drogmentes körlet résztvevői bizonyos előnyöket élveznek – vagyis körülményeik valamelyest jobbak a többi fogvatartotténál – és a szokásosnál több foglalkozás (kreativitásfejlesztő programok, szocioterápia, kimondottan drog- és alkoholprevenciós programok stb.) áll nyitva számukra, noha azokban nem kötelező a részvétel. Az elvárás csupán az absztinencia. A tapasztalat szerint ezen programokat elsősorban azok a droghasználók veszik igénybe, akik fel akarnak hagyni szokásukkal. A program célja az, hogy a körlet tagjai a szabadulás után nagyobb arányban vegyenek igénybe szükség esetén civil drogkezelő szolgáltatásokat.

Nemzetközi tapasztalatok: A drogmentes körletek elsősorban Hollandiában, Svédországban és Finnországban terjedtek el. A vizsgálatok szerint valóban csökkentik a

121

droghasználatot a résztvevők körében, ezenkívül a közösségek azon tagjai, akik kikerülnek a börtönből, nagyobb arányban folytatják a kezelést a későbbiekben is. Ugyanakkor egy tanulmány szerint két évvel a közösségből való kikerülés után nem találtak jelentős eltérést a drogfogyasztási mutatókban a résztvevők és a részt nem vevők között.²⁵

Magyarország: A hazai „prevenációs részlegek” intézménye a magyar büntetés-végrehajtásban jelen van, ez tulajdonképpen megegyezik a drogmentes körlet koncepciójával. Működésüket a 1036/2002. (IV. 12.) kormányrendelet szabályozza. Jelenleg 13 fegyintézetben működik ilyen szolgáltatás.²⁶

ÁRTALOMCSÖKKENTŐ SZOLGÁLTATÁSOK

Tűcsereprogram

Leírás: a tűcsereprogram részeként a droghasználók steril fecskendőkhöz juthatnak, hogy ne kelljen megosztaniuk a használt fecskendőket. A fecskendők terjesztése többféle módon történhet, például tanácsadó központokon keresztül, megkereső munkásokkal, drogfogyasztó közösségek aktivistáival, esetleg automatákból. Egyes

börtönökben biztonsági megfontolásokra hivatkozva tiltják meg a steril fecskendők terjesztését, azt állítva, hogy a tűket könnyen fegyverként fordíthatják az elítéltek a börtönőrök ellen. A börtönökben valójában rengeteg apró tárgyat fegyverré lehet alakítani, a tollaktól az illegálisan bejuttatott, százszor használt fecskendőkhöz. A börtön biztonságát nem a rácsok és falak, hanem a humánus életfeltételek, illetve a börtön-személyzet és a fogvatartottak közötti jó kapcsolat, az „emberi dimenzió” biztosítja a leghatékonyabban.²⁷

Nemzetközi tapasztalatok: Napjainkban Európa 4 országának (Svájc, Németország, Spanyolország és Moldova) 20 börtönében érhető el tűcsere-szolgáltatások, az egyes alkalmazási módszerek és technikák azonban országról országra, gyakran börtönről börtönre változhatnak. A spanyol *Centro Penitenciario de Basauri* börtönben például a steril fecskendőkhöz csak az erre kiképzett speciális személyzet megkeresése útján juthatnak hozzá a fogvatartottak. A svájci *Hindelblank* és a német *Vechta* női intézetekben az elítéltek automatákból szerezhetik be a tiszta fecskendőt. Az Európai Uniót kívüli Moldova meglepően progresszív börtön-tűcsereprogramot fejlesztett ki, amelynek keretében maguk a fogvatartott droghasználók jelölnék ki önkénteseket, akik

a fecskendőket eljuttatják az arra rászorulóknak. A tűcsereprogramok bizonyítottan hatékonyan működnek, amennyiben egy integrált problémakezelési rendszer részét képezik más ártalomcsökkentő és absztinencia-alapú terápiákkal együtt.²⁸ Ausztrál börtönökben végzett hatásvizsgálatok szerint a tűcsereprogram és az antiretrovirális profilaxis (a fertőzés kockázatát felvető eset utáni 72 órán belül végzett gyógyszeres beavatkozás) hatékonyan megelőzik a HIV terjedését a fogvatartottak között.²⁹

Magyarország: Bár az általános népesség számára a szolgáltatás elérhető, a tűcsere a büntetés-végrehajtási intézetekben mind ez idáig nem került bevezetésre.

Fertőtlenítő felszerelés terjesztése

Leírás: bár nem helyettesíthetik a tűcsereprogramokat, egyes esetekben a fecskendők újrahasznosítását megelőző sterilizálására alkalmas vegyületek biztosítása (pl. szódium hipoklorit) növelheti a prevenciók erőfeszítések hatékonyságát. Megjegyzendő, hogy a fecskendők fertőtlenítése nem jelent 100%-os védelmet sem a HIV, sem a hepatitis C vírus ellen.

Nemzetközi tapasztalatok: Európa számos börtönében létezik ilyen szolgáltatás, Ausztriában például egyes

börtönök egészségügyi részlegén jódhoz juthatnak a fogvatartottak, Dániában egyes börtönök mosdóiban közvetlenül hozzáférhető a nátrium-hipoklorit. Finnországban minden beérkező elítélt kap egy személyes készletet, Franciaországban 15 naponként elérhető a rabok számára 120 ml fertőtlenítőfolyadék.

Magyarország: A BVOP „kábitószerügyi koncepciójában” szerepel a „fertőtlenítő szerek és eszközök preventív cseréje”, a kötet lezárásának pillanatában azonban ezt a gyakorlatba még nem ültették át.

Szubsztitúciós terápia

Leírás: a szolgáltatás az ópiátfüggők számára elérhetővé teszi ún. helyettesítő szerek használatát, amelyek szintén ópiát-származékok (pl. metadon, buprenorfin), azonban eltérő hatásokkal rendelkeznek. A Magyarországon leginkább használt metadon megszünteti a heroin-függőség fizikai tüneteit, ugyanakkor nem jár együtt a heroinra jellemző eufóriával, így lehetővé teszi a függő számára a társadalom elvárásainak megfelelő életforma (pl. munkavállalás) kialakítását. A metadon ezenkívül tablettá formájában szájon át fogyasztható, így nem jár együtt az intravénás használat jelentette fertőzésveszéllyel. A metadon-terápiában részesülő füg-

gőknek nem kell többé bűncselekményeket elkövetniük az elvonási tünetek elodázása végett, szociális és egészségi állapotuk stabilizálódik. Megjegyzendő, hogy a metadon terápia hatékonyságát csakis az elegendő ideig és elegendő adagokkal fenntartott terápia szavatolhatja, amely egy integrált pszicho-szociális kezelés része. A börtönök szempontjából fontos a börtönbe érkező és a börtönből távozó páciensek kezelésének folytonosságát biztosítani a visszaesés elkerülése érdekében. Ez nélkülözhetetlenné teszi a „belső” és „külső” kezelők közötti együttműködést és az ehhez szükséges intézményi, jogi keretek kialakítását.

Nemzetközi tapasztalatok: az Unió legtöbb államában létezik metadon-terápia a börtönökben, bár annak elterjedtsége változó. Spanyolországban az ópium-fogyasztók 60%-a részesül ilyen kezelésben, Ausztriában 1991 óta a metadon minden börtönben elérhető egy integrált, pszichoterápiával kiegészített kezelés részeként. Barcelonában egy 1992-ben induló metadon-terápiás program hatásvizsgálata kimutatta, hogy a megfelelő mennyiségű metadonban részesülő drogfüggők sokkal kisebb arányban estek vissza és kisebb arányban fertőzöttek meg HIV vírussal, mint a kontrollcsoport. Franciaországban 1995 óta a börtönökben a heroin-fogyasztók metadont vagy buprenorfint kaphatnak, jelenleg 77%-uk veszi igénybe ezt a szolgáltatást.³⁰

Magyarország: Bár az általános népesség számára a szolgáltatás elérhető, a büntetés-végrehajtási intézetekben jelenleg nincs mód metadon-fenntartó kezelésekre. A BVOP tájékoztatása szerint az IMEI orvosai egyes páciensek elvonási tüneteit buprenorfinnal (Subutex) kezelték, ezek az eseti jellegű kezelések azonban nem számítanak hosszú távú szubsztitúciós terápiának.

Anonim és önkéntes HIV szűrés

Leírás: A HIV prevenció egyik fontos eleme a fogvatartottak számára rendszeresen és önkéntes alapon elérhető szűrés. Az anonimitás megőrzése fontos egy olyan környezetben, ahol az AIDS-fóbia rendkívül erős, és a HIV pozitív emberek számára a *bizalom* az egyik legfontosabb érték. A kötelező HIV tesztek bevezetése ellen mind emberi jogi, mind közegészségügyi, mind költségvetési érvek szólnak. A kötelező tesztek a HIV pozitív fogvatartottak szegregációjához és hamis biztonságérzethez vezethetnek, ami nem segíti elő a járvány megfékezését. A teszteket ajánlatos egy külső szervezetnek és nem a fegyintézet egészségügyi szárnyának elvégeznie, hogy a bizalom további megerősítést nyerjen. Megjegyzendő,

hogy a HIV tesztek sosem működnek 100%-os megbízhatósággal, mivel a fertőzés és a kimutathatóság közötti „ablak-periódus” akár 4 hónapig is tarthat.

Nemzetközi tapasztalatok: Kanadában az Albert Herceg börtönben (Saskatchewan) a szexuális úton terjedő betegségek szűrésével foglalkozó klinika végez tesztelési és tanácsadási szolgáltatást 1994 óta.³¹ Az Európai Unió legtöbb országában léteznek névtelen, önkéntes HIV tesztek a börtönökben. Egyes országokban (Hollandia) csak ilyen szűrés található, Németországban a börtönbe felvett rabok számára javasolják a HIV tesztet, ugyanakkor azt vissza lehet utasítani. A HIV teszteknek a legtöbb börtönben nincsen következménye a fogvatartottak helyzetére, kivéve egyes német szövetségi államokban, ahol a HIV pozitívokat külön cellákban helyezik el.³²

Magyarország: 2003 óta a HIV szűrés minden fogvatartott számára kötelezően felajánlott, de visszautasítható, illetve kérésre névtelen. 2003 előtt minden fogvatartottat kötelező volt szűrni.³³

Ártalomcsökkentő tanácsadás

Leírás: az ártalomcsökkentő tanácsadás lényegi különbsége az absztinencia-orientált tanácsadáshoz képest az,

128

hogy nem törekszik feltétlenül a kezeltek szermentességére, csupán segíteni kíván a börtöntársadalomba való jobb integrációban és az egészségügyi kockázatok csökkentésében. Hollandiában Cramer és Schippers kidolgoztak egy ártalomcsökkentő tanácsadási rendszert, az ún. önkontroll információs programot (SCIP). A program négy célkitűzése: 1. segíteni a drogfogyasztókat a drogfogyasztás és absztinencia előnyeinek és hátrányainak realiztikus felmérésében; 2. segíteni abban, hogy a leszokást a fogvatartottak lépcsőzetes folyamatnak lássák, ne csupán „mindent vagy semmit” elven alapulónak; 3. segítséget nyújtani abban, hogy a droghasználók a kontrollált droghasználatot a konvencionális élet felé vezető lépcsőnek lássák; 4. segíteni azoknak a különbségeknek a felismerésében, amelyek jelenlegi életmódjukat elváltatják az általuk vágyott életmódtól; 5., segíteni egy, az életminőség javításához vezető, lépésről lépésre végrehajtható stratégia kidolgozásában.³⁴

Nemzetközi tapasztalatok: a SCIP programok Hollandián kívül Walesben is alkalmazásra kerültek. Jelenleg az Európai Unió egy olyan nagyszabású kutatási program támogatását hagyta jóvá, amely 5 ország börtöneiben vizsgálja a SCIP program eredményességét.³⁵

129

Magyarország: Bár az általános népesség számára a szolgáltatás elérhető, a büntetés-végrehajtási intézményekben eddig nem került bevezetésre.

AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS LÉTJOGOSULTSÁGA A BÖRTÖNÖKBEN

Bár az ártalomcsökkentés a Nemzeti Kábítószer-stratégia szerves részévé vált, az egyes módszerek hivatalos támogatást élveznek, ugyanezen stratégia börtönökkel kapcsolatos fejezete azonban egyetlen szót sem ejt az ártalomcsökkentés börtönökben való alkalmazásáról. Az ártalomcsökkentő technikák alkalmazása a büntetés-végrehajtási intézményekben egyes szakemberek számára képtelenségnek tűnik, még akkor is, ha ezen programok hatékonyságát elismerik az általános népesség körében. Bevezetésük ugyanis azt feltételezi, hogy a bv. intézetek alkalmazottai bizonyos keretek között elismerik egy olyan bűncselekmény előfordulását a börtönök területén, amely bűncselekmény elkövetéséért egyes elítéltek elvesztették a szabadságukat. Ha azonban komolyan vesszük az elítélteknek járó egyenlő egészségügyi ellátás alapelvét, akkor nem tagadhatjuk

130

meg a börtönökön kívül hatékonyan működő módszereket a fogvatartottaktól sem.

A TASZ álláspontja szerint alapvető fontosságú, hogy ezt az alapelvet a magyar fegyintézetekben tartózkodó droghasználók és HIV, illetve hepatitis pozitívok esetében is maradéktalanul tiszteletben tartsuk, és lehetővé tegyük számukra mindazon prevenció és kezelési lehetőségek igénybe vételét, amelyek a börtönön kívül élő állampolgárok számára elérhetőek. Fontos megértenünk, hogy az ártalomcsökkentés nem jelent „buzdítást” a drogfogyasztásra, csupán abból a pragmatikus megközelítésből indul ki, hogy a drogjelenség teljes megszüntetése utópista vágyalom még az olyan látszólag izolált közösségeken belül is, mint a börtönpopuláció. Egy probléma akkor válik igazán súlyossá, ha nem nézünk szembe vele. Fokozottan igaz ez a börtönökre, ahol egyes negatív jelenségek sokáig rejtve maradhatnak, hogy később komoly közegészségügyi problémát okozzanak. Ennek csakis olyan preventív módszerekkel lehet elejét venni, amelyek a nemzetközi tapasztalatok alapján bizonyítottan hatékonyak a kockázatok csökkentésében.

Az ártalomcsökkentő módszerek bevezetése nem jelenti a hagyományos absztinencia-orientált kezelési

131

módszerek megszüntetését. A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy azok az *integrált kezelési rendszerek* működnek a legsikeresebben, amelyek mindkét típusú szolgáltatást elérhetővé teszik, illetve az egyéni igényeknek és szükségleteknek megfelelően kombinálják azokat.

NEMZETKÖZI AJÁNLÁSOK

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO) már 1993-ban azt javasolta a kormányzatoknak, hogy a fogvatartottak számára ugyanazokat a HIV megelőző és terápiás lehetőségeket tegyék elérhetővé, mint az általános népesség számára. Az ajánlás szerint a fogvatartottak kötelező HIV szűrésének gyakorlata *„etikátlan és nem hatékony, ezért be kell tiltani”*. Ezzel szemben a dokumentum a névtelen, önkéntes tesztelési lehetőségek biztosítását javasolja. A WHO szerint a metadonterápián résztvevő drogfogyasztók számára a szabadságvesztés időtartama alatt is biztosítani kell a terápia folytonosságát, ezenkívül azokban az országokban, ahol a metadon elérhető az általános népesség számára, ott a börtönökben is biztosítani kell a jelentkezés feltételeit.

132

Hasonló álláspontot fogalmaz meg a világszervezet a tűcsereprogramokkal kapcsolatban is.³⁶

Az Európa Tanács 1993-as ajánlása is szorgalmazza a fecskendők fertőtlenítésére szolgáló anyagok elérhetővé tételét a fogvatartottak számára:

„18. A prevenció megköveteli az olyan egészségügyi oktatási programok bevezetését és fejlesztését, amelyek magukban foglalják az injekciós felszerelés fertőtlenítéséről vagy egyszeri használatáról szóló ismeretek terjesztését. A fogvatartottak számára elérhetővé kell tenni a fertőtlenítő anyagokat, nem csak a fertőző betegségek elleni védelem, hanem a higiénia szabályainak betartása miatt is.”³⁷

Az 1998-ban Oldenburgban (Németország) „Börtönök és drogok” címmel megrendezett konferencián 109 büntetés-végrehajtás területén dolgozó szakember gyűlt össze az EU 12 országából, és a következő alapelvekben állapodtak meg:

- „1. A drogkezelési lehetőségek széles körét kell elérhetővé tenni a börtönökben, a helyi és egyéni igények figyelembevételével.*
- 2. A fogvatartottak számára ugyanazon egészségügyi szolgáltatásokat kell elérhetővé tenni, mint a börtönökön kívül.*

133

3. Biztosítani kell a folyamatosságot a börtönbe érkező és a börtönt elhagyó emberek kezelésében, beleértve a börtönök és a külső intézmények közötti együttműködést.
4. Tréningeket kell tartani a börtönben dolgozók számára a drogról és az azokhoz kapcsolódó egészségügyi problémákról.
5. A börtönök droggal kapcsolatos szolgáltatásait monitorozni és értékelni kell.”³⁸

1999-ben az Európai HIV és Hepatitis Prevenció a Börtönökben Hálózat (*European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison*) milánói ülésén kidolgozta a börtönök HIV/hepatitis politikájának irányelveit. Ennek egyik fő alapelve az önkéntes és anonim HIV tesztek rendszerének bevezetése. A javaslat szerint a teszt eredményeit semmilyen szín alatt nem szabad megosztani a börtön vezetésével a fogvatartott hozzájárulása nélkül. Elítéli ezenkívül a HIV pozitívok szegregációját a börtönökben:

„A vér útján terjedő vírusok kezelése ugyanazon követelményeknek tegyen eleget, amelyek a börtönön kívül is fennállnak; mind a szegregáció, mind pedig a HIV és/vagy hepatitis pozitív fogvatartottak elleni bárminemű diszkrimináció elfogadhatatlan.”³⁹

134

A kapcsolódó ajánlások közül érdemes kiemelni az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodájának „Health in prisons” projektje és az Európa Tanács Pompidou csoportjának közös tanulmányát, amely 2001 szeptemberében jelent meg, és a következő elvek figyelembevételét javasolja komplex jogalkotási csomagként:

1. Már a letartóztatásnál és őrizetbe vételnél a legfontosabb a droghasználók kiszűrése. Ennek érdekében javasolt a rendőrök felkészítése, és megfelelő egészségügyi személyzet biztosítása a túlادagolás és az elvonás tüneteinek gyors kezelésére, társadalmi szervezetek és szociális gondozók bevonásával.
2. Az elterelés lehetőségei kapcsán biztosítani kell, hogy a vádemelést végző hatóságoknak legyen lehetőségük a további büntetőeljárás helyett az elterelést felajánlani. Ugyanezt lehetővé kell tenni a bíróságoknak is a későbbi szakban ennek megfelelően, és mindezek végrehajtásához természetesen a megfelelő intézményrendszert is ki kell építeni.
3. Végül a büntetés-végrehajtásban meg kell akadályozni az illegális drogok bejutását, de egyben fel kell készíteni a személyzetet arra a helyzetre, ha mégis bekerül valamilyen anyag. Fel kell készülni

135

továbbá a fizikális és pszichés függőség kezelésére, detoxikációs technikákkal, illetve fenntartó, ártalomcsökkentő programokkal is, folyamatos monitorozással, és különféle programokat kell szervezni prevencióss céllal.⁴⁰

A 2004-es dublini EU konferencián született nyilatkozat tartalmazza ez idáig a legprogresszívebb irányelveket és javaslatokat. Ezek között szerepel a steril fecskendőkhöz és a metadonhoz való szabad hozzáférés biztosításának követelménye a fegyházakban, illetve mindazon ártalomcsökkentő és HIV-prevencióss eszközök igénybe vétele, amelyek az általános lakosság számára is rendelkezésre állnak. A szöveg szerint a HIV pozitív fogvatartottak kezeléséhez biztosítani kell az erre szakosodott orvosi személyzetet és a megfelelő gyógyszeres eljárásokat. A fogvatartottaknak joguk van megismerni és titokban tartani a szűrés eredményeit, ezenkívül jogukban áll visszautasítani a felkínált kezelési lehetőséget is. A HIV pozitív fogvatartottak kényszerkezelését be kell tiltani, a szegregáció gyakorlatát pedig meg kell szüntetni. Hangsúlyozza az ajánlás a fogvatartottak jogát a pontos, előítéletektől mentes tájékoztatásra a kockázatokkal kapcsolatban. Felhívja

136

ezenkívül a tehetősebb országokat arra, hogy támogassák a kevésbé tehetőss országokat a hatékony prevencióss és kezelési eljárások bevezetésében.⁴¹

2002-ben a közép-kelet európai börtönökben működő drogkezelő szervezetek hálózata (*Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison*) megbízásából Morag MacDonald brit kutató felmérte a hazai büntetés-végrehajtásnak a drogproblémára adott reakcióit. A kutatási beszámoló⁴² 2004-ben jelent meg, és általános javaslatok is szerepelnek benne a magyar börtönök drogpolitikájával kapcsolatban. Ezek között olvashatók a következők:

1. Minden hazai büntetés-végrehajtási intézménynek ki kell alakítania a maga drogstratégiáját a sajátos igényeknek megfelelően, ezeknek a börtönön kívüli szakmai szervezetekkel létesített partneri kapcsolatban kell nyugodniuk.
2. Az ártalomcsökkentés bevonása a büntetés-végrehajtás drogstratégiájának elsődleges irányelvei közé, ennek keretében többek között a széleskörű kondomterjesztés és az ártalomcsökkentő tanácsadás szolgáltatásának bevezetése.
3. A HIV tesztek végrehajtása előtti és utáni tanácsadás fejlesztése.

137

4. Szorosabb együttműködés a civil szervezetekkel.
5. A börtönszemélyzet továbbképzése, a börtönpopuláció körében jelentkező új trendekre való felkészítése (kurzusok a prevencióról és ártalomcsökkentésről).

DROGKÉRDÉS A MAGYAR BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS JOGI SZABÁLYOZÁSÁBAN ÉS GYAKORLATÁBAN

HATÁLYBAN LÉVŐ JOGSZABÁLYOK

A magyar büntetés-végrehajtást a történelem során mindig a megkésetttség jellemezte a nyugati szabályozáshoz képest.⁴³ A fogvatartottak jogait és kötelességeit napjainkban szabályozó 1979. évi 11. törvény erejű rendelet sok szempontból szintén elavult és a régi rendszer örökségének számít (a törvényerejű rendeletek nagy részét már hatályon kívül helyezték, a jogalkotásról szóló 1987. évi XI. törvény a törvényerejű rendeletet mint jogforrást már nem tartalmazza). A rendeletet az 1993. évi XXXII. törvény egészítette ki, amely a polgári demokrácia emberi jogi követelményeinek megfelelően felsorolta azokat a jogokat, amelyekben a fogvatartott korlátozható, és azokat, amelyekben nem.

A fogvatartott bizonyos jogai személyi szabadságának korlátozása alatt sem módosulnak (pl. élethez, emberi méltósághoz, szabad vallásgyakorláshoz, testi ép-

séghez, egészségügyi ellátáshoz való jog), egyes jogait a fogvatartott bizonyos feltételekkel továbbra is gyakorolhatja (pl. munkához, tanuláshoz való jog), míg más jogait (mozgásszabadság, politikai jogok stb.) egyáltalán nem gyakorolhatja. Vannak továbbá olyan, úgynevezett büntetés-végrehajtási jogok, amelyek magából a fogvatartás tényéből fakadnak (csomag- és levélküldés, elhelyezés stb.). A hatályban lévő jogszabályok szerint a fogvatartottakat ugyanazon egészségügyi szolgáltatások illetik meg, amelyek az általános népesség számára is hozzáférhetők a börtönökön kívül – beleértve a drog- és HIV/AIDS-el kapcsolatos kezeléseket.

Az illegális drogfogyasztás mint szabályozási probléma a 80-as években jelentkezett először a magyar fegyházintézetekben. Az 1987. évi III. törvény 11. §-a az alkoholisták kényszergyógykezelésének gyakorlatát (Btk. 75. §) kiterjesztette a „kábitószer-élvező” fogvatartottakra is. A módosítás nem lépett hatályba, az 1990. évi XIV. törvény pedig megszüntette az alkoholisták kényszergyógykezelésének intézményét, mivel az indoklás szerint „a kezelés kényszerítése és az ezzel járó korlátozás az egyébként is lelkileg és személyiségében súlyosan sérült alkoholbeteg érzelmi-indulati életének zavarait fokozza”. Ez vonatkoztatható az illegális drogok fogyasztóira is.

140

A fogvatartottak egészségügyi ellátására az 5/1998. (III. 6.) számú IM rendelet vonatkozik (Feür.). Ebben található az úgynevezett befogadás rendje is, melynek értelmében a terheltet⁴⁴ először egy egészségügyi szakdolgozó közegészségügyi és járványügyi szempontból megvizsgálja és szükség esetén elkülöníti, majd 72 órán belül büntetés-végrehajtási orvos rögzíti az illető általános egészségi állapotát, fizikális státuszát, kórelőzményi adatait stb.⁴⁵ A vizsgálat alkalmával a drogfogyasztásra rutinszerűen rákérdeznek, illetve értelemszerűen észlelik az esetleges intravénás szerhasználat külső jeleit is.

A HIV/AIDS szűrésre önkéntesen – és kérésre anonim módon –, ám kötelező felajánlás alapján kerül sor, az erre kijelölt laboratóriumok közreműködésével. A Feür. szerint „[a] szerzett immunbiányos tünetcsoport vírusával fertőzött fogvatartottakat – fokozott védelmükre, a közösség védelmére és sajátos egészségi állapotukra figyelemmel – fokozattól függetlenül, az arra kijelölt bv. intézetben kell elhelyezni”.⁴⁶ A téma szempontjából külön kiemelandó, hogy a strasbourgi Emberi Jogi Bíróság az orvosi ellátáshoz való jog sérelmét az Európai Emberi Jogi Egyezmény 2. és 3. cikkének megszegéseként értékeli – vagyis az élethez való jogot és az embertelen bánásmó-

141

dot tiltó szakaszok sérelmeként. A HIV pozitívok diszkriminációja pedig ellentétes a 14. cikkkel – a TASZ éppen ezért 2004 októberében az Alkotmánybíróságnál indítványozta a fenti jogszabályhely megsemmisítését.⁴⁷

A rendelet szerint a kórházi ellátást igénylő droghasználó fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelése a büntetés-végrehajtás egészségügyi intézményben történik, de az akut elvonási tüneteket produkáló fogvatartottat sürgős esetben más detoxikálást végző intézménybe kell szállítani.⁴⁸ Ez utóbbi rendelkezéssel kapcsolatos gyakorlati aggályok – vagyis hogy mennyire nem alkalmazzák – kifejtése nem jelen tanulmány feladata.

Ettől különbözik azonban az elterelés intézménye. Ha valakit (drog)fogyasztói típusú bűncselekmény miatt vonnak felelősségre, akkor ő még a büntetőeljárás során választhatja a büntető útról való elterelést, vagyis állapotától függően részt vehet egy féléves, folyamatos kezelésen vagy felvilágosításon, melynek igazolása után az ellene indult büntetőeljárást megszüntetik.⁴⁹ A büntető törvénykönyv 283. §-ának 2003. március elsejei módosítása nem csak a drogfüggők, hanem minden drogfogyasztó számára lehetővé teszi az elterelés igénybevételét. A kezelésre az elterelést lehetővé tevő

(ügyészségi, bírósági) határozat kézbesítésétől számított egy éven belül kell sort keríteni. A kezelésen való részvételt, melynek igénybevétele független attól, hogy a terhelt drogfüggő-e, vagy sem, értelemszerűen a büntetés-végrehajtás is biztosítani köteles. Ha valaki vállalja az elterelést, de nem teljesíti, akkor el fogják ítélni.

Az Igazságügyi Minisztérium szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtási szabályairól szóló 18/2002. (XI. 30.) rendeletével módosított 6/1996. (VII. 12.) rendelete lehetővé teszi az ún. drogprevenációs részlegek kialakítását. Ezekben a részvétel önkéntes, azonban a teljes absztinencia vállalása a belépés feltétele. Ezek a részlegek tehát leginkább a kezelési lehetőségekről szóló fejezet „drogmentes körlet” paragrafusaiban leírt opcióhoz állnak közel. 2004. január 1-től az országban 12 ilyen részleg működik, ezek közül kettőt fiatalok számára alakítottak ki.⁵⁰ A BVOP a kötet lezárásakor jelezte, hogy egy 13. preventív részleget is kialakítottak.

Abban az esetben, ha valakiről befogadáskor kiderül, hogy droghasználó, e bűncselekmény miatt az egészségügyi állomány nem indít büntetőeljárást. A befogadáskor történő orvosi vizsgálatnál sokszor nem is tudják – adminisztrációs okokból –, hogy milyen eljárás miatt kerül valaki hozzájuk, a személyi lapra ugyanis csak később kerül rá a fogvatartás alapjául szolgáló bűncselekmény megjelölése. Az természetesen már más kérdés, hogy ha valaki a fegyintézetben fogyaszt valamilyen drogot, ha ugyanis ez kiderül, az illetőt minden esetben feljelentik. A 2003. márciusi törvénymódosítás értelmében lehetőség van a feljelentés következményeként megindított büntetőeljárás elterelésére az ügyészeti szakaszban. Ez a vád elhalasztásával és 6 hónapos kötelező drogterápiával jár.

Abban az esetben, ha az egészségügyi részleg észleli, hogy a fogvatartottnak elvonási tünetei vannak, azt legfeljebb pszichológusi segítséggel és gyógyszeres terápiával tudják orvosolni.⁵² Az elterelés intézményét a fogvatartottak számára a magyar büntetés-végrehajtás alternatív terápiás csoporton keresztül teszi lehetővé – ide

kerülhet bárki az országból, aki vállalta a Btk. 283. §-ában szabályozott 6 hónapos kezelésen-foglalkozáson való részvételt. A büntetés-végrehajtás országos parancsnokának a fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen való részvételéről szóló 1-1/31/2000. (IK Bv. Mell. 6.) OP intézkedése a kezelés végrehajtásának helyét a Budapesti Fegyház és Börtönben jelölte ki. A BVOP jelenleg tervezi további kezelési helyek kijelölését a tököli Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézetében és a Kalocsai Fegyház és Börtönben, mivel a budapesti csoport egyre inkább túlterheltté válik. Korábban lehetséges volt, hogy valaki a 6 hónapos terápia után is a csoportban maradjon, ma ez már gyakorlatilag nem oldható meg. Annak, hogy jelenleg a csoport két részre osztva működik, a létszámra visszavezethető kényszerűség az oka.

A csoportot egy addiktológus-pszichiáter vezeti. 5-6 segítője van, szociális munkások, ápolók, pszichológus: ő és munkatársai az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) alkalmazottai, és a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságával kvázi-szerződéses jogviszonyban állnak. Maga a csoport 1999 elején indult, összesen mintegy 38-40 fővel tud működni, s jelenleg két részletre bontva zajlanak a foglalkozások.

A csoport természetesen mindenben alkalmazkodik az elterelésre vonatkozó rendelet⁵³ előírásaihoz, sőt, mivel elterelésre 2003. március 1. előtt is volt lehetőség (igaz, hogy akkor még csak a függő fogyasztóknak), amelyet akkor még kizárólag itt lehetett igénybe venni az egész országban, az itt alkalmazott módszerek és összegyűjtött tapasztalatok a rendelet megalkotásához egyfajta mintául szolgáltak.

Ha valaki ebbe a csoportba kerül, a gyakorlatban fizikai elvonási tüneteket már nem produkál, hiszen azok az előzetes letartóztatás során legtöbbször lezajlanak. A csoportba kerüléskor az állapotfelmérést az addiktológus-pszichiáter végzi (egyben mintegy komplett szakvéleményt adva a fogvatartottról), majd ezt személyiségtesztet, és a program során csoportos beszélgetések követik, úgynevezett „szemi-direktív rendszerben”. A közös beszélgetések alkalmával a résztvevők egy-egy témát járnak körül, amely nem feltétlenül a droghasználattal kapcsolatos. Szükség esetén természetesen négy szemközt, személyre szabottan is folyhatnak beszélgetések (ez gyakorlatilag az addiktológiai terápia részeként értékelhető). Gyógyszeres terápiát nem alkalmaznak ezen kereteken belül, a gyógyszer-felírás nem a terápiát irányító csoport munkatársainak kompetenciája.

146

Természetesen a 2003. március elsejei Btk.-módosítás miatt az összetétel változott, hiszen már nem csak függők kerülhetnek a csoportba. A függő és nem függő elítéltek szétválasztása nehezen oldható meg, így olyan fogvatartottal is kell foglalkozni, aki adott esetben nem feltétlenül igényelne addiktológiai ellátást. A csoportban résztvevők között elég ritka a kizárólag kábítószerrel visszaélés miatti elítélés, jellemzőbb a kriminológiai értelemben vett drogfogyasztás mellett a vagyoni elleni bűncselekmények elkövetése.

Abban az esetben, ha lejár a kezelésre, megelőző-felvilágosító foglalkozáson való részvételre rendelkezésre álló, a vádemelést elhalasztó határozatban megszabott egyéves időtartam, az a jelenlegi – több szempontból is kifogásolható – gyakorlat szerint azt eredményezi, hogy a fogvatartottat leveszik a csoport résztvevőinek listájáról. Ez annak ellenére megtörténhet, hogy adott esetben a féléves kezelés, felvilágosítás még nem fejeződött be. Egyrészt orvosi szempontból is kifogásolható, hogy nem befejezett terápia után valaki kikerüljön a csoportból, másrészt a büntető törvénykönyv szerint mindegy, hogy valaki az egy éven belül, vagy azon túlnyúlva teljesíti a kezelést: csak az számít, hogy az első fokú bírósági ítélet meghozataláig befejezze azt.

147

Ha valaki önhibáján kívül később kezdi meg a kezelést és eleve nem is tudja befejezni azt egy éven belül, legfeljebb egyéni kérelem útján maradhat a csoportban, melynek kimenetele kétséges, precedensről nincs tudomásunk. Abban az esetben, ha valaki teljesíti a Btk. 283. §-ában szabályozott feltételeket, számára szabályos igazolást adnak ki, ha pedig a fogvatartott a 6 hónap letelte előtt szabadul, akkor a csoportban eltöltött időt igazolják megfelelően, és figyelmeztetik (az említett rendeletben foglalt határidőknek megfelelően), hogy minél hamarabb folytassa a megkezdett kezelést. A csoportban nem okozott problémát a fogvatartás alatti drogfogyasztás. Ha ilyen adott esetben észlelnének is, az nem eredményezheti a csoportból való kizárást, de indokolhat egy egyéni addiktológiai ellátást, pszichoterápiát az alkalmazott programon belül.

A fogvatartottak a velük való beszélgetéskor megerősítették, hogy a bekerülés automatikus, ha valaki megkapja a megfelelő határozatot, szállítják, azonban azzal már volt gond, hogy hiába volt megítélésük szerint „egyszerű a drogos ügyük”, a vonatkozó büntetőeljárás nagyon lassan folyt, így az is eltartott jó darabig, amíg addiktológushoz kerültek. A börtönorvosok meglátásuk szerint jellemzően keveset foglalkoztak velük, elő-

zetesben inkább csak gyógyszereket (altatót, nyugtatót) kaptak, emiatt az elvonás alatt, ha valaki súlyos, pl. heroin-függőségben szenvedett, előfordult, hogy több öngyilkossági kísérletet is tett, mire átszállították a tököli rabkórházba.

DROGMENTES KÖRLET

A BUDAPESTI FEGYHÁZ- ÉS BÖRTÖNBEN

Prevenációs csoport jelen formájában 2003. szeptember 6-án kezdte el működni az intézményben.⁵⁴ Előzményeként az ún. önkéntes csoportot említhetjük. Jelenleg 23 fő van a körletben elhelyezve. A prevenációs csoportba kerülésnek nem feltétele, hogy külön kábítószerrel visszaélés miatt folyjon büntetőeljárás a jelentkező ellen. Aki a prevenációs csoport tagja, az elterelő csoportban nem lehet részt. Az itteni prevenációs munka – bár elsősorban a drogprevenációra koncentrál – komplexebb megközelítésű, általánosabb jellegű. A csoportba való bekerülés feltétele, hogy a fogvatartott drogmentességet vállaljon (ez egyébként az önkéntes csoportban is így működött). Ez vonatkozik az altatókkal és a nyugtatókkal való visszaélésre is.

Kéthetente vizelettesztet végeztetnek a résztvevőkkel, melyre nem mindig pontosan ugyanazon a napon kerül sor. A rendszer jellege miatt elvileg nem derülhet ki, hogy a teszt melyik napra esik. Ha valaki az elsőként végrehajtott gyorseszten megbukik, akkor azt esetében rövid időn belül új mintavétel és alaposabb vizsgálat követi. Megerősített pozitív eredmény esetén kizárják a fogvatartottat a programból, és nyomozást indítanak ellene. A vizsgálatra mindenkit egy időben köteleznek, a pozitív teszteredmény egyáltalán nem gyakori. Elvileg azonban a tesztet meg tudják téveszteni azok, akik a szervezetből legfeljebb 1-2 nap alatt kiürülő drogokat (pl. heroin) használnak közvetlenül a teszt elvégzése után, esetleg információkat szereznek a következő teszt elvégzésének időpontjáról. A preventív körletek tulajdonképpen csak azok számára jelentenek reális terápiás alternatívát, akik képesek a teljes absztinencia elérésére. A drogfogyasztásukat abbahagyni vagy kontrollálni képtelen függők kezelése nem megoldott.

A csoportba bármely fogvatartott jelentkezhet, a bekerülésre 1-2 hónapot kell várni. A fogvatartott kérelme mellé nevelői véleményt csatolnak, majd pszichológusi felmérés készül, mely gyakorlatilag egy komplett pszichológusi szakvéleménynek felel meg. A fogvatart-

150

tottak egyébként is folyamatos pszichológusi kontroll alatt vannak, mentális állapotukat személyiségtesztekkel ellenőrzik.⁵⁵

Az egyes foglalkozásokat (művészetterápia, sportversenyek, filmvetítés, a szervezés alatt álló nyelvtanfolyam, kézműves foglalkozások) zömmel a nevelők bonyolítják, emellett külsősök (például szociális munkások) által vezetett, engedélyezett programok is vannak. Minden egyes programhoz parancsnoki engedély kell. Sok tervük van, de minden pénz kérdése és az engedélyezés is időt vesz igénybe. Azt a tényt, hogy a büntetés-végrehajtáson belül relatíve nyitott közösségben vannak, az ott élők meglehetősen pozitívan élik meg, sőt, a csoportról és a programokról szinte csak dicsérően szóltak. Mindazonáltal jobbító szándékú kifogásaik is vannak, sérelmezik például, hogy ugyanannyi a beszélőjük, mint a „normál” raboknak. Felmerült az úgynevezett „intim szoba” iránti igény is (ilyen szobákban a fogvatartott felügyelet nélkül érintkezhet – akár szexuálisan is – hozzátartozójával). Aki a rabok közül járt már „civil” drogambulancián, az azt az itteni programhoz képest preventív szempontból kevésbé tartja hatékonynak – hozzátéve persze azt a tényt, hogy itt „nincs hová elmenni”. Jónak tartják a preventív csoport el-

151

képzését, azonban aggodalmukat fogalmazták meg arra az eshetőségre, ha a csoport hirtelen nagyobb létszámmal bővülne.

A HIV ÉS HEPATITIS SZŰRÉS GYAKORLATA

A HIV/AIDS teszt a jogszabályi előírásoknak megfelelően⁵⁶ önkéntes, ez azonban nem befolyásolta érdemben a pozitív eredmények alakulását, vagyis az intézményben nem érzékelték azt, hogy ez a körülmény nagyságrendi változást okozott volna a regisztrált fertőzések számában. A tesztek száma jóval alacsonyabb, mint amikor kötelező volt, ez valószínűleg a HIV/AIDS-el kapcsolatos ismeretek hiányosságaival magyarázható.⁵⁷

A befogadáskor nyilatkozatot töltenek ki a mintát szolgáltatókkal, amelyben az aláírók saját anyanyelvén tájékoztatják, hogy a teszthez való mintaadás önkéntes (kérésre a laboratórium felé a TAJ számot sem küldik el), és a vizsgálathoz az érintett hozzájárulását kérik. A nyilatkozatban a tájékoztatás megtörténte mellett a fogvatartott egyben tudomásul veszi, hogy negatív eredmény esetén arról sem szóban, sem írásban nem fogják tájékoztatni.⁵⁸ A tesztek a fővárosi ÁNTSZ

végzi, ha bizonyos mennyiségű minta összegyűlik, azt egyszerre továbbítják. Kivételt képez az az eset, amikor valaki már előre jelzi magáról, hogy HIV pozitív, ilyenkor soron kívül továbbítják a mintát, ugyanis a fogvatartott nyilatkozatát ekkor is ellenőrizni kell.

Amennyiben az eredmény pozitív, azonnal átszállítják a fogvatartottat Tökölre, az ún. „K-körletbe” – helyben ugyanis, a bv. intézet tájékoztatása szerint, nem tudnak megfelelő ellátást biztosítani számukra. Egy megállapodás szerint a pozitív eredményt a bőr- és nemibeteg-gondozó munkatársai közlik, mert ez speciális szempontok figyelembevételét igényli. A HIV fertőzés fokozott kockázatáról, a HIV szűrővizsgálat lehetőségéről a befogadáskor szóbeli és írásbeli tájékoztatást nyújtanak, s ezt a fogvatartott az említett nyilatkozat aláírásával nyugtázza. A hepatitis C szűrésre a fogvatartottaknak csak véradás alkalmával van lehetőségük, a hepatitis C pozitív fogvatartottak számáról tudomásunk szerint nem állnak rendelkezésre adatok.

A HIV POZITÍV FOGVATARTOTTAK SZEGREGÁCIÓJÁNAK GYAKORLATA

A tököli „K-körlet” nem a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházán, hanem a szintén tököli Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézetén belül található, szeparált épület. 1999 áprilisában nyerte el mai formáját. Az országban ez az egyetlen HIV/AIDS kezelésre kialakított hely a büntetés-végrehajtás szervezetén belül, ez a tény azonban eddig nem okozott létszámproblémát. A körlet 16 főre van méretezve, az átlagos létszám 10-12 fő, s nagyjából fele-fele arányban találhatóak külföldiek és magyarok a lakók közt. Elvileg a zárkák bővíthetők +1 ágygal. 16 egyszemélyes zárka van, ezek jól felszereltek, tágasak és kultúráltak, zuhanyzóval. A női részleg szeparált, a beszélgetés idején egy fogvatartott volt ott elhelyezve. Az itt élő fogvatartottak egy része csak a körletbe kerülésekor értesült HIV pozitívításáról, ezért a közléssel járó nehézségeket (depresszió, öngyilkossági kísérletek) helyben kellett megoldani. A részleg szoros kapcsolatot ápol a Szent László Kórházzal, ahonnan a több éve tartó együttműködés keretében kéthetente egy orvos látogat át a körletbe, kéthavonta pedig vérvételes vizsgálatra kerül sor. A kisebb,

154

általános jellegű egészségügyi ellátások biztosítása érdekében az itt fogvatartottak rendelkeznek egy külön szobával, szakorvosi ellátást pedig immár a tököli rabkórházban kapnak. Korábban minden esetben automatikusan a Szent László Kórházba szállították őket, és fogszakorvosi ellátásukra még mindig csak ebben az egy intézményben hajlandóak – ami teljességgel elfogadhatatlan, és ellenkezik mind az egyenlő egészségügyi ellátáshoz való jog követelményével, mind az orvosi etika szabályaival. Szükség esetén a fogvatartottak pszichológusi segítséget vehetnek igénybe. A körletben továbbá csoportfoglalkozásokat is tartanak, melyek bővítését tervezik.

A HIV pozitív fogvatartottak szigorú elkülönítésben élnek. Nem látogathatják a közösségi élet olyan alapvető színtereit, mint a kápolna vagy a könyvtár, sétára pedig csupán egy szűk, fallal körülvett területet használhatnak. További probléma, hogy a kötelezően előírt, elkülönített elhelyezésre a fogvatartottak szállításakor és a megérkezésük után nincs lehetőség, ezért ha például tárgyalásra kell vinni valakit, akkor meg kell oldani, hogy onnan még aznap vissza is hozzák. A körlet a tuberkulózisban szenvedő fogvatartottak részlegének közvetlen közelében van, ez nyilvánvaló és teljesen ér-

155

telmetlen egészségügyi veszélyt jelent a HIV pozitívok legyengült immunrendszerére nézve.

A TASZ 2004 októberében a már említett, IV. sz. mellékletben található indítvánnyal fordult az Alkotmánybírósághoz, melyben a HIV pozitív fogvatartottak szegregációját előíró 5/1998. (III. 6.) IM rendelet 43. §-ának hatályon kívül helyezését kezdeményezi. Álláspontunk szerint a támadott rendelkezés alkotmányellenes, és ellentétes a vonatkozó nemzetközi ajánlásokkal, valamint számos magyar törvénnyel (büntető törvénykönyv, egyenlő bánásmódról szóló törvény) is. A szegregáció gyakorlata a törvény által biztosított alapvető emberi jogok (pl. lelkiismereti- és vallásszabadság gyakorlásához való jog, művelődéshez való jog) indokolatlan korlátozásával jár, holott e jogoktól a fogvatartottakat sem lehet megfosztani.

Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy a kifogásolt jogszabály Alkotmánybíróság általi esetleges megsemmisítése nem okozhat hátrányt a K-körlet jelenlegi lakóinak. Az indítvány az indokolatlan és alkotmányellenes jogkorlátozást támadja: azt, hogy a HIV pozitív fogvatartottak gyakorlatilag non-stop karanténban élnek, a körletet nem hagyhatják el, és a bv. intézetben belül nem mozoghatnak olyan szabadon, mint a többi,

156

nem HIV pozitív fogvatartott. Minden elítéltnak joga van az egészségügyi állapotának megfelelő egészségügyi és egyéb ellátáshoz (adott esetben speciális diétához stb.), így az elkülönítés alapjául szolgáló paragrafus megsemmisítése után sem képzelhető el, hogy a HIV pozitív rabokat egészségükre veszélyes, illetve egészségi állapotuknak nem megfelelő környezetbe helyezték. Ez ugyanis szintén ellentétes lenne az alkotmánnyal.

157

KONKLÚZIÓK ÉS JAVASLATOK

A STRATÉGIAI INTEGRÁCIÓ HIÁNYÁRÓL

A magyar Nemzeti Kábítószer-stratégia egyetlen rövid bekezdést szentelt a drogkérdés és büntetés-végrehajtás témakörének, amely tulajdonképpen kizárólag azoknak a represszív-operatív tevékenységeknek a fontosságára hívja fel a figyelmet, amelyek a kínálat- és keresletcsökkentés célját hivatottak megvalósítani. A fogvatartott droghasználóknak nyújtott esetleges terápiás és preventív szolgáltatásokról nem esik szó, csupán egyetlen utalás található arra, hogy *„a büntetés-végrehajtás az intézményei területén várhatóan jelentkező kábítószer-probléma kezelésére még nem felkészült”*.⁵⁹

A BVOP által készített „A büntetés-végrehajtás kábítószerügyi koncepciója” c. dokumentum ennek megfelelően elsősorban a kínálatcsökkentést tekinti prioritásának, a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság e cél

megvalósításának pénzügyi feltételeihez is hozzájárult. A prevenció és a kezelés ugyanakkor korlátozott szerephez jut a stratégiai tervezés szintjén, az ártalomcsökkentő kezelési lehetőségek közül pedig csupán a fecskendők fertőtlenítésére használatos felszerelés terjesztése van tervbe véve. A kínálatcsökkentéssel ellentétben a preventív körletek fenntartására az állami költségvetésből a BVOP 2004-ben nem kapott forrásokat, a költségeket saját költségvetéséből kell kigazdálkodnia, illetve erre a célra pályázati támogatást kell találnia.

Az országgyűlés által jóváhagyott⁶⁰ társadalmi bűnmegelőzési stratégia a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények megelőzését az Európai Unió ajánlások alapján a legmagasabb prioritású tevékenységek között említi. A büntetés-végrehajtással kapcsolatos szakasz felhívja a fegyintézeteket *„az alkoholfüggő és a kábítószerhasználó fiatalok elítéltek számára kezelési programok és speciális részlegek biztosítás[ára] a büntetés-végrehajtási-, javító-nevelő intézetekben, valamint a szabad élet körülményei között”*.⁶¹ A stratégia végrehajtásáról szóló kormányhatózat kiterjeszti a kezelési lehetőségek kívánalmát a felnőtt korú elítéltekre is.⁶² A kezelési programok köreinek bővítéséről, az ártalomcsökkentő programok be-

vezetéséről, speciális HIV prevenciók intézkedésekről, a HIV pozitívok alkotmányos jogkorlátozásainak megszüntetéséről nem esik szó.

Az Igazságügyi Minisztérium 2003-ban előterjesztette az új büntetés-végrehajtási törvény koncepcióját, amelynek tervezett hatályba lépése 2005. január 1. A koncepció az Európa Tanács ajánlásainak megfelelően külön szabályozást irányoz elő a fogvatartottak speciális csoportjai, így pl. a „kábitószerfüggő és alkoholbeteg” fogvatartottak számára is. A koncepció szerint „különös figyelmet” kell fordítani a kábítószerfüggő fiatalok elítéltek terápiájára – amely elvileg magában foglalhatja az ártalomcsökkentő programok bevezetését is. A Büntetőjogi Kodifikációs Bizottságra hagyja azonban annak eldöntését, hogy a „kábitószer-élvezőre” is kiterjesszék-e a kényszergyógykezelés intézményét vagy sem. Ez a megfogalmazás rendkívül homályos, ugyanis jelentheti a problémamentes, alkalmoszerű drogfogyasztók kényszergyógykezelésének elrendelését is, ami nem csak orvosi, hanem emberi jogi szempontokból is elvetendő intézkedés. A tudományos bizonyítékok azt mutatják, hogy a kezelés hatékonyságát annak önkéntessége szavatolja, kényszeres jellege pedig gátolja.

160

A TASZ álláspontja⁶³ szerint a büntetés-végrehajtási törvény koncepciója a drogférfés kezelésének területén valójában koncepciótlanságot tükröz a következő okokból:

1. Nem szünteti meg a HIV pozitív fogvatartottak szegregációját, és nem tesz lépéseket a HIV kérdés és a HIV pozitívok büntetés-végrehajtáson belüli helyzetének megfelelő, az alkotmánnyal és a vonatkozó nemzetközi ajánlásokkal összhangban lévő kezelésének megvalósítása érdekében;
2. Nem foglal állást a drogfogyasztók kényszergyógykezelését szorgalmazó, elavult és az orvosi etikát sértő törekvésekkel szemben;
3. Nem tesz semmiféle javaslatot azoknak az ártalomcsökkentő-preventív intézkedéseknek a büntetés-végrehajtásba való bevezetéséről, amelyek széles körben elismert hatékonysággal működnek az EU börtöneiben.

JAVASLATOK

A TASZ olyan integrált drogf- és HIV/AIDS stratégia kialakítását javasolja a büntetés-végrehajtási intézmények számára, amely:

161

- koherensen illeszkedik a Nemzeti Kábítószer-stratégiának a drogfogyasztók kezelését és az ártalomcsökkentést a represszív intézkedésekkel szemben előtérbe helyező szemléletéhez;
- tiszteletben tartja a nemzetközi ajánlásokban szereplő, a drogfogyasztó és HIV pozitív fogvatartottakkal való bánásmód irányelveit;
- előmozdítja a nemzetközi szakmai tapasztalatok fényében hatékonynak bizonyuló ártalomcsökkentő módszerek átvételét, a helyi igények figyelembevételével;
- gondoskodik a büntetés-végrehajtásban dolgozók továbbképzéséről, illetve a fogvatartottak körében végzett felvilágosító kampányokról;
- előírja a kábítószerhelyzet rendszeres monitorozását a büntetés-végrehajtásban.

Javasoljuk ezenkívül a következő módosítások bevezetését és végrehajtását a büntetés-végrehajtás jogi szabályozásában és gyakorlatában:

1. A HIV pozitív fogvatartottak szegregációjának megszüntetése

A HIV pozitívok elkülönítése mindenképpen indokoltanul és alkotmányellenesen korlátozza az érintettek

emberi méltósághoz való alapvető jogát. Ezen felül az alkotmány 70/A. § (1) bekezdése szerint:

„A Magyar Köztársaság biztosítja a területén tartózkodó minden személy számára az emberi, illetve az állampolgári jogokat, bármely megkülönböztetés, nevezetesen faj, szín, nem, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtétel nélkül.”

Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint az alapjogi korlátozás három kritériumnak kell, hogy megfeleljen. Az első feltétel az olyan törvényes, legitim cél, amely a korlátozást indokolja. Jelen esetben a fertőzés elméleti veszélyének kitett többi elítélt élethez és testi épséghez való joga hozható fel ilyen célként. A második kritérium a szükségesség, ami azt jelenti, hogy a cél elérésére alkalmazott eszköznek – az elkülönítésnek – a cél elérésére alkalmas, de a lehető legenyhébb korlátozással járó eszköznek kell lennie. Ez esetünkben azt is megkívánja, hogy a szegregációnál enyhébb korlátozás ne legyen alkalmas a vírus továbbterjedésének a megakadályozására. Könnyen belátható azonban, hogy a cél eléréséhez nem szükséges az elkülönítés, hiszen a HIV vírus

köznapri érintkezés, használati tárgyak megosztása, vagy egy légtérben tartózkodás révén nem terjed.

Elegendő tehát a megfelelő egészségügyi kontroll és felvilágosítás, valamint a megelőzés eszközeinek a biztosítása. Ha valaki tudja magáról, hogy HIV pozitív, vagy fel van készülve rá, hogy esetleg HIV pozitív személlyel létesít szexuális kapcsolatot – ezen jogában nem korlátozhatja a fogvatartás ténye –, és rendelkezésére állnak a megelőzés eszközei (pl. óvszer, intravénás droghasználók esetében steril fecskendő), akkor a vírus továbbadásának a veszélye elenyésző.

A Kínzásellenes Bizottság (CPT) több mint egy évtizede külön is fellép jelentéseiben ezen gyakorlat ellen: *„nincs orvosi indoka azon HIV pozitív rabok elkülönítésének, akik megfelelő egészségügyi állapotban vannak”*.⁶⁴ A HIV pozitív emberek elkülönítése és büntetés-végrehajtáson belüli mozgásának korlátozása tehát alkotmányellenes, az alapjogok korlátozásához szükséges harmadik feltétellel, az arányosság vizsgálata, (vagyis, hogy az alkalmazott jogkorlátozással okozott hátrány kisebb legyen, mint az elérhető előny) jelen esetben tehát feleslegessé is válik. A HIV pozitív fogvatartottak számára is meg kell adni a lehetőséget, hogy a többi fogvatartotthoz hasonlóképpen élhessenek jogaikkal – természetesen

anélkül, hogy az egészségi állapotuknak megfelelő bánásmódtól és környezettől elesnének –, a büntetés-végrehajtás személyi állományát pedig megfelelően fel kell erre készíteni.

2. Hatékonyabb HIV prevenció a börtönökben

A szegregáció megszüntetése azonban önmagában nem oldja meg a HIV problémát a fegyintézetekben. A HIV pozitív fogvatartottakkal szembeni diszkriminációt folyamatos felvilágosító és ismeretterjesztő kampányokkal lehet csupán csökkenteni a személyzet és a fogvatartottak között. Szükséges megoldani az óvszer terjesztését is, és nem csupán a jogerős szabadságvesztés büntetést töltők körében. A WHO ajánlása szerint *„az előzetes letartóztatás alatt a fogvatartottak számára hozzáférhetővé kell tenni az óvszereket”*.⁶⁵ A HIV pozitív fogvatartottak számára elérhetővé kell tenni a szakmai és önszervező szervezetek által nyújtott szolgáltatásokat is. Ezek a programok sikeresek és nem is feltétlenül drágák. A tanulmányok szerint különösebb biztonsági kockázattal sem járnak.⁶⁶ Itt említhető még, hogy Magyarországon nem alkalmaznak HIV nyálteszteket, holott egyes kutatások szerint ezek a tesztek a vérvétel-nél érthető okokból jóval népszerűbbek a fogvatartot-

tak között – hozzávetőleg 7-8-szor annyira, azaz az önkéntes szűrés hatékonyságát nagymértékben növelik.⁶⁷ Nincs tudományos konszenzus ugyanakkor abban a kérdésben, hogy ezek a tesztek mennyire megbízhatóak.

3. Tájékoztató a HIV szűrés eredményéről

Álláspontunk szerint a HIV/AIDS tesztet önként válláló fogvatartottakat arról is automatikusan és kérés nélkül kell tájékoztatni, ha a teszt eredménye negatív. Így jelen formájában mindenképpen aggályosnak tartjuk a velük aláíratott nyilatkozatot, azt legalábbis úgy kellene módosítani, hogy lehetőséget kapjon az aláíró arra, hogy negatív eredmény esetén is értesítsék – bár még ez sem teljesen kielégítő megoldás.

A pozitívítás tényéről való tájékoztatás menete sem zökkenőmentes – a tököli tapasztalatok szerint előfordult, hogy a fogvatartott csak a K-Körletbe való szállítása után értesült HIV pozitívításáról. Felül kell tehát vizsgálni a büntetés-végrehajtás szervezetén belül az erre vonatkozó gyakorlatot.

4. Az ártalomcsökkentés bevezetése a büntetés-végrehajtás intézményeibe

A TASZ javasolja, hogy a büntetés-végrehajtás rendszerébe kerülő ópiát-fogyasztók számára tegyék hozzáférhetővé a metadon-kezelést, illetve tegyék lehetővé a bv. intézetbe kerülésük előtt metadon-terápiás kezeléssel résztvevő függők számára a kezelés folyamatosságát. A drogkal kapcsolatos ártalomcsökkentésbe és addiktológiai ellátásba mind állami, mind civil szervezeteket be kell vonni. Ehhez szükség lenne a büntetés-végrehajtási intézményekben dolgozó szakembereknek szóló irányelvek és tréning kidolgozására, amelyek a drogfogyasztó fogvatartottak feljlesztésének alternatíváit, illetve ezen alternatívák előnyeit ismertetik. Folyamatosan monitorozni kell az intravénás droghasználatból fakadó esetleges kockázatokat az egyes bv. intézményekben, az intravénás droghasználó populáció számára biztosítani kell a steril fecskendőkhöz való hozzáférést. A hozzáférés módját a helyi viszonyoknak és igényeknek megfelelően kell kialakítani. Fontosnak tartjuk a kezelési lehetőségek körének szélesítését. Az absztinencia-orientált szolgáltatások mellett alacsonyküszöbű kezelést is elérhetővé kell tenni a rászorulóknak számára, ahol az illegális drogfogyasztás ténye nem vonja magával a fogyasztó kizárását a kezelésből.

5. Az elterelés inkonzisztenciáinak megszüntetése

Aki az elterelést választja, annak törvény adta joga hadéktalanul megkezdeni azt, függetlenül attól, hogy pl. előzetes letartóztatásban van-e, és ha igen, milyen okból.⁶⁸ A szabadlábon lévő terheltnek gyakorlatilag az elsőfokú ítélet meghozataláig van lehetősége igazolást beszereznie az eljárás megszüntetéséhez szükséges⁶⁹ féléves, folyamatos részvételtől, a fogvatartottnak azonban erre nincs lehetősége. Sőt, adott esetben elképzelhető, hogy önhibáján kívül nem kerül időben a megfelelő csoportba, és ha időközben nem szabadul, akkor esélye sincs az elterelést teljesíteni. Meg kell szüntetni azt a gyakorlatot, hogy a drogfogyasztó kizárólag az egyéves vádelhalasztás alatt veheti igénybe az elterelést.

Nem kielégítő az a gyakorlat sem, amely szerint az elterelést a büntetőeljárás alternatívájaként választó fogvatartottaknak csak a Budapesti Fegyház és Börtönben van lehetőségük a terápiás csoportban való részvételre. A BVOP tervével összhangban fokozatosan bővíteni kell a büntetés-végrehajtás intézményeiben működő, elterelő kezelést biztosító terápiás csoportok számát. Szélesíteni kell ugyanakkor a terápiát szolgáltatók és a terápiás szolgáltatások körét is.

Az elterelést biztosító programban ne az összes elterelt (függő és nem függő) „ömlesztve,” egy csoportban vegyen részt. Ez így mindenképpen nehézséget okoz, hiszen minden egyes visszaélés-típus valamilyen szinten eltérő terápiát igényelne. Egy alkalmi marihuána-fogyasztó nem igényli ugyanazt a kezelést, mint egy problémás heroin-fogyasztó. A kezelési lehetőségek körének szélesítését és a kezelés magas színvonalát a (külső) állami intézményekkel és a civil szervezetekkel való szoros együttműködés szavatolhatja.

JEGYZETEK

1. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, *Global Illicit Drug Trends* (Vienna: United Nations, 1999), 138. URL: http://www.unodc.org/pdf/report_1999-06-01_1.pdf
2. „Prisoners in 2002” *Bureau of Justice Statistics Publications*, NCJ-200248.
URL: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/p02.htm>
3. „HIV in Prisons, 2001” *Bureau of Justice Statistics Publications*, NCJ 202293.
URL: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pubalp2.htm#hivpj>

4. Heino Stöver és Carl von Ossietzky, *Study On Assistance to Drug Users in Prisons* (Lisszabon: EMCDDA, 2001). URL: http://www.archido.de/eldok/docs_en/stoever_habil_2000.htm#2.4.1. HIV/AIDS
5. Heino Ströver, *Study On Assistance To Drug Users in Prisons* (Lisszabon: EMCDDA, 2001). URL: http://www.archido.de/eldok/docs_en/stoever_habil_2000.htm
6. EMCDDA, Annual Report on the State of Drug Problems in the European Union, 2000. URL: <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=2702&slanguageISO=EN>
7. Muscat, R., *Drug Use In Prison. 30th Meeting Of The The Group Of Experts In Epidemiology Of Drug Problems* (Strasbourg, 2000. május 22–23.). 14.
8. Morag MacDonald, „Country Report for Lithuania” in *A Study of Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries in Central and Eastern Europe* (London és Varsó: Cranstoun Drug Services, 2004), 18–19.
9. *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről* (Budapest: GYISM, 2003), 69.
10. Rácz József–Ritter Ildikó, »Az intravénás droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon«, *Addiktológia* 3–4 (2003), 323.
11. Elekes Zsuzsanna–Paksi Borbála, *Kutatási beszámoló a „szabadságvesztés büntetésüket töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása” kutatásról* (Budapest: BVOP Módszertani Főigazgatóság, 1997).; Bereczky Zsolt, „Drog és rács: kutatás a kábítószer-fogyasztásról”, *Börtönügyi Szemle* (4) 1997, 49–51.
12. Heylmann Katalin, „A büntetés-végrehajtási intézetekben fogva tartottak egészségügyi helyzete,” *Beliügyi Szemle*, 2–3 (2002), 114.
13. GYISM 2003, 107-116.
14. Elekes–Paksi (1997), 59.
15. *Report to the Hungarian Government on the Visit to Hungary carried out by the European Committee for the Prevention of Torture or Inhumane and Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 15 to 16 December 1999* (Strasbourg: Council of Europe, 2001), 42.
16. *Kettős mérce: Börtönviszonyok Magyarországon*, Szerk. Kádár András Kristóf és Kőszeg Ferenc (Budapest: Magyar Helsinki Bizottság, 2002), 93.
17. Fekete Erzsébet, „Droghatások és kezelési lehetőségek a fiatalok bünelkövetők körében”, *Börtönügyi Szemle* 17. 2–3 (2002), 135.
18. GYISM 2003, 112.
19. Heylmann Katalin 2002, 114.
20. Kádár–Kőszeg, 14–22.
21. U.o., 79.
22. A kezelési módszerek összefoglaló jellegű ismertetését lásd: Huszár László, „Kábulat. Drog és börtön. Kezelési módok”, *Börtönügyi Szemle* 4 (1994), 21–29.
23. Wexler, H. K., Falkin, G. P., és Lipton, D. S. „Outcome evaluation of a prison therapeutic community for sub-

- stance abuse treatment”, *Criminal Justice and Behavior* 17 (1990), 71–92.
24. Szerződés híján, a büntetőeljárás megindításához szükséges „megalapozott gyanú” esetétől eltekintve, a fogvatartottak számára kötelezően előírt drogteszt alkotmányellenes korlátozást jelentene.
25. Paul J. Turnbull és Tim McSweeney, *Drug treatment in prison and aftercare: a literature review and results of a survey of European countries* (Council of Europe, 2000). URL: <http://www.pompidou.coe.int/English/penal/prison/dmop-e041.htm>
26. Garami Lajos, „A drogprevenció részlegekről”, *Börtönügyi Szemle* (1) 2003, 97–102.; illetve a BVOP tájékoztatása alapján.
27. Andrew Croyle, *A Human Rights Approach to Prison Management: Handbook for Prison Staff* (London: International Centre for Prison Studies, 2002), 13.
28. Heino Stöver, „Drug Substitution Treatment and Needle Exchange Programs in German and European Prisons”, *Journal of Drug Issues* 34 (2002). URL: <http://www2.criminology.fsu.edu/~jdi/journal/2002/Stoever%20prisons.pdf>
29. Belinda G. O’Sullivan és tsai., „Hepatitis C transmission and HIV post-exposure prophylaxis after needle- and syringe-sharing in Australian prisons”, *Medical Journal of Australia* 178 (2003), 546-549.
30. Stöver, 2001.
31. Rick Lines, 2002, 74.
32. Stöver, 2001.
33. Lásd bővebben: Csernus Eszter (szerk.), *HIV/AIDS és emberi jogok Magyarországon* (TASZ, 2003).
34. Edith Cramer, *Implementation and Evaluation of the Dutch Self-Control Information Programme (SCIP) in other European Countries* URL: <http://www.ustanova-odsevsleslisi.si/konferenca/ABSTRACTS8.HTML>
35. Derkje van der Elst, Sarah Stock, Frauke van Goethem, *Implementation and Evaluation of the Self Control Information Programme* (kutatói terv, 2002–2004). URL: <http://www.law.ugent.be/crim/ISD/SCIP%20engels.html>
36. *WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons* (UNAIDS, 1999). URL: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc277-who-guidel-prisons_en_pdf.pdf
37. Council of Europe, Recommendation No. R(9)6. of Committee of Ministers to Member States concerning Prison and Criminological Aspects of the Control of Transmissible Diseases Including AIDS and Helath Problems in Prison. URL: http://www.archido.de/eldok/docs_en/eu_rec_93_6.htm (Ford.: S. P.)
38. Jutta Jacob, Alex Stevens, Heino Stöver, *Report on the Conference Prison and Drugs: Towards European Guidelines* (1998. március 12–14.). URL: http://www.archido.de/eldok/publ/saus/report_prison_guidelines_1998.pdf (Ford.: S. P.)
39. European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison, *European Guidelines on HIV/AIDS and Hepatitis in*

Prison (Milánó, 1999. május). URL: <http://www.hipp-europe.org/events/milan/default.htm> (Ford.: S. P.)

40. WHO Europe Health in Prison Project and the Pompidou Group of the Council of Europe, *Prisons, Drugs and Society: A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices* (Bern: WHO/Council of Europe, 2001). URL: http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou-group/5.Publications/prisons_drugs_and_society.pdf
41. *Dublin Declaration on HIV/AIDS: Prison Health is Public Health*. URL: http://www.archido.de/eldok/docs_en/dublin_decleration_prisons_2004.pdf
42. Morag MacDonald, „Country Report for Hungary”, *A Study of Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries in Central and Eastern Europe* (London és Varsó: Cranstoun Drug Services, 2004), 22–23.
43. Csóti András–Dr. Lőrincz József, „Múlt és jövő. Jogharmonizáció és nemzeti sajátosságok”, *Börtönügyi Szemle* 2 (1997), 32–33.
44. A büntetőeljárásban összefoglaló néven terheltek nevezik a gyanúsítottat, aki később vádlottá, majd elítéltté válhat.
45. Feür. 6. §.
46. Ez egybevégi a szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló 6/1996. (VII. 12.) IM rendelet rendelkezésével: a 39. § (1) bekezdés e) pontja szerint ugyanis az elhelyezés során a fekvőbetegeket az egészségesektől, a betegek közül a fertőzőket a nem fertő-

zőektől, a HIV fertőzötteket a többi fogvatartottól el kell különíteni.

47. Lásd a IV. mellékletet.
48. Feür. 30. §.
49. Btk. 283. §.
50. Garami Lajos, „A drogprevenációs részlegekről”, *Börtönügyi Szemle* (1) 2003, 97–102.
51. Az adatok forrását három magyarországi büntetés-végrehajtási intézetben (Fővárosi Büntetés-Végrehajtási Intézet, Budapesti Fegyház és Börtön, Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézete) történt látogatás képezi.
52. Megjegyzendő, hogy a pszichológusi végzettség nem feltétlenül elegendő egy drogfüggő elvonási tüneteinek kezelésére: erre speciális szakképzettséggel rendelkező pszichiáterek, addiktológusok a legalkalmasabbak. Az elvonási tünetekre pedig gyakran szintén nem elegendő a rutinszerűen felírt nyugtató és altató.
53. 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM rendelet.
54. A koncepció alapvetően a már korábban említett holland mintát követi.
55. A csoporthoz beosztott vezető pszichológus mellé – noha maga is tart csoportfoglalkozásokat és szakmailag minden egyes programot személyesen ellenőrzi – az általunk tapasztaltak szerint, és figyelembe véve az egyéb, igen nagy munkaterhet, indokolt lenne további pszichológus alkalmazása.
56. 2003. január 1. óta.
57. Morag MacDonald, 2004, 16.

58. Ennek a büntetés-végrehajtási intézet szempontjából kétségtelen, hogy vannak praktikus előnyei, az eljárás a személyi állományt tehermentesíti. Véleményünk szerint ez azonban csak akkor működne aggálytalanul, ha a fogvatartott pontosan tudná, hogy mennyi idő alatt érkezik meg a vizsgálati eredmény.
59. *Nemzeti Stratégia a Kábítószerprobléma Visszaszorítása Érdeklében* (Budapest: ISM, 2000), 100.
60. A társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiájáról szóló 115/2003. (X. 28.) OGY. határozat.
URL: http://www.im.hu/adat/letoltes/Orszaggyulesi_hatarozat_egyseges_javaslat.doc
61. *A társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiája*.
URL: http://www.im.hu/adat/letoltes/tars_bunmeg_nem_strat.doc
62. 1009/2004. (II. 26.) Korm. határozat a társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiája rövid, közép és hosszú távú céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról.
URL: [http://www.im.hu/adat/letoltes/Korm.hatarozat-1009.2004.\(II.26.\).htm](http://www.im.hu/adat/letoltes/Korm.hatarozat-1009.2004.(II.26.).htm)
63. Baltay Levente–Földes Ádám–Pelle Andrea, *A Társaság a Szabadságjogokért észrevételei a büntetések és az intézkedések végrehajtásáról szóló törvény szabályozási elveiről szóló előterjesztéshez*.
URL: <http://www.tasz.hu/index.php?op=all&type=api>
64. *CPT's 3rd General Report*, CPT/Inf(93) [EN].
65. WHO *Guidelines on HIV infection and AIDS in Prisons*, Geneva, 1993.
66. Hamis Amott: „HIV/AIDS, prisons and the Human Rights Act”, in: *E.H.R.L.R.* Issue 1, 2001, 73.
67. Robert L. Bauserman, Michael A. Ward, Lois Eldred és Anthony Swetz: „Increasing voluntary HIV testing by offering oral tests in incarcerated populations”, in: *American Journal of Public Health*, Vol 91, No. 8, 2001. augusztus.
68. Más, büntető-eljárásjogi kérdés, hogy a nyomozó hatóságok gyakran indokolatlanul késlekednek egy relatíve egyszerű vétségi ügy (drogfogyasztás) lezárásával.
69. A Btk. azt a feltételt támasztja, hogy az elsőfokú ítélet meghozataláig kell az igazolást bemutatni.

UTÓSZÓ

A rendszerváltás óta eltelt 15 évben hazánknak számos olyan társadalompolitikai kérdésre kellett adekvát válaszokat találnia, amely kérdések nemcsak hazánkban, hanem a fejlett polgári demokráciákban is komoly vitákat generálnak mind a szakemberek, mind a szélesebb közönség köreiben. Tipikusan ilyen probléma a drogfogyasztás emelkedése, valamint a HIV/AIDS jelenség. E két kényes téma ráadásul nem vizsgálható egymás nélkül, a HIV vírus terjedése ugyanis a világ szinte minden országában megfelelő drogpolitikai intézkedéseket is követelne.

Sajnálatos módon azonban Magyarország nem dicsekedhet azzal, hogy a fenti két kérdés tekintetében az igazán haladó szellemű országok sorába tartozna. Tény, hogy a 2003-as új büntető jogszabályok enyhítettek némiképp a kirívóan kemény 1998-as drog-jogi szakaszokon, ugyanakkor nem kérdés, hogy a jelenlegi kábítószer-ügyi szabályozás európai mércével – s különösen

EU viszonylatban – még mindig a legszigorúbb törvényi megoldások közé tartozik. Hiába bővült ki az elterelést választhatók és választók köre, „Európa Legszigorúbb Drog törvénye” – ahogy az Orbán-kormány szövege 1998 őszén nevezte a Btk-módosítást – még sokáig éreztetni fogja hatását.

HIV/AIDS fronton a helyzet egyfelől érdekes, másfelől ijesztő. Érdekes, mert valójában nem nagyon akad olyan szakember – ide értve a WHO, a UNAIDS és az illetékes magyar szervek munkatársait –, aki meg tudná fejteni hazánk nemzetközi összehasonlításban kifejezetten alacsonynak számító HIV/AIDS fertőzési statisztikáit. Ugyanakkor a szituáció ijesztő is egyben, hiszen az a felháborító közöny, amelyet az illetékesek és az egymást követő kormányok tanúsítanak azzal, hogy gyakorlatilag 10 éve negligálják a XX. században az Évszázad Járványának nevezett HIV/AIDS járvánnyal kapcsolatos hazai teendőket, egyszerűen érthetetlen. Teszik mindezt annak tudatában, hogy a volt Szovjetunió tagállamaiban és a volt szocialista országokban, sőt, a hazánkkal közvetlenül szomszédos Ukrajnában is évek óta tombol Földünk eddigi leggyorsabban terjedő HIV/AIDS járványa. Közhely, de igaz, hogy a vírus nem válogat: egyrészt, egyaránt fertőzi a drogfogyasz-

tókat és a társadalmi normáknak mindenben megfelelő „tisztos” állampolgárokat, másrészt, igen kevésbé hihe-
tő, hogy a végtelenségig elfogadja terjedési határnak az
államhatárokat.

Álláspontunk szerint a hazai kedvező képet mutató sta-
tisztikák a HIV tekintetében nem feltétlenül tükrözik
a valós járványügyi helyzetet: az a tény, hogy hazánk-
ban Európában szinte egyedülálló módon csak 2003 óta
van mód anonim szűrésre, semmiképpen sem segített a
tisztánlátásban. De ha feltesszük, hogy a statisztikák a
valós, jelenleg viszonylag kedvező helyzetet tükrözik,
akkor sem fogadható el a hivatalos szervek tértelensége,
hiszen a megelőzés – mint ahogy az a nevéből is kide-
rül – az esetleges végzetes fejlemények *előtti* cselekvést
igényli.

Nem fogadható el ez a passzív hozzáállás, mert – min-
den ellentétes irányú érvelés ellenére – a jelenlegi hely-
zet nem átgondolt és megalapozott intézkedések ered-
ménye, hanem csupán egy szerencsés állapot – mely
azonban elképzelhetetlenül rövid idő alatt fordulhat
rosszra, sőt tragikusra. Ne várjuk meg, hogy így alakul-
jon.

180

I. MELLÉKLET

„HIV/AIDS ÉS EMBERI JOGOK”

Nemzetközi Irányelvek

Második Nemzetközi Konzultáció –

Genf, 1996. szeptember 23–25.

(a UNAIDS és az ENSZ

Emberi Jogi Főbiztossága szervezésében)¹

1. Irányelv:

A tagállamoknak létre kell hozniuk a HIV/AIDS-el
kapcsolatos tevékenységükre egy olyan hatékony orszá-
gos szintű intézményi keretet, amely a kérdés összehan-
golt, részvételen alapuló, átlátható és számon kérhető
megközelítését teszi lehetővé, és integrálja a közszféra
minden, a HIV/AIDS kezelésére irányuló politika és
program szempontjából illetékes szereplőjét.

1. *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*
(23–25 September 1996, Geneva); United Nations Publica-
tions, New York and Geneva, 1998. (Ford.: Cs. E.)

181

2. Irányelv:

A tagállamoknak biztosítaniuk kell a megfelelő politikai és pénzügyi támogatást annak érdekében, hogy a HIV/AIDS politika kialakításának és a programok megvalósításának és értékelésének minden fázisában sor kerüljön társadalmi egyeztetésre, és hogy a civil szervezetek – és különösen az etikai, jogi és emberi jogi kérdésekkel foglalkozó szervezetek – hatékony módon tevékenykedhessenek.

3. Irányelv:

A tagállamoknak felül kell vizsgálniuk közegészségügyi törvényeiket, hogy megbizonyosodjanak arról, hogy azok a HIV/AIDS által felvetett közegészségügyi problémák kezelésére alkalmasak, a fertőző betegségekre vonatkozó járványügyi rendelkezéseik a HIV/AIDS kérdéskört illetően nem kerülnek helytelenül alkalmazásra, valamint hogy e törvények összhangban vannak a tagállamok által vállalt nemzetközi emberi jogi kötelezettségekkel.

4. Irányelv:

A tagállamoknak felül kell vizsgálniuk büntető törvényeiket és büntetés-végrehajtási rendszerüket, hogy

megbizonyosodjanak arról, hogy azok a nemzetközi emberi jogi kötelezettségekkel összhangban vannak és a HIV/AIDS vonatkozásában nem kerülnek helytelenül alkalmazásra, illetve nem alkalmazzák őket kiszolgáltatott csoportok ellen.

5. Irányelv:

A tagállamok diszkriminációellenes vagy egyéb törvényeiket úgy kell, hogy megalkossák, illetve létező törvényeket úgy kell, hogy megerősítsék, hogy azok a kiszolgáltatott személyeket, a HIV/AIDS-el élő személyeket és a fogyatékosokat mind a magán-, mind a közsférában védjék a diszkriminációtól, az emberi alanyokon végzett kutatások etikai és adatvédelmi követelményeinek betartását garantálják, a felvilágosításra és az egyezsége helyezzék a hangsúlyt, továbbá gyors és hatékony közigazgatási és polgári jogi jogorvoslatokat tegyenek lehetővé.

6. Irányelv:

A tagállamoknak olyan törvényeket kell alkotniuk, amelyek úgy szabályozzák a HIV-vel kapcsolatos információkhoz, illetve javakhoz és szolgáltatásokhoz való hozzáfutást, hogy széles körben biztosítják a minőségi

megelőző intézkedésekhez és szolgáltatásokhoz, a megelőzésre és a kezelésre vonatkozó megfelelő információkhoz, és a megfizethető árú biztonságos és hatékony kezeléshez és gyógyszerekhez való hozzáférést.

7. Irányelv:

A tagállamoknak olyan jogsegélyszolgáltatásokat kell létrehozniuk és működtetniük, amelyek a HIV/AIDS által érintett személyeket tájékoztatják jogaikról, e jogok érvényesülése végett ingyenes jogi tanácsadást nyújtanak, hozzájárulnak a HIV által felvetett jogi kérdések tanulmányozásához, és a bíróságok mellett olyan szervezetekhez is fordulnak, illetve eljárásokat is alkalmaznak, mint az igazságügy-minisztérium ügyfélszolgálat, az országgyűlési biztosok hivatalai, az egészségügyi pánaszeljárások és az emberi jogi bizottságok.

8. Irányelv:

A tagállamoknak, a civil szférával együttműködve, illetve annak révén, elő kell mozdítaniuk egy a nők, a gyermekek és a többi kiszolgáltatott csoport számára támogató és ösztönző környezet kialakítását az által, hogy a berögzült előítéleteket és egyenlőtlenségeket társadalmi párbeszéd során támadják, valamint külön e

célra létrehozott szociális és egészségügyi szolgáltatások és a civil csoportok támogatása révén.

9. Irányelv:

A tagállamoknak támogatniuk kell olyan kreatív oktató-nevelő, képzési és felvilágosító (média)programok széles körű és folyamatos terjesztését, amelyek a HIV/AIDS-hez kapcsolódó diszkriminatív és stigmatizáló magatartásoknak a megértés és elfogadás általi felváltására irányulnak.

10. Irányelv:

A tagállamoknak figyelemmel kell lenniük arra, hogy a közhatalmi szervek és a magánszektor a HIV/AIDS kérdéskörre vonatkozólag olyan etikai kódexeket dolgozzanak ki, amelyek az emberi jogi elveket a szakmai felelősségi szabályok és gyakorlat síkjára ültetik át, melyekhez olyan kísérő mechanizmusok is kapcsolódnak, amelyek e szabályok megvalósítását és kikényszeríthetőségét célozzák.

11. Irányelv:

A tagállamok ügyelniük kell arra, hogy működjenek olyan ellenőrző és végrehajtó-kikényszerítő mechaniz-

musok, amelyek garantálják az emberi jogok érvényesülését a HIV-vel kapcsolatos területeken, és különösen a HIV/AIDS-el élő személyek, családjaik és közösségeik emberi jogainak védelmét.

12. *Irányelv:*

A tagállamoknak együtt kell működniük az ENSZ összes releváns programja és szerve révén, és különösen a UNAIDS-en keresztül, hogy megosszák egymással a HIV-vel kapcsolatos emberi jogi kérdésekre vonatkozó ismereteiket és tapasztalataikat, és ügyelniük kell arra, hogy létezzenek nemzetközi szinten olyan hatékony mechanizmusok, amelyek a HIV/AIDS vonatkozásában biztosítják az emberi jogok védelmét.

186

II. MELLÉKLET

KÉRDŐÍV A DROGFOGYASZTÓK KEZELŐHELYEI SZÁMÁRA

1. Az Önök intézményében kezelt betegek hány százaléka intravénás droghasználó? (Kérjük, hogy a ki-pontozott részre írja be a %-ot számmal!)
.....
2. Találkozott-e munkája során hepatitis B pozitív intravénás droghasználóval? (Kérjük, a megfelelő számot karikázza be!)
0 – Nem
1 – Igen
3. Ha igen, hogyan jutott tudomására a kliens pozitív-tása? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot, több lehetséges válasz esetén számokat!)
1 – a kliens szóban tudomásomra hozta
2 – a kliens megmutatta nekem az erről szóló orvosi papírjait

187

- 3 – a kliens intézményünk javaslatára szűrővizsgálaton vett rész és ennek eredménye lett pozitív
4 – más mondta
5 – más módon, éspedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írja le, milyen módon szerzett tudomást a kliens betegségéről!)
4. Találkozott-e munkája során hepatitis C pozitív intravénás droghasználóval? (Kérjük, a megfelelő számot karikázza be!)
- 0 – Nem
1 – Igen
5. Ha igen, hogyan jutott tudomására a kliens/kliensek pozitivitása? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot, több lehetséges válasz esetén számokat!)
- 1 – a kliens szóban tudomásomra hozta
2 – a kliens megmutatta nekem az erről szóló orvosi papírjait
3 – a kliens intézményünk javaslatára szűrővizsgálaton vett rész és ennek eredménye lett pozitív
4 – más mondta
5 – más módon, éspedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írja le, milyen módon szerzett tudomást a kliens betegségéről!)

188

6. Találkozott-e munkája során HIV pozitív intravénás droghasználóval?
- 0 – Nem
1 – Igen
7. Ha igen, hogyan jutott tudomására a kliens pozitivitása? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot, több lehetséges válasz esetén számokat!)
- 1 – a kliens szóban tudomásomra hozta
2 – a kliens megmutatta nekem az erről szóló orvosi papírjait
3 – a kliens intézményünk javaslatára szűrővizsgálaton vett rész és ennek eredménye lett pozitív
4 – más mondta
5 – más módon, éspedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írja le, milyen módon szerzett tudomást a kliens betegségéről!)
8. Biztosít-e az Önök intézménye valamilyen speciális szolgáltatást a hepatitis illetve HIV pozitív kliensek részére?
- 0 – Nem
1 – Igen

189

9. Ha igen, milyen jellegű szolgáltatást biztosítanak? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot, amennyiben többfajta szolgáltatást biztosítanak, ennek megfelelően számokat!)
- 1 – tájékoztató szórólapot, nyomtatványokat adunk a kliensnek
 - 2 – intézményünk orvosa felvilágosítást nyújt a betegségekről
 - 3 – intézményünk valamelyik dolgozója felvilágosítást nyújt a betegségekről
 - 4 – orvosi ellátásukról gondoskodunk az intézményünkben
 - 5 – más intézményben való orvosi ellátásának lehetőségéről tájékoztatjuk
 - 6 – más módon, és pedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írja le milyen szolgáltatást biztosítanak!)
10. Ha nem biztosít az Önök intézménye speciális szolgáltatást, miért nem? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot, illetve több lehetséges válasz esetén számokat!)
- 1 – mert intézményünk nem tud erre a célra anyagi forrást biztosítani

190

- 2 – mert intézményünk nem tud ehhez szakképzett munkaerőt biztosítani
 - 3 – mert úgy gondoljuk, hogy nem a mi feladatunk
 - 4 – más, és pedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott nagy betűkkel írja le, hogy miért!)
11. Működik-e az Önök intézményében HIV/AIDS tanácsadás?
- 0 – Nem
 - 1 – Igen
12. Ha nem, miért nem? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot, több lehetséges válasz esetén számokat!)
- 1 – mert intézményünk nem tud erre a célra anyagi forrást biztosítani
 - 2 – mert intézményünk nem tud ehhez szakképzett munkaerőt biztosítani
 - 3 – mert úgy gondoljuk, hogy nem a mi feladatunk
 - 4 – más, és pedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írja le, hogy miért!)
13. Ha igen, milyen formában működik a tanácsadás?
- 1 – tájékoztató kiadványok állnak a betegek rendelkezésére, és pedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írva nevezzen

191

meg néhány kiadványt és azok kiadóját/szerkesztőjét)

- 2 – intézményünk orvosa kérésre felvilágosítást nyújt a klienseknek e betegségről
 - 3 – intézményünk munkatársai kérésre felvilágosítást nyújtanak a klienseknek e betegségről
 - 4 – csoportfoglalkozásokat rendezünk a HIV/AIDS-ről való tájékoztatás végett a kliensek számára
 - 5 – más módon, éspedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írja le, milyen szolgáltatást biztosítanak!)
14. Van-e az Önök intézménye és valamilyen HIV/AIDS szűrőállomás között együttműködés?
- 0 – Nem
 - 1 – Igen
15. Ha igen, milyen jellegű az együttműködés?
- 1 – írásbeli megállapodás az ÁNTSZ-szel
 - 2 – írásbeli megállapodás más szűrőállomással, név szerint (Kérjük, nevezze meg milyen intézményről van szó!):
 - 3 – szóbeli megállapodás az ÁNTSZ-szel
 - 4 – szóbeli megállapodás más szűrőállomással, név szerint (Kérjük, nevezze meg milyen intézményről van szó!):

192

5 – más, éspedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írja le válaszát!)

16. Ha nincs együttműködés az Önök intézménye és HIV/AIDS szűrőállomás között, ön szerint szükség lenne-e ilyen együttműködésre?
- 0 – Nem
 - 1 – Igen
17. Az Ön által ismert intravénás droghasználó körben milyen lehet az említett vírusok elterjedtsége %-ban? (Kérjük, a kipontozott részre írja be a százalékot számmal!)
- Hepatitis B:
- Hepatitis C:
- HIV:
18. Ön szerint hogyan lehetne megoldani, hogy az intézményébe látogató intravénás droghasználók információkhoz és szűrési lehetőséghez jussanak a hepatitis B-t, hepatitis C-t és a HIV-et illetően? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot, több lehetséges válasz esetén számokat!)
- 1 – információs kiadványok biztosításával
 - 2 – személyre szóló orvosi tanácsadás biztosításával
 - 3 – az intézmény munkatársa személyre szóló tanácsadást biztosít

193

- 4 – csoportfoglalkozás keretében
5 – más, éspedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írja le választát!)
19. Van-e lehetőség az Önök intézményében hepatitis B-C teszt elvégzésére?
0 – Nem
1 – Igen
20. Ha lenne rá lehetőség, végezne-e hepatitis B-C tesztet az intézményében?
0 – Nem
1 – Igen
21. Ha nem, miért nem? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot, több lehetséges válasz esetén számokat!)
- 1 – mert intézményünk nem tud erre a célra anyagi forrást biztosítani
2 – mert intézményünk nem tud ehhez szakképzett munkaerőt biztosítani
3 – mert úgy gondoljuk, hogy nem a mi feladatunk
4 – más, éspedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írja le, hogy miért!)

22. Van-e lehetőség az Önök intézményében HIV teszt elvégzésére?
0 – Nem
1 – Igen
23. Ha lenne rá lehetőség, végezne-e HIV tesztet az intézményében?
0 – Nem
1 – Igen
24. Ha nem, miért nem? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot, több lehetséges válasz esetén számokat!)
- 1 – mert intézményünk nem tud erre a célra anyagi forrást biztosítani
2 – mert intézményünk nem tud ehhez szakképzett munkaerőt biztosítani
3 – mert úgy gondoljuk, hogy nem a mi feladatunk
4 – más, éspedig (Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel írja le, hogy miért!)

III. MELLÉKLET

AZ ANONIM HIV SZŰRŐVIZSGÁLATOK ELJÁRÁSÁT ÉRINTŐ ADATVÉDELMI BIZTOSI

ajánlás

I.

Az Adatvédelmi Biztos Irodájának munkatársai a közelmúltban helyszíni vizsgálatot folytattak az ÁNTSZ Fővárosi Intézetében és a Pest Megyei Intézetben az anonim HIV szűrések végzésének gyakorlata tárgyában.

A vizsgálatra azt követően került sor, hogy a Nők Lapja című hetilap ez év márciusában beszámolt az anonim HIV szűrés gyakorlata körüli visszasságokról: több helyen csak pénzért, vagy személyes adat megadása esetén vállalták a vérvizsgálatot. Az újságíróknak akkor azt nyilatkoztam, hogy helyszíni vizsgálatokat fogunk tartani, ezt megírták lapjukban.

196

Májusban a Társaság a Szabadságjogokért jogvédő szervezet jelezte, hogy ismerteti tapasztalatait, felajánlja közreműködését a tervezett helyszíni vizsgálatokkal kapcsolatban, mivel panaszirodájukhoz már korábban is többen fordultak az anonim HIV szűrés hiányosságai miatt. A Társaság a Szabadságjogokért (a továbbiakban: TASZ) vizsgálatában résztvevők vállalták, hogy megjelennek vidéki ÁNTSZ Intézetekben anonim szűrésen. Tapasztalataik a „*Visszasságok az anonim HIV vizsgálatok terén*” című, 2004. június 16-án kelt állásfoglalásukban összegezték.

II.

A személyes adatok megadása nélkül történő (anonim) HIV szűrővizsgálat lehetőségét *az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény* (a továbbiakban. Eütv.) 59. § (5) bekezdése teszi lehetővé:

„(5) A (4) bekezdésben meghatározott eseteken kívül szűrés keretében HIV ellenanyag vizsgálat kizárólag a vizsgált személy vagy a nevében e törvény szerint nyilatkozattételre jogosult személy beleegyezése alapján végezhető. Ebben az esetben a vizsgálatra jelentkező személyazonosító adatainak átadását a vizsgálat bármely szakaszában – a (9) bekezdés figyelembe-

197

vételével – megtagadhatja (anonim szűrővizsgálat). Az adatok átadásának megtagadása a vizsgálat elvégzését – a (7) bekezdésben foglaltak kivételével – nem akadályozhatja”.

A 62. § (4) bekezdése előírja, hogy a kezelőorvosnak részletes tájékoztatást kell adnia a fertőző betegségről, a szűrő és ellenőrző vizsgálatokról:

„(4) Az 59. § és az (1)–(3) bekezdések szerinti járványügyi intézkedések alkalmazásakor az érintett beteg, illetve törvényes képviselője számára az intézkedést végző kezelőorvos részletes tájékoztatást ad a fertőző betegség terjedési módjáról, annak megelőzési lebetőségeiről, valamint a szűrő és ellenőrző vizsgálatok formáiról és hozzáférési lebetőségeiről. A tájékoztatás alapján az egészségügyi szolgáltató a beteg együttműködésével megvalósított, a tájékozott beleegyezésen és önkéntes igénybevételre alapuló, az adott betegség által szakmailag indokolt beavatkozásokat végzi, illetve intézkedéseket alkalmazza”.

Az anonim HIV teszt kapcsán alkalmazandó azonosításról a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet az alábbiak szerint rendelkezik:

198

„12. § (2) Amennyiben az érintett személy anonim szűrővizsgálat keretében vesz részt szűrővizsgálaton, a vizsgálatra jelentkezőt az első vérvételt megelőzően az egészségügyi szolgáltató azonosítási jellel, valamint azonosítási számmal látja el. Az azonosítási szám a vérvételt végző egészségügyi szolgáltató működési engedélyének számából, a vérvétel dátumából, továbbá a vérvétel naptári nap szerinti sorszámból képzett azonosító számsorból áll. Az azonosítási jelet és az azonosítási számot az egészségügyi szolgáltató a vizsgált személyről felvett egészségügyi dokumentációban rögzíti, egyidejűleg az azonosítási jelet és azonosítási számot tartalmazó igazolást ad át a kérelmezőnek. Az első szűrővizsgálat céljából levett vérnek a szűrővizsgálatot végző laboratóriumba küldése során alkalmazott kísérő lap az azonosítási jelet, az azonosítási számot, továbbá külön is megjelölve a vérvétel dátumát, valamint helyét tartalmazza.”

E Rendelet 12. § (5) bekezdése határozza meg azokat az intézményeket, amelyek anonim szűrővizsgálatot végezhetnek:

„(5) Anonim szűrővizsgálat elvégzésére, valamint a szűrővizsgálattal összefüggő tanácsadó tevékenységre az ÁNTSZ megyei (fővárosi) intézetei, a területi bőr- és nemibeteg-gondozó intézetek, valamint azon egészségügyi szolgáltatók jogosul-

199

tak, amelyek a szűrővizsgálat céljából történő vérvételhez, valamint az abhoz kapcsolódó tanácsadáshoz megfelelő működési engedéllyel rendelkeznek, és biztosítani tudják a megfelelő képzettséggel és tanácsadási gyakorlattal rendelkező egészségügyi dolgozók állandó részvételét a tanácsadásban”.

III.

Munkatársaim a Fővárosi és a Pest Megyei ÁNTSZ Intézetekben munkahelyük felfedése nélkül jelentkeztek májusban és júniusban anonim szűrővizsgálatra.

A Fővárosi ÁNTSZ-nél (1038 Budapest, Váci út 174.) végzett helyszíni vizsgálatunk adatvédelmi szempontból megnyugtató eredménnyel zárult. A portán a jelentkezőt a

„LETELEPÜLŐK VÉRVÉTELE
BLOOD TESTING
ANONIM VÉRVÉTEL”

– felirattal ellátott váróhelyiségbe irányítják, az ebből nyíló vizsgálóban az egészségügyi dolgozó rutinszerűen, a jogszabályi előírásoknak megfelelően, erre irányu-

ló kérés esetén személyes adat felvétele nélkül adminisztrálja az anonim szűrés elvégzését. A vérvétel után 4-5 nappal később elkészülő eredményt egy ekkor kitöltött nyomtatvány bemutatása után lehet átvenni, melyen az Intézet címe, a vérvételi sorszám, a vérvétel időpontja, a lelet átvételének időpontja szerepel.

A lelet kiadása is jogszerű, ekkor sem kérnek személyes adatot, nem kérik személyazonosító okmány bemutatását. A leletet lezárt borítékban átadó orvos felajánlotta az orvosi tanácsadást, segítségnyújtást, igény esetén. A Fővárosi Intézetben folytatott vizsgálat tapasztalatai adatvédelmi szempontból megnyugtatóak, megállapítható, hogy ebben az Intézetben jól működik az anonim HIV-szűrés.

Az ÁNTSZ Pest Megyei Intézetében (1035 Budapest, Váradi u. 15.) anonim szűrésre jelentkező munkatársam azonban nem járt sikerrel. 2004. június 23-án munkatársamnak a portán nem tudtak felvilágosítást adni az anonim szűrés helyéről, lehetőségéről. A „Vérvétel” feliratú helyiségben a vizsgálathoz TAJ-számot és személyazonosító okmányt kértek. Munkatársam anonim szűrésre irányuló kérésére hosszas bizonytalankodás, telefonálás után kiderült, hogy korábbi esetek-

ben az anonim szűrést a személyi igazolvány számának rögzítésével végezték, a leletet annak felmutatása esetén adták ki. Miután munkatársam közölte, hogy nincs nála igazolvány, azt ajánlották, hogy a következő héten igazolvánnyal jöjjön vissza, csak akkor tudják a vizsgálatot elvégezni.

A TASZ munkatársai, illetve a TASZ által megbízott személyek a következő ÁNTSZ intézetekbe látogattak el: Baranya Megyei Intézet, Csongrád Megyei Intézet, Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Intézet, Komárom-Esztergom Megyei Intézet, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézet, Veszprém Megyei Intézet. Pozitív és negatív tapasztalataik megegyeznek munkatársaim észrevételeivel. Térítés ellenében végezhető vizsgálatot egyik helyen sem ajánlottak a tesztre jelentkezőknek, azonban az alábbi visszasságokkal találkoztak:

- Az anonimitás nem érvényesülhetett azáltal, hogy a Baranya Megyei Intézetben az anonim HIV vizsgálat során a megjelent személy kérése ellenére feljegyezték az érintett TAJ számát. A Veszprém Megyei Intézet munkatársa az előzetes telefonos érdeklődésre kifejezetten hangsúlyozta, hogy mindenképp személyi igazolvánnyal és TAJ kártyával kell megjelenni,

202

mert náluk nincs anonim szűrés. A helyszínen ennek ellenére az anonim vizsgálatot kérő nem adta át TAJ kártyáját, erre az ÁNTSZ munkatársa hosszas „utána-járást” követően visszajött és elvégezte a TAJ szám nélküli vizsgálatot. A kapott azonosítón az 1. sor-szám szerepelt, ez alapján feltételezhető, hogy ebben az intézetben 2004 folyamán ez volt az első teljesen anonim vizsgálat. A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézet illetékesétől az idegenrendészeti célú HIV tesztre várók nagy száma miatt a sort kivárni nem tudó megbízott jelentkező szóban azt a tájékoztatást kapta, hogy csak TAJ kártya alapján kerülhet sor anonim szűrésre.

- A TASZ vizsgálati jelentése szerint a másik fő adatvédelmi problémakör a nem megfelelő azonosítók alkalmazása volt. A Csongrád Megyei Intézetben az anonim teszteredmény visszakereshetőségéhez a vérmintát a tesztre jelentkező születési dátumával látták el, ami személyes adat, anonim eljárás esetén nem kezelhető. Az ÁNTSZ Baranya Megyei Intézetében a vizsgálatot végző munkatárs elmondta, hogy azonosításhoz azért kérik a TAJ számot, mert korábbi tapasztalataik alapján a tesztre jelentkezők által kitalált azonosítók (pl. valamilyen fantázianév stb.) kavaro-

203

dást okoztak, mivel az érintettek az eredmény kikérésekor már nem emlékeztek, hogy mit is találtak ki azonosítóként. Következésképpen megállapítható, hogy ebben az intézetben sem ismerik a hivatkozott vonatkozó rendelet szabályait.

- A jelentés kitér arra is, hogy az általuk vizsgált hat vidéki intézet többségében nem nyújtottak teljes körű felvilágosítást a HIV veszélyeit és a megelőzés módjait illetően.

IV.

A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény 24. § d) pontja alapján az információs jogok érvényesülésének és a személyes adatok kezelésére vonatkozó törvényi rendelkezések egységes alkalmazásának elősegítése érdekében az alábbi ajánlást teszem:

- Felkérem az Országos Tisztifőorvost, valamint az anonim szűrővizsgálat elvégzésére a hivatkozott 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet 12.§ (5) bekezdésében feljogosított más intézetek vezetőit, felügyeleti szerveit, hogy gondoskodjanak az anonim HIV szűrés, valamint tanácsadó tevékenység adatvédelmi

204

szempontból megnyugtató végrehajtásáról úgy, ahogyan az az ÁNTSZ Fővárosi Intézetében példaértékűen tapasztalható.

- Felhívom a figyelmet arra, hogy az Eütv.-ben biztosított anonim HIV szűrést nem akadályozhatja az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 15. § (2) bekezdése és a fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet 2. § (2) bekezdése. E rendelkezések lehetővé teszik, hogy az ÁNTSZ Városi Intézetei az érintett személyazonosító adatait is bekérjék „közegészségügyi vagy járványügyi érdekre hivatkozva”. Anonim szűrés esetén azonban ezek nem alkalmazhatók, mivel sértenék a vizsgálatra jelentkező érintett információs önrendelkezési jogát, a szűrés választható anonimítását.
- Felhívom a figyelmet arra, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény tájékoztatásra vonatkozó alapelvét (13. §) és a 62. § (4) bekezdésében leírt széles körű tájékoztatást a HIV ellenanyag vizsgálat során is alkalmazni kell, az egészségügyi dolgozónak előzetesen tájékoztatnia kell az érintettet az anonim szűrés lehetőségéről is. A vizsgálatunk feltárta,

205

hogy a jelenlegi gyakorlat szerint anonim szűrést csak akkor végeznek, ha ennek lehetőségéről az érintett előzetesen tudomással bír, s azt kifejezetten kéri.

Budapest, 2004. szeptember 27.

Dr. Péterfalvi Attila

IV. MELLÉKLET

Magyar Köztársaság Alkotmánybírósága
1535 Budapest
Pf. 773.

Tisztelt Alkotmánybíróság!

Alulírott dr. Csernus Eszter (...) és dr. Fazekas Tamás (...), valamint a Társaság a Szabadságjogokért (1114 Budapest, Eszék u. 8/b.) képviselőjében dr. Dénes Balázs elnök az Alkotmánybíróságról szóló 1989. évi XXXII. törvény 22. § (2) bekezdése és 37. §-a alapján

INDÍTVÁNYOZZUK

a fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló 5/1998. (III. 6.) IM rendelet (a továbbiakban: Feür.) 43. §-a al-

kormányellenességének utólagos megállapítását és e jogszabályhely megsemmisítését.

Álláspontunk szerint a Feür. 43. §-a sérti az Alkotmány

- 8. § (1) és (2) bekezdését
- 54. § (1) és (2) bekezdését
- 59. § (1) bekezdését
- 60. § (1) és (2) bekezdését
- 70/A. § (1) bekezdését
- 70/D. § (1) bekezdését
- 70/F. § (1) bekezdését

az alábbiak szerint:

I.

A támadott rendelkezés és gyakorlat

A fogvatartottak HIV szűrésére ma Magyarországon a Feür. 8. § (3) bekezdése alapján önkéntesen (kérésre anonim módon), ám kötelező felajánlás alapján kerül sor, az erre kijelölt laboratóriumok közreműködésével.

A büntetések és intézkedések végrehajtásáról szóló 1979. évi 11. tvr. (a továbbiakban: Bvtvr.) 127. § (1) bekezdésben adott felhatalmazás alapján létrehozott, hivatkozott Feür. rendelkezés szerint

„(a) szerzett immunhiányos tünetcsoport vírusával fertőzött fogvatartottakat – fokozott védelmükre, a közösség védelmére és sajátos egészségi állapotukra figyelemmel – fokozottól függetlenül, az arra kijelölt bv. intézetben kell elhelyezni.”

Amennyiben a fogvatartott HIV pozitivitása bizonyosságot nyer, úgy a gyakorlat szerint a Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézetén (Tököl) belül külön izolált, erre rendszeresített egységben helyezik el (ez az ún. „K-körlet”).

A rendelkezés közelebbről azt eredményezi, hogy a fogvatartottak egy magán a büntetés-végrehajtási (bv.) intézeten belül is külön fallal elkülönített részen vannak elhelyezve, külön területen sétálnak, látogatót kizárólag ebben a körletben fogadhatnak, és nincs lehetőségük arra, hogy a többi, nem HIV pozitív fogvatartottal érintkezzenek. Nem áll módjukban továbbá az sem, hogy a bv. intézet közös helyiségeit – könyvtár, kápolna, étkező stb. – látogassák.

Emellett ha hivatalos ügyben (például folyamatban lévő büntetőeljárás eljárási cselekményein való megjelenési kötelezettség miatt) a HIV pozitív fogvatartottak szállítására kerül sor, az érintettek mindvégig a többi fogvatartottól külön vannak elhelyezve. Ez azt is jelenti a büntetés-végrehajtási rendszer jelenlegi telítettségével, hogy oda- és visszaszállításukra egy napon belül kerül sor, függetlenül a távolságtól, vagy a megjelenési kötelezettség időpontjától.

II.

A HIV pozitívok elkülönítésének nemzetközi megítélése

A) A vírus büntetés-végrehajtási intézményen belüli esetleges terjedésének megakadályozására az **Egészségügyi Világszervezet (WHO)** és az **ENSZ HIV/AIDS-re szakosodott szervének (UNAIDS)** ajánlásai szerint a korszerű, előítéletektől mentes és minden kérdésre kiterjedő felvilágosítás, és az ártalomcsökkentő szolgálatok (pl. óvszer) biztosítása a megfelelő válasz.

Talán az idevágó legfontosabb nemzetközi dokumentum a WHO és a UNAIDS által 1993-ban közösen ki-

dolgozott irányelveket tartalmazó jelentés.¹ A dokumentumban emellett, hogy leszögezik, hogy „*a fogvatartottakat és a büntetés-végrehajtási személyzetet egyaránt informálni kell a HIV fertőzés elkerülésének módjairól*” (14. bekezdés), külön is kiemelik, hogy: „*[a] HIV pozitív személyek foglalkoztatásbeli, sport és rekreáció területén való társadalmi elkülönítése és szegregációja szükségtelen*”, továbbá hogy „*egyenlő elbánást igényel a szeropozitív fogvatartott is*” (25. bekezdés).

Az ártalomcsökkentés modern módszereit legteljesebben a UNAIDS e témában kibocsátott 1997-es jelentésében találhatjuk.²

B) Az **Európa Tanács Kínzás és Embertelen vagy Megalázó Bánásmód vagy Büntetés Megelőzésére létrejött Bizottsága (CPT)** jelentéseiben több ízben kifogásolta a Magyarországon fogvatartott HIV pozitívok elkülönítésének gyakorlatát. Már tíz évvel ezelőtt, az 1994-es látogatásáról készült jelentésében (115. bekezdés) felhívta a magyar kormány figyelmét arra, hogy „*[n]incs orvosi indoka azon HIV pozitív rabok elkülönítésének, akik megfelelő egészségügyi állapotban vannak*”.

Ezt a felhívást gyakorlatilag kénytelen volt megismételni az 1999-es jelentés 122. bekezdésében, mely kimondja, hogy „*önmagában a HIV pozitívítás nem jelenthet orvosi indokot a szegregációra*”, illetve a 2003-as jelentés 47. bekezdésében is, mely szerint „*a már bírált elkülönítési politikát még mindig alkalmazzák*”.

A CPT mindhárom jelentésében felszólította a magyar kormányt, hogy vegye figyelembe az **Európa Tanács** R93(6) sz. ajánlása 8. bekezdésében foglaltakat, ami szó szerint megegyezik a hivatkozott 1993-as WHO/UNAIDS irányelvekben foglaltakkal.

A magyarországi gyakorlat és a támadott jogszabályhely ellentétes az Európa Tanács egyéb ajánlásaival is, hiszen:

1. Az R(87)25 sz. ajánlás, mely az AIDS elleni közös európai közegészségügyi politikára vonatkozóan tartalmaz rendelkezéseket, 2.2.2. pontjában rögzíti, hogy: „*a jelenlegi tudományos ismeretek szerint [a HIV pozitívok] diszkriminációja sem etikailag, sem tudományosan nem igazolható*”;
2. A HIV pozitívítás szociál- és egészségügyi-etikai kérdéseiről szóló R(89)14 sz. ajánlás „C” cikke szerint „[a közegészségügyi hatóságok] *ne folyamodjanak a HIV pozitív személyek karanténba tételezés és elkülönítéséhez*”;

212

3. A HIV terjedése elleni korai gyógyszeres kezelés aspektusairól szóló, R(94)10 sz. ajánlás IV. bekezdése felhívja a figyelmet arra, hogy „[a tagállamok] *vizsgálják felül (...) a HIV pozitívok elkülönítését eredményező politikájukat*”;
4. A fogvatartás alatti egészségügyi ellátás etikai és szervezetbeli szempontjairól szóló R(98)7 sz. ajánlás a 39. bekezdésében rögzíti, hogy: „*a HIV pozitívok semmilyen formájú szegregációja nem tűzbetű ki célul*”.

III.

Magyar alkotmányos rendelkezések

A HIV pozitívok és AIDS betegek szegregációja nemcsak a nemzetközi szervezetek ajánlásaival ellentétes, hanem több ponton a magyar Alkotmányba is ütközik.

A) Korlátozza elsősorban az érintettek **emberi méltósághoz** [Alk. 54. § (1) bek.] való alapvető jogát.

„*A méltóság az emberi léttel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. Az egyenlő méltósághoz való jog az élethez való joggal egységben azt biztosítja, hogy ne lebessen emberi élet*”

213

értéke között jogilag különbséget tenni. Emberi méltósága és élete mindenkinek érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától, és attól is, hogy emberi lehetőségéből mennyit valósított meg, és miért annyit. [64/1991. (XII. 17.) AB határozat]

Mivel a HIV pozitív fogvatartottak kötelező elszigetelése orvosilag nem indokolt – sem a fogvatartott, sem a börtönpopuláció egésze szempontjából – úgy ez az emberi méltóság súlyos sérelmét jelenti. A büntetés-végrehajtáson belüli további szükségtelen elkülönítés ténye önmagában olyan körülmény, amely tovább nehezíti a betegség elviselését. A HIV pozitivitás ugyanis ma Magyarországon kétségtelenül hátrányos társadalmi megítéléshez kötött, sztereotípiáktól terhes jelenség.

Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint az alapjogi korlátozás három kritériumnak kell, hogy megfeleljen: korlátozást csak legitim cél érdekében, és szükséges és arányos mértékben lehet alkalmazni [2/1990. (II. 18.) AB határozat]. Az első feltétel tehát az olyan törvényes cél, ami a korlátozást indokolja. Jelen esetben a fertőzés *elméleti* veszélyének kitett többi elítélt élethez és testi épséghez való joga merülhet föl.

A második kritérium a szükségesség, ami azt jelenti, hogy a cél elérésére alkalmazott eszköz – jelen esetben az elkülönítés – a legenyhébb alkalmas eszköz kell, hogy legyen. Első megközelítésben az elkülönítés alkalmasnak tűnhet, lévén azonban, hogy a HIV köznapi érintkezés útján nem terjed, az alkalmazott eszköz semmiképp sem tekinthető a lehető legenyhébb korlátozásnak. A cél eléréséhez léteznek más, enyhébb korlátozást megvalósító és alkalmas eszközök, mint például a felvilágosítás és az ártalomcsökkentés.³ Következésképpen a harmadik feltétel, az arányosság vizsgálata – azaz hogy az alkalmazott hátrány kisebb kárt okoz-e, mint amekkorára az elérni kívánt előny – már feleslegessé is válik.

A korlátozás tehát alkotmányosan nem indokolható, szükségtelen mértékű.

Az emberi méltósághoz való jog sérelmét tovább fokozza az is, hogy a kijelölt, külön körletben történő fogvatartás ténye az arról bármilyen módon (akár szemrevételezéssel) tudomást szerző személyek (látogató, más fogvatartott stb.) számára nyilvánvalóvá teszi a fogvatartott HIV pozitivitását. Sérül továbbá a szeparált fogvatartott információs önrendelkezéshez való joga is,

mivel az egészségügyi állapotáról, mely különleges, szenzitív adat, mások akaratán kívül szerezhetnek tudomást. Az információs önrendelkezéshez való jognak az érintett hozzájárulása hiányában való korlátozására csak jogszabályi – törvényi – rendelkezés alapján lehet mód, ám a hatályos jogban ilyen felhatalmazás nem létezik. Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint „Az Alkotmány 59. §-ában **biztosított személyes adatok védelméhez való jognak** eszerint az a tartalma, hogy mindenképpen maga rendelkezik személyes adatainak feltárásáról és felhasználásáról. Személyes adatot felvenni és felhasználni tehát általában csakis az érintett beleegyezésével szabad” [15/1991. (IV. 13.) AB határozat]. A kötelező elkülönítés tehát a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXII. törvény (a továbbiakban: Avtv.) 3. § (1) bekezdésével és az Alkotmány 59. § (1) bekezdésével is ellentétes gyakorlatot eredményez.

A HIV pozitív fogvatartottak emberi méltóságához való jogát a rendelet tehát alkotmányellenesen korlátozza. A fenti nemzetközi ajánlások alapján kétségtelen továbbá, hogy a HIV pozitív fogvatartottak indokolatlan elkülönítése ellentétes az Alkotmány 54. § (2) bekezdé-

sében foglalt megalázó bánásmódot tiltó rendelkezéssel is.

B) Az emberi méltóság sérelme egyben alkotmányellenes a HIV pozitív fogvatartottakkal szembeni **hátrányos megkülönböztetést** eredményez.

Az Alkotmány 70/A. § (1) bekezdése szerint: „A Magyar Köztársaság biztosítja a területén tartózkodó minden személy számára az emberi, illetve az állampolgári jogokat, bármely megkülönböztetés, nevezetesen faj, szín, nem, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtétel nélkül.”

„Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint az Alkotmány 70/A. § (1) bekezdésében megfogalmazott diszkrimináció tilalma arra vonatkozik, hogy a jognak mindenkit egyenlőként, azaz egyenlő méltóságú személyként kell kezelnie, vagyis az emberi méltóság alapjogán nem eshet csorba, azonos tisztelettel és körütekintéssel, az egyéni szempontok azonos mértékű figyelembevételével kell a jogosultságok és a kedvezmények elosztásának szempontjait meghatározni.” [9/1990. (V. 25.) AB határozat]

Az elkülönítést a korábban idézett nemzetközi ajánlások mellett a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 1. sz. melléklete szerint maga a magyar jogalkotó sem tartja szükségesnek,⁴ pontosan a már említett okból kifolyólag, azaz hogy a HIV köznapi érintkezés útján nem terjed, így az elkülönítés orvosi, illetve járványügyi szempontból nem indokolt.

A Feür. támadott rendelkezése tehát alkotmányellenes hátrányos megkülönböztetést valósít meg.

C) A kifogásolt jogszabályhely megalapozatlan hátrányos megkülönböztetést valósít meg, mely további alapjogok sérelmének kérdését veti fel.

Sérül a **testi és lelki egészséghez való jog** [Alk. 70/D. § (1) bek.], hiszen a K-körlet lakói jóval kevesebb szocializációs, illetve sportolási lehetőséghez jutnak, mint a K-körleten kívüli fogvatartottak. A szabadságvesztés büntetés terhein túl egy még szigorúbb izoláltsággal és az irracionális kirekesztettség érzésével is szembe kell nézniük.

218

Sérül a **lelkiismereti és vallásszabadság gyakorlásához való jogot** [Alk. 60. § (1) és (2) bek.], a K-körletben ugyanis nincs kápolna, a bv. intézet kápolnáját pedig a HIV pozitív fogvatartottak nem látogathatják, és az ott tartott istentiszteleteken nem vehetnek részt.

A **szabad mozgáshoz való jog** [Alk. 58. § (1) bek.] sérelme is felmerül. Tény ugyan, hogy a szabadságvesztés büntetésüket töltő személyek szabad mozgáshoz való jogát törvényes korlátozásnak vetik alá, a bíróság által kiszabott mozgáskorlátozáson túlmenő korlátozást azonban indokolatlan alkalmazni. A K-körlet lakói ezzel szemben a büntetés-végrehajtási intézeten belül a többi fogvatartotthoz képest jóval kevésbé élhetnek a szabad mozgáshoz való jogukkal, így bírósági ítéleten nem alapuló többletbüntetést kell elviselniük.

A fogvatartottaknak is lehetőséget kell biztosítani, hogy **művelődéshez való jogukat** [Alk. 70/F. § (1) bek.] gyakorolják. A K-körlet lakói azonban nem látogathatják a fogvatartottak számára fenntartott közös könyvtárat, és a számukra nyitott képzéseken sem vehetnek részt.

219

IV.

Összefoglalás és megjegyzések

Tisztelt Alkotmánybíróság!

A támadott Feür. rendelkezés és az ennek nyomán kialakult jogsértő gyakorlat (I. pont) a nemzetközi szervezetek ajánlásaival (II. pont) ellentétes, s a fentiek szerint több ponton ellentétes az alaptörvénnyel (III. pont) is.

Ezen túlmenően: minthogy a támadott rendelkezés alapvető jogok korlátozásáról rendelkezik, ám normatív bázisa, a Feür., törvéynél alacsonyabb szintű jogszabály, sérül az Alkotmány 8. § (2) bekezdése is. E bekezdés szerint ugyanis **alapvető jogok lényeges tartalmát még törvény sem korlátozhatja.**

Meg kívánjuk jegyezni továbbá, hogy az Alkotmányon túl a támadott Feür. rendelkezés nemcsak a már hivatkozott Avtv. szakaszaival ellentétes, hanem más törvényi rendelkezésekbe is ütközik.

Ellentétes a **büntető törvénykönyv** 41. § (1) bekezdésével, mely a szabadságvesztés büntetés végrehajtási fokozatait sorolja fel. A különböző végrehajtási fokozatok megállapítása természetesen nem véletlen, annak az elítéltek reszocializációjának elősegítése mellett lényegi funkciója az is, hogy kifejezze az adott büntetés súlyosságát, a cselekmény társadalomra veszélyességét. A Bvtvr. 127. § (1) bekezdése, mely a szabadságvesztés végrehajtása részletszabályainak megalkotására ad felhatalmazást, álláspontunk szerint egyébként sem ad alapot arra, hogy fogvatartottakat – legyenek a HIV pozitívak vagy sem – a törvényesen megállapított büntetési fokozatuktól függetlenül ugyanazon egységben helyezték el.

Ellentétes továbbá az **egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról** szóló törvénnyel (a továbbiakban: Eetv.), amely szerint a jogellenes elkülönítés az egyenlő bánásmód követelményének megsértését jelenti.⁵ Jogellenes elkülönítésnek minősül az a magatartás, amely például egészségi állapotuk alapján egyes személyeket vagy személyek csoportját másoktól – tárgyilagos mérlegelés szerinti ésszerű indok nélkül – elkülönít.⁶ A HIV pozitívitás az egészségi állapot része,

az e tulajdonságon alapuló elkülönítés tehát az egyenlő bánásmód elvével még akkor is ellenkezik, ha egy hatályos jogszabályon alapuló cselekményről formálisan nem mondható, hogy jogellenes lenne.

Mindezek alapján indítványozzuk tehát a fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló 5/1998. (III. 6.) IM rendelet 43. §-a alkotmányellenességének utólagos megállapítását és e jogszabálybely megsemmisítését.

Budapest, 2004. október 4.

Tisztelettel:

Dr. Csernus Eszter Dr. Dénes Balázs Dr. Fazekas Tamás

JEGYZETEK

1. *UNAIDS WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*, 01/09/1993.
2. *Prisons and AIDS: UNAIDS point of view – Report*, 01/04/1997.
3. De még ezek hiányában sem jelent reális fertőzésveszélyt az, ha egy HIV pozitív emberrel egy légtérben tartózkodik valaki, vagy kezét fog vele, vagy az általa korábban olvasott könyvet veszi magához stb.
4. „AIDS” címszó, 7. a) és b) pontok.
5. 2003. évi CXXV. törvény, 7. §.
6. Eetv. 10. § (2) bek.

ISBN 963 214 1407

ISSN 1586-1147

Kiadja a Társaság a Szabadságjogokért
Tördelés, nyomdai előkészítés: Typo Time Bt.
Nyomta a Beke Print Kft. Nyomdája