

A TASZ az AIDS-ről

A modern orvostudomány látványos fejlődésének hatására azt hittük, hogy a járványos kóroknak mindörökké vége. Az immunhiányos tünetcsoport, angol nevén „AIDS” megingatta ezt a reményt. Az első AIDS-es eseteket 1981-ben regisztrálták, és azóta sem sikerült a betegségre végleges gyógymódot vagy elene hatékony oltóanyagot találni. Igaz, ma már vannak hatásos gyógyszerek, amelyekkel legalább a tünetek kezelhetők.

A leginkább veszélyeztetett csoportok olyan emberekből állnak, akiket életmódjuk következtében amúgy is szegénység, kiközösítés és diszkrimináció sújt. A közegészségügyi hatóságokat ez a fertőző betegségek leküzdését célzó hagyományos módszerek újragondolására ösztönözte, melynek során figyelembe kellett venniük három nemzetközileg elismert elvet:

- az információs önrendelkezéshez való jogot;
- a diszkriminációmentes bánásmódhoz való jogot; és
- az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőségének követelményét.

Hogyan terjed ma az AIDS?

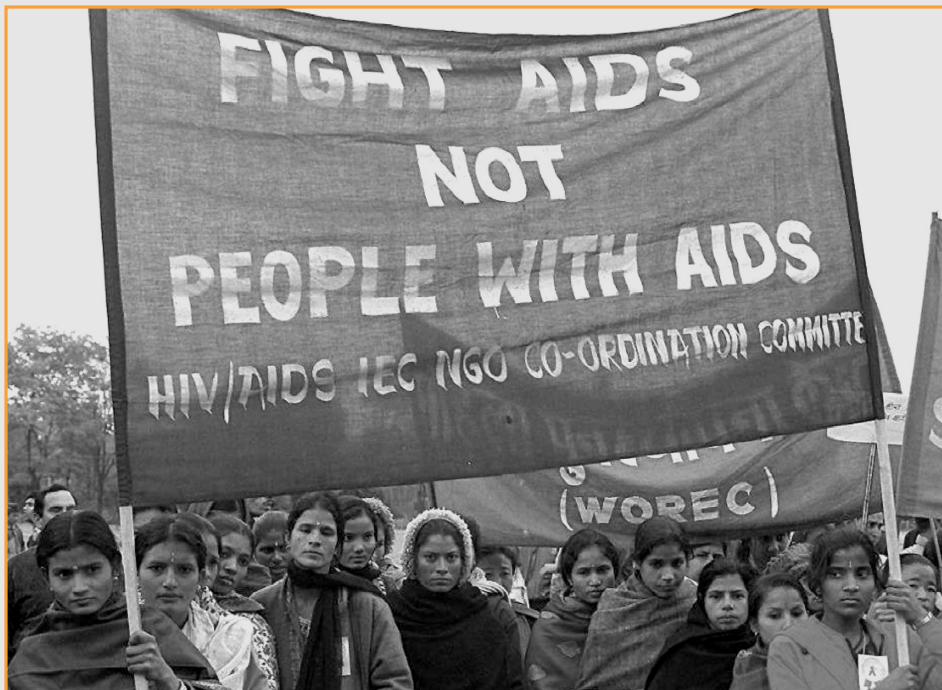
VILÁGSZERTE

Napjainkban világszerte mintegy 42 millió ember él AIDS-szel. 2002-ben az ENSZ becslései szerint újabb 5 millió ember fertőződött meg. Miután ugyanebben az évben 3,1 millió halálesetről számoltak be, a HIV/AIDS végleg megingatta azt az elképzelést, hogy a modern orvostudomány véget vetett a fertőző betegségek járványszerű terjedésének. A HIV/AIDS először a nyolcvanas évek elején, Észak-Amerikában hallatott magáról, majd a nyolcvanas évek során gyorsan átterjedt a vil-

lág többi részére is. Kelet-Európában és Közép-Ázsiában a nyolcvanas évek végén diagnosztizálták első ízben a betegséget. A legsúlyosabban érintett területek a fejlődő országokban találhatók, mindenekelőtt a Szahara sivatagtól délre eső afrikai országokban. Itt a népesség fertőzött tagjainak aránya eléri a 8,4%-ot – egyes országokban a lakosság

megfertőzöttek legalább 50%-a a nők közül kerül ki. Mindez nagyrészt a nők fokozott kábítószer-használatának, a kereskedelmi szexmunkának és a határok nyitottságának tudható be. Az ENSZ Közgyűlése által elfogadott Elköteleződési Nyilatkozat elismeri a hagyományos férfi dominancia és a női HIV fertőzés közötti veszélyes kölcsönhatást. A 61. cikkely

előírja, hogy 2005-re a tagországok dolgozzanak ki nemzeti stratégiát, biztosítandó, hogy „a nők teljes körűen élvezhessenek minden emberi jogot, továbbá, hogy csökkenjen a nők kiszolgáltatottsága a HIV vírussal szemben”. Ezt a Nyilatkozat szerint úgy lehet elérni, ha „felszámolják a diszkriminációt, valamint a nőket és a lánygyermekkel szembeni erőszak minden formáját”. Olyan új közegészségügyi stratégiák kidolgozását is indítványozza a Nyilatkozat, amelyek kifejezetten a nőket cé-



Fotó: MTI

30%-a fertőzött, egyre kevesebb a munkáépés ember, és a szakértők teljes szociális és gazdasági összeomlástól tartanak. A fertőzésnek leginkább kitett csoportokat kezdetben a meleg férfiak alkották, ám a fertőzés lassan átterjedt a heteroszexuális párokra (ma közülük kerül ki az új fertőzöttek 80%-a), valamint az intravénás droghasználókra. Afrika Szaharától délre eső részében például leggyakrabban heteroszexuális kapcsolat révén, Kelet-Európában és Közép-Ázsiában pedig intravénás kábítószer-használat útján terjed a vírus.

A NŐK ÉS AZ AIDS

Világszerte a gyermekek és a fiatalok adják a leginkább érintett csoportot. Számos biológiai és kulturális tényező együttes hatására a nők sokkal inkább ki vannak téve a fertőzésnek, mint a férfiak. Napjainkban az újonnan

lozzák meg, és elősegítik a betegség korai felismerését és kezelését.

Szinte minden 10 évnél fiatalabb HIV pozitív gyermek anyjától kapta meg a fertőzést, terhesség, szülés vagy szoptatás közben. Csaknem valamennyien a fejlődő országokban élnek. Sikerült olyan gyógyszereket kifejleszteni, amelyek jelentősen csökkentik az anyáról a gyermekre irányuló vírusátadás veszélyét: van olyan antiretrovirális gyógyszer, amelyből elég egyetlen szemet bevennie a terhes nőnek, hogy a születendő gyermek megmeneküljön a fertőzéstől. Észak-Amerikában és Európában jelentősen javult a helyzet, amióta a terhesgondozás során hozzáférhetőek ezek az antiretrovirális szerek. Ugyanakkor egyetlenegy fejlődő ország sem engedheti meg magának, hogy az állam a HIV fertőzött terhes nőknek rutinszerűen ilyen szert biztosítson.

INTRAVÉNÁS KÁBITÓSZER-HASZNÁLÓK

Az egykori Szovjetunió utódállamaiban az intravénás droghasználók alkotják a legnagyobb veszélyeztetett csoportot. Olyan országokban indult exponenciális terjedésnek a HIV, ahol pár évvel ezelőtt még alig voltak vírus-hordozók. 1999-ben 420 ezerre rúgott a fertőzött emberek száma; mindössze egy évvel később ugyanez az adat igen óvatos becslések szerint is elérte a 700 ezret, és a fertőzöttek száma továbbra is rohamosan nő. 2003 tavaszára az intravénás droghasználók mintegy 90%-át tették ki az egykori Szovjetunió utódállamaiban hivatalosan nyilvántartott HIV eseteknek.

A HIV terjedése nem magának a kábítószert-fogyasztásnak tudható be, hanem egy speciális formájának. Abból a szokásból fakad, hogy a droghasználók megosztják egymással az intravénás fogyasztáskor használt tűket, és így a következő fogyasztó már elképzelhető, hogy fertőzött vérrrel szennyezett tűt fog használni. A drog fecskendő révén való megosztása egyszerű megoldást kínál a közös fogyasztásra, és egyfajta társadalmi normává lett az intravénás droghasználók körében. Az államok egy része úgy védekezik a jelenség ellen, hogy tiltja a fecskendők és tűk árusítását, valamint az efféle holmik birtoklását. Ez az eljárás az intravénás droghasználatot nem szorítja vissza, ellenben korlátozza a droghasználó esélyét az intravénásan adagolt drogok biztonságos használatára.

Ilyen megfontolások hatására néhány ország újragondolta drogtörvényeit, és ártalomcsökkentő drogpolitikára tért át. Az ártalomcsökkentő megközelítés nem az egyén erkölcsi minősítésére, hanem cselekedeteire és azok következményeire összpontosít. Annak a ténynek az elfogadásából indul ki, hogy a társadalomnak vannak, és mindig is lesznek droghasználó tagjai. E szemlélet alapján ahelyett, hogy bűnözőkké nyilvánítanánk ezeket az embereket, olyan környezetet kell kialakítani a számukra, amelyben biztonságosan élhetnek választott életmódjukat. Ezáltal csökken a kár, amelyet önmaguknak és másoknak okoznak. A tűcsere programok felállítása és a helyettesítő programok megszervezése az ártalomcsökkentő drogpolitika legjellemzőbb módszerei. A tűcsere programok ott próbálják megakadályozni a HIV fertőzést, ahol a fertőzésátvitel ténylegesen megtörténik: az intravénás kábítószert-használóknak használt tűikért cserébe steril tűket kínálnak. A helyettesítő kezelést nyújtó klinikák szájon át szedhető, viszonylag kevésbé ártalmas gyógyszerek biztosításával próbálják leszoktatni a kábítószert-használókat az intravénás drogozásról. Mind az ENSZ, mind a WHO elismerte, hogy az

ártalomcsökkentő módszerekkel hatékonyan lehet fellépni az AIDS terjedése ellen.

Melyek a HIV/AIDS elleni küzdelem eszközei?

Arra, hogy egy ország milyen módszereket választ a HIV/AIDS probléma kezelésére, két fő megközelítési mód ismeretes. A hagyományos járványügyi modell az egyik, amely a köz egészségére és biztonságára való hivat-

Az ENSZ Közgyűlése által elfogadott Elköteleződési Nyilatkozat a HIV/AIDS problémára: Globális krízis – Globális cselekvés (ENSZ 2001). Részlet a Megelőzésről szóló fejezet 52. cikkelyéből:

„2005-re el kell érni, hogy minden országban (...) – felvilágosító, nevelő és kommunikációs – megelőző programok széles köre álljon rendelkezésre (...). [E programok] célja a kockázatvállaló viselkedés visszaszorítása (...). [M]agukban foglalják a steril befecskendezői felszereléshez való hozzájutást (...) a kábítószert-használathoz kapcsolódó ártalom csökkentésére irányuló erőfeszítéseket, az önkéntes és bizalmas tanácsadáshoz és tesztesítéshez való hozzájutás megkönnyítését.”

A UNAIDS által a Nyilatkozat alapján 2003-ban kibocsátott időközi jelentés szerint „[az] Elköteleződési Nyilatkozatban megjelölt célkitűzések eddigi megvalósítási üteméből ítélve egyértelmű, hogy számos ország esetében veszélybe került a követelmények megfelelő teljesítése”. A Nyilatkozatban foglaltak a jelentés szerint csak akkor teljesíthetők, ha az egyes államok haladéktalanul megvalósítják cselekvési programjaikat. Ha ez megtörténik, a szakértők becslései szerint az AIDS járvány 2010-re megfékezhető lesz, és világszerte 29 millió új fertőzést lehet megelőzni.

A HIV fertőzés kábítószert-használók körében való megelőzésének alapelvei (WHO, 1997): „Az intravénás droghasználat teljes és közvetlen felszámolása (...) aligha elérhető cél. Alternatív megközelítéseket lehet és kell bevetni annak érdekében, hogy a tűhasználat mellett kitarók ne adják át egymásnak a HIV vírust. A tények nem támasztják alá azt a félelmet, hogy az ilyen intézkedések hatására növekszik a befecskendezés útján történő fogyasztás.”

kozással kötelező járványügyi intézkedéseket tart szükségesnek, és korlátozza az egyének magánélethez való jogát. Ezzel szemben a modern közegészségügyi modell épp az egyének magánélethez való jogának és önrendelkezésének tiszteletben tartásán alapul. A közegészségügyi szakemberek e felfogást követő csoportja ezekből az alapelvekből kiindulva tartja elérhetőnek, hogy tudatosítani

lehessen az emberekben a fertőzés veszélyét, és gondoskodni lehessen biztonságukról. E megközelítés szerint a HIV/AIDS járvány leküzdése csak önkéntességen alapuló együttműködésben történhet.

ALKALMAZHATÓK-E A HAGYOMÁNYOS JÁRVÁNYÜGYI MÓDSZEREK A HIV/AIDS PROBLÉMÁRA?

A hagyományos járványügyi modell a XIX. század végén – XX. század elején alakult ki. Különböző fertőző betegségek – tuberkulózis, himlőjárvány stb. – ütötték fel a fejüket a frissen iparosodott országokban; ezek leküzdésére dolgozták ki a modellt. Főbb módszerei a következők:

- szűréssel, illetve egyedi teszt útján azonosítani a fertőzött személyeket;
- a feltárt eseteket bejelenteni a közegészségügyi hatóságoknak, s ott nyilvántartásba venni;
- elkülöníteni a fertőzött személyeket;
- felkutatni a fertőzött személyek kapcsolatait.

E módszereket olyan fertőző betegségek leküzdésére dolgozták ki, amelyek lappangási ideje rövid, köznapi érintkezés útján terjednek, és gyógy módjuk ismert. A fertőzött személyeket azonosítják, kigyógyítják betegsükből, és ezáltal megszüntetik a veszélyt, hogy másokat megfertőzhessenek.

1. Járványügyi szabályok

A fertőző betegségekre vonatkozó törvényeket hagyományos járványokra gondolva dolgozták ki. A módszerek azonban, amelyekkel az ilyen járványok kézben tarthatók, nem nyújtanak megoldást a HIV/AIDS által felvetett egészségügyi és társadalmi problémákra. A járványos betegségekre vonatkozó törvények mindmáig gyakran alkalmaznak idejétmúlt tudományos és jogi mércéket, amelyek sem a betegségekről vagy az orvosi beavatkozásról alkotott mai felfogásnak, sem az egyéni jogok által támasztott követelményeknek nem felelnek meg.

Gondosan föl kell mérni a járványügyi intézkedésektől várható közegészségügyi előnyöket, és össze kell ezeket vetni az emberi jogok terén okozott hátrányos következmények súlyával. Nem fogadhatók el az olyan intézkedések, amelyek anélkül korlátoznak egy egyéni jogot, hogy a korlátozással arányos közegészségügyi hasznot hajtanának.

Egy közegészségügyi intézkedés akkor tekinthető jogosnak, ha ésszerűen szolgálja a közegészség védelmét, ha nem kíván aránytalan jogkorlátozást, és ha mentes az érintett személlyel szembeni diszkriminációtól.



2. Miért ne vonjuk be a HIV-et a járványügyi illetékességi körébe?

A klasszikus járványügyi modell nem alkalmazható fenntartások nélkül a HIV terjedésére. A HIV fertőzés járványügyi kontrollja sajátos problémákat vet föl:

- a fertőzés átadása csak meghatározott módokon történhet – köznapi érintkezés során nem;
- a betegséget egyedülállóan hosszú lapangási időszak jellemzi;
- végleges gyógy mód még nem áll rendelkezésre;
- a HIV fertőzötteket a társadalom megbélyegzi.

3. Kényszerintézkedések

A HIV teszt nem önkéntes formái

A HIV teszt nem tekinthető beleegyezésen alapuló vizsgálatnak, ha például

- egy állás elnyerését vagy egy szolgáltatásban való részesedést (pl. életbiztosítási szerződés megkötését) ahhoz a feltételhez kötik, hogy az igénylő HIV tesztnek vesse alá magát;
- zárt intézményekben, pl. a hadseregben vagy börtönökben tartózkodó egyéneket vetnek alá a vizsgálatnak;
- nemi erőszak vagy más szexuális bűncselekmény kapcsán letartóztatott, azzal gyanúsított vagy vádolt egyéneket vetnek alá a vizsgálatnak;
- megszurik a véradókat vagy szervdonorokat.

A kötelező HIV vizsgálat sérti az önrendelkezéshez és a tájékozott beleegyezéshez való jogot. A közegészségének védelmét a nemzetközi tapasztalatok és a WHO, illetve a UNAIDS szerint is a legjobban az önkéntes HIV teszt és a megelőző célzatú felvilágosítás szolgálja. A különösen veszélyeztetett csoportokat nem kényszeríteni, hanem ösztönözni kell a tanácsadást és HIV tesztet végző intézményekkel való együttműködésre, valamint a gyógykezelést nyújtó klinikák felkeresésére. Az egyetlen eset, amikor jogosnak tekinthető, hogy a HIV tesztet akár az érintett beleegyezése nélkül is elvégezzék, a véradók és a szervdonorok ellenőrző vérvizsgálata.

Bejelentési kötelezettség

Számos országban jogszabály kötelezi az orvosokat, laboratóriumokat és kórházakat, hogy minden pozitív HIV eredményt jelentsenek a közegészségügyi hatóságoknak. A

teszteredményeket a HIV pozitív egyének személyi azonosítójával együtt hivatalosan regisztrálják.

Az ilyen szabály sérti a fertőzött egyén magánélethez való jogát. A személyhez kötött adatfelvétel szükségtelen: a HIV nem olyan kór, amelyből a fertőzött egyént – ha azonosították – teljesen ki lehetne gyógyítani, és elkülönítésére sincs szükség, hiszen a vírus köznapi érintkezés során nem terjed. A szükséges járványügyi adatok tehát személytelen módon is regisztrálhatók. Ez az eljárás nemcsak az információs önrendelkezéshez való jogot tartja tiszteletben, a betegség lakosságon belüli eloszlásáról is világosabb képet ad.

A fertőzés forrásának kiderítése

Az orvos értesíti az illetékes közegészségügyi hatóságot, melynek munkatársai felkeresik a fertőzött személyt, és elkérik tőle minden szexuális partnerének nevét. Majd az összes megnevezett embert személyesen megkeresik, és felvilágosítják őket arról, hogy HIV fertőzés veszélyének voltak kitéve. Felajánlják a HIV tesztelés lehetőségét, vagy egyszerűen kényszerítik őket a teszt elvégzésére. Ha a figyelemzést a fertőzött személy nevének említése nélkül teszik is meg, személyazonossága a gyakorlatban majdnem mindig kiderül a címzett számára.

Elkülönítés

Vannak országok, ahol a törvény lehetővé teszi a szexuális úton átvihető betegségek hordozóinak elkülönítését. Ezekben az országokban vita bontakozott ki arról, hogy ilyen be-

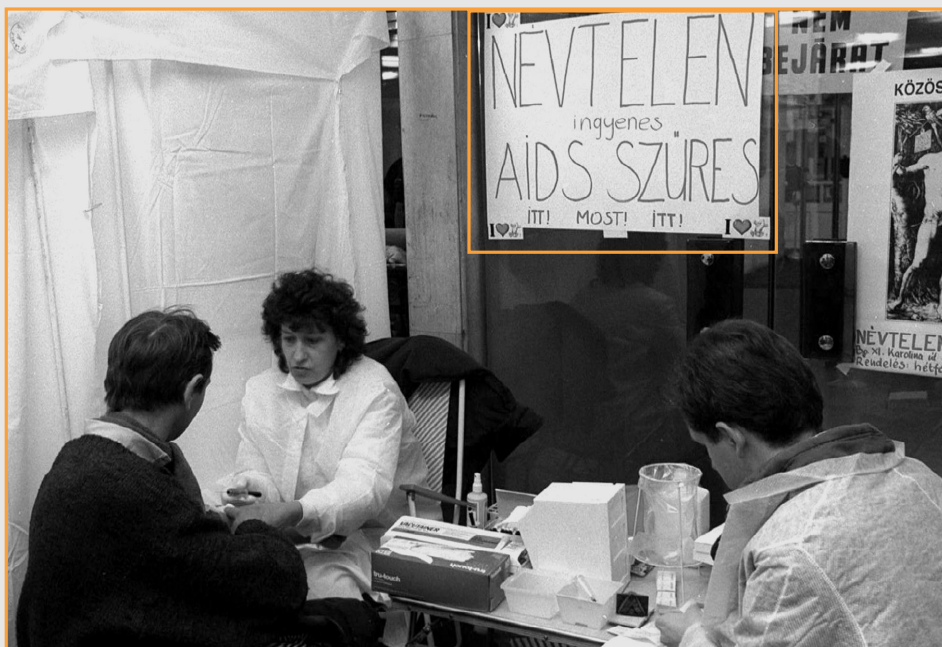
tegségnek minősül-e a HIV. A közegészségügyi hatóságok főszabályként a HIV fertőzött embert nem különítik el, hanem viselkedésük alapján választják ki a korlátozandó személyeket, és csak tényleges veszély esetén intézkednek.

Ha valakit beleegyezése nélkül elkülönítene – akár kórházba, akár valamilyen más, speciális intézménybe –, megfosztják személyes szabadságától. Ilyen súlyos jogkorlátozást csak szigorú eljárási garanciák mellett szabad foganatosítani. Az érintett egyének joga van ahhoz, hogy ügyében nyilvános tárgyaláson jogi képviselő jelenlétében bíróság döntsön. A közegészségügyi jogszabályok gyakran nem nyújtanak ilyen eljárási garanciákat.

Foglaljuk össze az eddig mondottakat. A hagyományos járványügyi modell előbbre helyezi a fertőző betegség terjedésének megakadályozását a fertőzött személy önkéntes együttműködésénél. Ez a megközelítés azonban nem eléggé hatékony, mivel a hatósági kényszerrel való fenyegetettség elriasztja a veszélyeztetett csoportok tagjait, akik így inkább nem jelentkeznek ellenőrző vizsgálatra vagy kezelésre. A közegészségügyi szervezeteknek az önkéntes együttműködést kellene ösztönözniük, ezt pedig legjobban úgy érhetik el, ha megfelelő felvilágosítást és könnyen hozzáférhető, bizalmas szolgáltatásokat kínálnak.

LÉTEZIK-E JOBB MEGKÖZELÍTÉS?

Mivel a HIV/AIDS terjedése nem állt meg, a legtöbb ország felismerte, hogy a hagyományos járványügyi modellen túl kell lépni. A közegészségügyi hatóságoknak el kell jutniuk a leginkább veszélyeztetett csoportok tagjai-



hoz – például a melegekhez, a szexmunkásokhoz és az intravénás kábítószer-használókhoz –, akik gyakran mély gyanakvással tekintenek az államra. Ez a nehézség arra ösztönzi az érintett államok közegészségügyi hatóságait, hogy keressék a HIV/AIDS megelőzésének – közben tartásának beleegyezésen és felvilágosításon alapuló módjait.

Az új közegészségügyi gondolkodásmód komolyan veszti az emberi jogokat, és mindenféle közegészségügyi stratégia szükségszerű alkotórészének tekinti őket. A lehető legkevésbé korlátozó megoldásokat részesíti előnyben. Tekintsük át az új gondolkodásmód elemeit.

1. Megelőzés

A megelőző felvilágosítás a fertőzésnek kitétt embereket célozza meg, hogy csökkentse körükben a fokozott veszéllyel járó magatartásokat. A társadalmon belül biztonságosabb viselkedési – szexuális és droghasználati – szokásoknak kell elterjedniük. Ezt azonban gátolja a „szabad szexet”, és különösen az azonos neműek közötti szexuális kapcsolatot, valamint a kábítószer-használatot övező társadalmi megvetés és elutasítás. A társadalom szemében csak akkor válhat elfogadhatóvá, hogy a közegészségügyi hatóságok ingyenes gumióvszereket és tűcsere programokat kínálnak a különösen veszélyeztetett egyéneknek, ha a nagyközönség elfogadja a nem tipikus szexuális viselkedés és a kábítószer-használat tényét. A többségnek meg kell értenie, hogy a gumióvszerek népszerűsítésével az állam nem a szokásostól eltérő szexuális viselkedést propagálja, és hogy a tűcsere programok nem járulnak hozzá a kábítószer-fogyasztás terjedéséhez.

2. Önkéntes HIV teszt

Az önkéntességen és titoktartáson alapuló együttműködés célja: ösztönözni a fokozottan veszélyeztetett egyéneket arra, hogy vizsgálatnak vessék alá magukat, és előmozdítani az önkéntes HIV teszt lehetőségéhez való hozzájutást. A tömegkommunikáció csatornáin keresztül HIV vizsgálat végeztetésére ösztönző kampányt kell indítani annak érdekében, hogy az emberek ráébredjenek, jó, ha tisztában vannak HIV státuszukkal.

A név szerinti azonosítás kérdése

- Anonim teszt

Ennek az eljárásnak nem része, hogy a vizsgálatot végzők megkérdezzék az ügyfél ne-

vét. Ez a módszer még azt is kizárja, hogy a személyes egészségügyi adatok véletlenül tudódjanak ki.

- Bizalmas teszt

Ebben az eljárásban megkérdezik az ügyfél nevét, de nem adják tovább harmadik személynek, hacsak a szigorú bizalmasság szabályai ezt meg nem engedik.

Tájékozott beleegyezés

Az új közegészségügyi megközelítés szerint az egyénre kell bízni, hogy aláveti-e magát a HIV tesztnek. Az orvos köteles megszerezni az ügyfél tájékozott beleegyezését, mielőtt szűrővizsgálatot végezne el rajta. Az orvosi vizsgálat során rutinszerűen elvégzett HIV teszt ellenkezik a tájékozott beleegyezés elvével. A rutinszerű HIV teszt csak vért vagy szövet adó egyének esetében fogadható el. A beleegyezés csak akkor érvényes, ha kifejezetten HIV tesztre adták. HIV teszt nem végezhető általános orvosi vizsgálatra adott beleegyezés alapján.

HIV teszt előtti tanácsadás

A tényleges vizsgálatot tanácsadási folyamat előzi meg, melynek során az érintett személyt megismertetik a vírus átvitelét elősegítő viselkedési módokkal, továbbá felvilágosítást kap arról, hogy milyen viselkedésbeli változtatásokkal csökkentheti a fertőzés veszélyét.

HIV teszt utáni tanácsadás

A HIV teszt eredményének ismertetését újabb tanácsadás követi. Ennek során a HIV pozitív személy felvilágosítást kap az orvosi kezeléssel, arról, hogyan élhet együtt a fertőzéssel, hogyan kerülheti el, hogy másokat megfertőzzön, és hogyan küzdhet meg a lelki megrázkódtatással.

3. Névtelen adatszolgáltatás

A HIV/AIDS epidemiológiai megfigyelésének legelterjedtebb módszere az újabb fertőzéses esetek és a halálesetek jelentése.

A WHO a következő járványügyi eszközöket ajánlja a HIV fertőzés terjedésének nyomon követésére:

- Adatszolgáltatás (passzív adatgyűjtés). Az új fertőzésekről és halálesetekről személyes azonosító jelek nélkül tájékoztatják a hatóságokat. Az anonim vizsgálat során szerzett, azonosítók nélkül továbbított adatokat életkor, nem és az átadás valószínűsíthető módja szerint csoportosítják. Az így szerzett statisztikai adatok megbízhatósága korlátozott, mivel az adatbizást kizárólag olyan személyek nyújtják, akik kérték a HIV tesztet. Ezt a torzítást hivatott kiszűrni a
- Célzott adatgyűjtés (aktív adatgyűjtés). A lakosság egyes csoportjait a HIV/AIDS felmérésektől függetlenül egészségügyi intézményekben vérvizsgálatnak vetik alá (pl. szülészeti klinikákon a terhes nőktől, nemi úton terjedő fertőzéseket gyógyító klinikákon a fertőzést gyanús személyektől vesznek



Fotó: MTI



vért). A járványügyi hatóság ezeket az intézményeket „megfigyelő helyekként” veszi igénybe. A levett vért megfosztják a személyazonosítóktól, majd HIV tesztnek vetik alá. Az anonim szűrési eredményeket kizárólag járványügyi célokra használják, és az eredményekből következtetni lehet a lakosság többi részének fertőzöttségére is. Ezen az úton megbízható adatokat lehet szerezni arról, hogy a veszélyeztetett csoportokban milyen arányú a HIV fertőzöttség.

A célzott adatgyűjtés tiszteletben tartja az információs önrendelkezéshez való jogot, ugyanakkor pontosabb adatfeldolgozást tesz lehetővé, mint a puszta adatszolgáltatás. Ez utóbbival – túl azon, hogy az adatbázisa torzít, mivel nem minden HIV pozitív ember kerül az egészségügyi rendszer látókörébe – az is a gond, hogy minden egészségügyi szolgáltatótól megköveteli, hogy jól tájékozott legyen a HIV/AIDS terén, és fel tudja ismerni a vírus különböző felbukkanási formáit. Az adatszolgáltatás folyamatának a hatóság passzív szereplője: az egészségügyi szolgáltatóktól várja, hogy az esetek és az elhalálozások számát jelentsék a járványügyi központoknak. A célzott adatgyűjtés ezzel szemben terepmunkát igényel, és azt kívánja a járványügyi szakemberektől, hogy aktívan gyűjtsenek információkat a népesség egyes csoportjairól, az esetek számáról, és elemezzék a HIV-vel kapcsolatos magatartásformákat. Az Európai Unió programja az AIDS és más fertőző betegségek megelőzésére az aktív adatgyűjtő és elemző módszerek bevezetését szorgalmazza.

AIDS-politika és információs önrendelkezés

Az információs önrendelkezéshez való jog alapvető jog, amely erős védelmet igényel, így például az azonosítható adatok használatának szigorú korlátok között tartását. A magánéletet védő korlátozások biztosítják, hogy az emberek egészségügyi adatait ne lehessen felhatalmazás nélkül nyilvánosságra hozni. A magántermészetű információkkal való visszaélés az egyén diszkriminálásához vezethet a munkaerőpiacon, az oktatásban, az egészségügyi ellátásban, a biztosítási szférában, vagy akár a családon belül is. Ettől tartva az érintettek gyakran azt választják, hogy nem vetik alá magukat a HIV tesztnek és a kezelésnek. Ha viszont bizalmas egészségügyi adataik fölötti rendelkezésüket megőrizhetik, nem lesz, ami elriassza őket az egészségügyi programokban való részvételtől.

Védett egészségügyi adatok nem közölhetők az alany tájékozott beleegyezése nélkül. Ez a szabály csak nagyon pontosan körülhatárolt kivételeket enged meg. Jogtalan adat szolgáltatásért a közegészségügyi alkalmazottak büntető- és polgári jogi következményekkel kell számolniuk. A közegészségügyi intézmények csak olyan azonosítható egészségügyi információt kérhetnek, amely

- közvetlenül valamely jogszerű közegészségügyi célt szolgál, és
- ezt a célt nagy valószínűséggel el is éri.

A közegészségügyi információkra vonatkozó törvények gyakran nem szabják elég szűkre azok körét, akik a vizsgált egyének személyes adataihoz hozzáférhetnek, és nem követelik meg azoktól, akik ilyen adatokat kívánnak használni, hogy megfelelően indokolják, miért van szükségük azonosító adatokra.

A HARMADIK FÉL FIGYELMEZTETÉSÉNEK KÖTELEZTTSÉGE

Amikor fölmerül a HIV fertőzött személy által veszélyeztetett emberek tájékoztatásának kérdése, az orvosnak az ENSZ szakosodott szervei által megfogalmazott Nemzetközi Irányelveknek megfelelően célszerű eljárnia:

- fel kell világosítania páciensét, milyen viselkedési módok kerülésével előzheti meg, hogy a vírust átadja másoknak;
- célszerű hagynia, hogy a páciens maga értesítse partnerét;
- csak akkor szabad közvetlenül a partnerhez fordulnia, ha kezelte a meggyőzősi kísérlet ellenére sem hajlandó partnerét tájékoztatni.

A MAGÁNÉLET VÉDELME ÉS EURÓPAI NORMÁI

A magánélethez való jogot védő első számú jogi eszköz az Emberi Jogok Európai Egyezményének 8. cikkelye (Európa Tanács, 1950). „Mindenkinek joga van arra, hogy magán- és családi életét, lakását és levelezését tiszteletben tartsák. E jog gyakorlásába hatóság csak a törvényben meghatározott olyan esetekben avatkozhat be, amikor az egy demokratikus társadalomban a nemzetbiztonság, a közbiztonság vagy az ország gazdasági jóléte érdekében, zavargás vagy bűncselekmény megelőzése, a közegészség vagy az erkölcsök védelme, avagy mások jogainak és szabadságainak védelme érdekében szükséges.” Bár ez a cikkely kifejezetten nem említi a HIV/AIDS fertőzést, az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjoga azt mutatja, hogy ilyen esetekre is alkalmazható.

Álljon itt két ilyen eset szemléltetésül.

1. X kontra az Európai Bizottság (C 404/92P eset)

X-et, aki ideiglenes munkaviszonyra pályázott a Bizottsághoz, HIV tesztnek vetették alá anélkül, hogy tájékozott beleegyezését kérték volna. A teszt nyomán megtagadták tőle az alkalmazást. A Bíróság úgy érvelt, hogy a tájékozott beleegyezés nélkül végzett HIV teszt sérti a magánélethez való jogot. „Bár az állásba vétel előtti vizsgálat az intézmény jogos érdekét szolgálja, ez az érdek nem igazolja, hogy az orvosi vizsgálatot a szóban forgó személy akarata ellenére végezzék el.” A 8. cikkelyt azért alkalmazták, mert az egyének joga van ahhoz, hogy egészségi állapotát titokban tartsa.

2. Z kontra Finnország (22009/93 sz. kérelem)

Ez az eset két kérdést vetett föl: 1) mennyi ideig kell bizalmasan kezelni a bírósági tárgyalási jegyzőkönyv adatait; 2) elfogadható-e, hogy személyes adatok az ítéletben való megjelenésük révén esetleg nyilvánosságra kerülhetnek. A Bíróság arra a következtetésre jutott, hogy ha a tárgyalási jegyzőkönyvek tíz év után a nyilvánosság számára hozzáférhetővé válnának, az „a 8. cikkely megsértésének minősülne”. A Bíróság másrészt egyhangúlag úgy döntött, „hogy a Helsinki Fellebbviteli Bíróság megsértette a 8. cikkely rendelkezéseit, amikor nyilvánosságra hozta a kérelmező személyi azonosságát és egészségi állapotát” (egy HIV pozitív személyről volt szó, akit tanúként hallgattak meg egy büntetőperben). A Bíróság azt is vizsgálta továbbá, hogy milyen hatással lehet a HIV fertőzöttségre vonatkozó adatok nyilvánosságra kerülése az olyan, az ügyben közvetlenül nem érintett személyekre, akik gyanítják, hogy HIV pozitívak, és rámutatott arra, hogy az ilyen publicitás „elveheti az emberek kedvét attól, hogy diagnózis vagy kezelés végett az egészségügyi szervekhez forduljanak, és ezzel alácsapja a közösség azon törekvését, hogy a járvány terjedését meggátolja”.

Mindkét határozat kijelenti, hogy az Emberi Jogok Európai Egyezményének 8. cikkelye a HIV-vel fertőzött egyéneket is védi.

A diszkriminációmentesség követelménye

A HIV fertőzötteket elsősorban azért bélyegzi meg a társadalom, mert nincs tisztában a vírus átadásának módozataival. Egyesek azt hiszik, hogy a fertőzött személlyel való alkalmoszerű érintkezés során megkaphatják a ví-

rust, s ezért nem kívánnak egy munkahelyen dolgozni az illetővel, vagy pl. ezért vonakodnak attól, hogy szobát illetve lakást adjanak ki HIV pozitív személyeknek. A diszkrimináció második vetülete az AIDS-szel hagyományosan társuló életmódokhoz kapcsolódik. Az emberek nagy része a többekkel vagy az azonos neműekkel folytatott szexuális kapcsolattal és a kábítószer-élvezettel hozza összefüggésbe a HIV fertőzést. A HIV pozitív személyek ily módon kétszeres diszkrimináció áldozatai: az egyik magából a betegség tényéből fakad, a másik az életmódjukkal kapcsolatos feltételezésekből.

A veszélyeztetett csoportokat és a HIV pozitív személyeket sújtó diszkriminációval nem csupán az emberi jogok védelmében kell foglalkozni, hanem közegészségügyi érdekből is. A WHO gyakorlati tapasztalatokra alapozva leszögezte, hogy a diszkrimináció leküzdése döntő eleme a HIV megelőzésére és visszaszorítására irányuló világméretű stratégiának. A HIV pozitív személyek kényszerrel és diszkriminációval való sújtása alássa a megelőző programok hatékonyságát.

Egyenlő hozzájárulás az egészségügyi szolgáltatásokhoz

Az AIDS-szel élők túlélési esélye és életminősége a nekik juttatott egészségügyi ellátás színvonalától függ. Ez magában foglalja a hatékony gyógyszerekhez valamint az orvosi szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzájárutást, továbbá a kezelési döntésekben való részvé-

tel jogát. A hatékony, de költséges gyógyszerekhez való hozzájárutásnak anyagi korlátai vannak, de korlátozó hatásúak lehetnek az előítéletek és a megfélemlítés is. Diszkriminációellenes törvényekre van tehát szükség, hogy az ilyen attitűdöket semlegesíteni lehessen.

A legtöbb országban vannak törvények, amelyek tiltják a fogyatékkal élők hátrányos megkülönböztetését az egészségügyi ellátás terén – miként más területeken is. A kérdés az, hogy e törvények fogyatékkal élő embernek minősítik-e a HIV pozitív személyeket, vagy más szóval, kiterjesztik-e rájuk a fogyatékkal élő embert megillető jogi védelmet.

Az Egyesült Államokban 1990-ben született meg a Törvény a Fogyatékkal Élő Amerikaiakról (TFÉA). Azt, hogy a törvény rendelkezései alkalmazhatók-e a HIV pozitív személyekre, először a Bragdon v. Abbott jogeset (Első Bírői Kerület Fellebbviteli Bírósága, 96-1643. sz. eset, 1997) kapcsán vizsgálta bíróság.

A fogorvos Bragdon megtagadta a kezelést páciensétől, Abbotttól, mivel Abbott HIV pozitív volt. A páciens pert indított, s az ügy az Első Bírői Kerület Fellebbviteli Bírósága elé jutott. A Bíróság helyt adott Abbott keresetének. Körültekintő indoklásában a bíróság ugyan elismerte, hogy a HIV pozitív személyek tünetmentesek, azonban megállapította, hogy mégis vonatkozik rájuk a TFÉA definíciója. A törvény szerint ugyanis a fogyatékoság egyik kritériuma, hogy korlátozza az érintett személyt valamely fontos élettevékenység-

Az ENSZ Emberi Jogi Bizottsága

A HIV miatti megfélemlítés és diszkrimináció elsősorban a nemi és faji hovatartozással, valamint a kábítószer-használattal kapcsolatos társadalmi sztereotípiákat és egyenlőtlenségeket erősíti. Az ENSZ Emberi Jogi Bizottságának 2001/51 sz. határozata leszögezi, hogy a nemzetközi emberi jogi dokumentumok diszkriminációellenes rendelkezéseiben használt „vagy más státusz” kifejezést kiterjesztően kell értelmezni, vagyis a HIV-re is vonatkoztatni kell. Megerősíti továbbá, hogy „az érvényben lévő emberi jogi elvek tiltják a HIV/AIDS státusz alapján való tényleges vagy feltételezett diszkriminációt”.

Az ENSZ Közgyűlésének Rendkívüli Ülésszaka

2001 júliusában az ENSZ Közgyűlése rendkívüli ülést tartott a HIV/AIDS-ről. A tanácskozás végén a küldöttek jóváhagytak egy Elköteleződési Nyilatkozatot a HIV-ről, amelyben a tagállamok vállalják, hogy a jelenleginél jóval nagyobb összegeket fordítanak a HIV-problémák megoldására, valamint hogy a HIV megelőzése és a fertőzött emberek ellátása terén konkrét célokat valósítanak meg. A Közgyűlés felszólította az államokat olyan szabályok törvénybe iktatására, amelyek véget vetnek az AIDS-szel élőkkel és a veszélyeztetett csoportokkal szembeni diszkriminációnak. Kötelezi őket továbbá arra, hogy biztosítsák az érintett egyének számára az orvosi kezelés lehetőségét, s eközben tartsák tiszteltben magánéleltüket és adataik bizalmosságát. A Nyilatkozat felszólítja az államokat, hogy 2003-ig több szektorra kiterjedő nemzeti stratégiát dolgozzanak ki és vessenek latba a HIV/AIDS leküzdésére. A főbb célok:

- megszüntetni a megfélemlítést, az elhallgatást és az elutasítást;
- foglalkozni a járvány nem és életkor szerinti vetületeivel;
- felszámolni a hátrányos megkülönböztetést;
- bevonni a folyamatba a civil társadalmat, magukat a HIV pozitív egyéneket és a veszélyeztetett csoportokat.



Az AIDS-ben elhunytak emlékére varrott takarók.

Forrás: A Mások Alapítvány Archivuma



EGÉSZSÉGÜGYI DISZKRIMINÁCIÓ A HIV/AIDS-SZEL ÉLŐKKEK SZEMBEN

1. A kezelés megtagadása

A kezelés megtagadásáról beszélünk, ha

- az orvos megtagadja a HIV pozitív személy ellátását a rendelőjében;
- a kórház, szanatórium, kezelési program nem hajlandó felvenni a HIV pozitív személyt.

Az orvosok kötelesek ellátni a HIV fertőzötteket. Az egészségügyben alkalmazott fertőzés-megelőző rendszabályok elégségesek a vírus továbbadásának megelőzésére. A HIV pozitív páciensek elutasítása nem csupán diszkriminatív, ésszerűtlen is. Nem védheti meg az orvost attól, hogy fertőzött emberekkel érintkezzen. Először is, a fertőzöttség ténye a vírus hordozó előtt is ismeretlen lehet. Másodszor pedig, az elutasítás gyakorlata arra ösztönözheti a vírus hordozót, hogy eltitkolja betegségét.

Az egészségügyi szolgáltatókat megfelelő képzésben kell részesíteni, hogy megismerjék a vírus átadásának tényleges kockázatát, és elsajátítsák a szabályokat, amelyeket betartva megelőzhetik az egészségügyi ellátás során való megfertőződést, továbbá hogy képesek legyenek a HIV vírus hordozók egészségügyi ellátására vonatkozó jogi szabályokról.

2. Egyenlőtlenség a HIV kezeléshez való hozzájutásban

1996 óta kombinált antiretrovirális gyógymód áll rendelkezésre. A kombinált gyógymód rendkívüli mértékben csökkentette a halállal végződő AIDS esetek számát. A gyógyszerkezelésben részesülő fertőzöttek tovább élhetnek, életminőségük lényegesen javul. Az érintettek az esetek többségében teljesen munkaképesek annak ellenére, hogy a gyógyszer mellékhatásai kellemetlenek és olykor életveszélyesek is lehetnek. Amilyen korán csak lehet, azonosítani kell a vírus hordozókat, hogy a kezelés időben elkezdődhessen. A HIV-vel élő emberek megbélyegzése akadályozhatja az ésszerű közegészségügyi elképzelések megvalósítását.

A lakosság társadalmilag és gazdaságilag hátrányos helyzetű rétegeit aránytalanul sújtja a HIV fertőzés, a kezeléshez való hozzájutás egyenlőtlensége pedig további társadalmi egyenlőtlenségeket szül.

A kombinált gyógymód költséges és a kezelés sikere nagymértékben függ a kezelési menetrend szigorú betartásától. Számos nehézség tornyosul a kezelés útjába: pénzügyi

erőforrások hiánya, információhiány, az egészségügyi szolgáltatók negatív előzetes véleménye a kezelt szabálykövető hajlandóságáról stb.

Arra kell törekedni, hogy mindazok hozzájussanak a kombinált gyógymódhoz, akiken ez segíthet.

3. Eltérés a tájékozott beleegyezés követelményétől

A beleegyezés nélkül vagy rutinszerűen végzett HIV teszt sérti a tájékozott beleegyezés követelményét.

Kezelés előtt a páciens tájékoztatni kell a további alternatívákról, hogy kiválaszthassa közülük azt, amelyik a leginkább illik céljaihoz és értékrendjéhez. Ha egy HIV-vel élő személyt a járványos betegségekre vonatkozó törvény értelmében nem az általa választott, hanem előre kijelölt egészségügyi intézményben vesznek nyilvántartásba és kezelnek, akkor a közegészségügyi hatóságok utasítása lép a páciens és az orvos közös döntése helyébe.

Olykor szükség lehet arra, hogy a páciens előzetes jognyilatkozatot adjon, mert fontos döntéseket csak így hozhat meg autonóm módon. Előzetes jognyilatkozat azonban csak akkor születhet, ha a törvény

- felhatalmazza a páciens ilyen dokumentum kibocsátására,
- a nyilatkozattételhez szabályokat és eljárásokat nyújt, és
- előírja a kórházak és az orvosok számára, hogy tartsák magukat a nyilatkozatban foglaltakhoz.

Ha nem tervezik meg időben az előrehaladott stádiumban nyújtandó kezelést, a páciens és orvosa készületlenül kerülnek szembe az élet végén fölmerülő orvosi döntésekkel. Szükség van a beszélgetésre az élet utolsó szakaszával kapcsolatos preferenciákról, valamint az előzetes jognyilatkozatra. A klinikai HIV kezelési programokba fel kell venni az előrehaladott állapotban lévő AIDS betegek ellátásának megtervezését.

A magyarországi helyzet

Más posztkommunista országokhoz hasonlóan Magyarország is hagyományos közegészségügyi gyakorlatot örökölt, különböző csoportok kötelező szűrésével, név szerinti bejegyzésével, és kapcsolatkereséssel.

Önkéntes és anonim szűrőhelyeket az 1990-es évek elején több országban is létrehozta, részben azzal a céllal, hogy a helyi gyakorlatot összhangba hozzák a WHO

ajánlásaival. Magyarország mindazonáltal különleges eset: itt a beleegyezésen nyugvó HIV teszt és a felvilágosítás viszonylag korán megjelentek. A rendszerváltás azonban nem adott újabb lendületet ennek a tendenciának, inkább lassította, sőt, részben a visszajára is fordította. Az első anonim szűrőhelyet a kommunista kormányzat utolsó éveiben, a fővárosban állították föl. Megelőző-felvilágosító programokat – főként nyugati forrásokból – civil szervezetek indítottak, ezek a programok elítéltek, szexmunkásokat, valamint meleg férfiakat és nőket vettek célba. A hivatalos közegészségügyi rendszer azonban képtelen volt elmozdulni a beleegyezés nélküli HIV teszt, a kapcsolatkeresés és a kötelező adat szolgáltatás megszokott gyakorlatától.

A hetvenes évek elejéről származó egészségügyi törvényt 1997-ben új törvény váltotta fel. A módosítást a régi törvénynek csak egyetlen fejezete élte túl, a járványos betegségekre vonatkozó. A törvény, illetve a hozzá kapcsolódó 1998-as egészségügyi miniszteri rendelet a HIV/AIDS-et a járványos fertőzések/betegségek közé sorolja. Az egészségügyi adatok kezeléséről 1997-ben elfogadott törvény teljesen felszámolta az anonimitást a HIV teszt terén. E törvény szerint az első pozitív teszteredményt már csak akkor követhette a szükséges megerősítő vizsgálat, ha a páciens a személyes adatait rendelkezésre bocsátotta, azaz biztos szűrési eredményhez nem lehetett anonim módon hozzájutni.

2002 júniusában az Alkotmánybíróság megsemmisítette az addigi egyetlen kifejezetten a HIV/AIDS-re vonatkozó jogszabályt. A Bíróság döntése nyomán létrejött jogalkotási kényszerhelyzetben az érintett civil szervezetek és az adatvédelmi biztos fellépésének köszönhetően sikerült elérni, hogy főszabállyá váljon az önkéntes és anonim HIV teszt. Kötelező szűrésre szűkebb körben kerülhet sor, mint korábban, és a kötelező partnerkeresés intézménye is megszűnt. 2003. január elseje óta beleegyezésük nélkül nem szűrhetők az elítéltek, a kábítószer-fogyasztók, a nemi betegek vagy arra gyanús személyek, a HIV pozitívok szexuális partnerei és a HIV fertőzésre „gyanús” személyek. Számukra csupán a teszt elvégzésének lehetőségét kötelező felajánlani.

Ma is szerepelnek azonban a törvényben olyan csoportok, amelyek kötelező vizsgálata indokolatlan, és sérti az érintettek – egyes foglalkozásokat űzők, bizonyos bűncselekményekkel gyanúsított vagy vádolt személyek, illetve az anyatejet adományozók – emberi jogait. Gond továbbá az is, hogy a módosítás következtelenül csak az egészségügyi törvényt érintette. Nem változtak az egészség-

ügyi adatokra és az idegenrendészeti, illetve a büntetés-végrehajtási intézmények rendjére vonatkozó szabályok. Ezek jelenleg is lehetővé teszik a HIV pozitívok névvel történő nyilvántartását, és előírják a büntetés-végrehajtási intézmények lakóinak automatikus, kötelező szűrését.

A hivatalos idegenrendészeti politika olyan közegészségügyi koncepción alapul, amelynek mintegy alappillére a kötelező szűrés és a kizárás. 1994 óta a hosszabb magyarországi tartózkodási engedélyért vagy letelepedésért folyamodó külföldieknek kötelező HIV teszten kell átesniük. Ha a teszt eredménye pozitív, ez elégséges alap az elutasításra. 2002 eleje óta a letelepedési engedélyért folyamodókat a kérelem indokainak vizsgálata nélkül el kell utasítani, ha HIV tesztjük pozitív.

Az 1985 és 2002 vége között regisztrált HIV fertőzöttek száma 1041, a közülük AIDS-ben elhunytak száma ugyanezen időszakban 247 volt. A vírus jelenléte mindmáig egyetlen népességcsoportban sem öltött olyan méreteket, hogy járványról beszélhessünk. Ezért ésszerű közegészségügyi politikával még mindig meg lehetne előzni a járvány kitörését.

Ehhez azonban sürgősen megfelelő anonim szűrőhálózatot kellene kiépíteni, hogy a tesztek és a tanácsadás az ország egész területén hozzáférhető legyenek. Fontos, hogy a szűrőhelyek a társadalom által kirekesztett veszélyeztetett csoportok – pl. intravénás kábítószer-fogyasztók – tagjai számára is vonzóak és elérhetőek legyenek. Jelenleg Magyarországon egyetlen egy független önkéntes, anonim és ingyenes tanácsadó, illetve szűrőhely létezik, a fővárosban, és folyamatos működése a finanszírozási nehézségek és bizonytalanságok folytán napról napra kérdéses.

Hiányoznak hazánkban a széleskörű felvilágosító és szűrésre ösztönző kampányok is. A nemrégiben elfogadott, tíz évre szóló Népegészségügyi Program csak egy alfejezetben

foglalkozik a HIV/AIDS-szel. Ismét felállt ugyan a 2001-ben megszüntetett Nemzeti AIDS Bizottság, de forrásai nincsenek, és Magyarországnak a mai napig nincs nemzeti AIDS stratégiája.

Előrelépések történtek viszont az ártalomcsökkentő drogpolitika terén, több tűcserre és methadon program működik országshoz, és nemrég felállították Budapesten az első tűcserre-automatát is.

A korszerű terápiás szerek minden állampolgár számára ingyenesen hozzáférhetőek,

A Társaság a Szabadságjogokért 1994-ben alakult jogvédő és jogfejlesztő nonprofit szervezet. Államhatalmi szervektől és pártoktól függetlenül működik, pénzügyi forrásait alapítványok és adományok biztosítják.

A Társaság a Szabadságjogokért tevékenysége az alábbi területekre terjed ki:

- a betegek jogainak védelmére;
- az ártalomcsökkentő drogpolitika elveinek megismertetésére;
- a személyes adatok védelmére;
- a közérdekű adatok nyilvánosságának elfogadtatására.

A Társaság a Szabadságjogokért Köziratok sorozatának eddig megjelent számai:

- A TASZ az abortuszról
- A TASZ az eutanáziáról
- A TASZ a betegek jogairól
- A TASZ a szólásszabadságról
- A TASZ a rendőrségről
- A TASZ a személyes adatok védelméről
- A TASZ az információs szabadságról
- A TASZ a fogyasztószolgálatok jogairól
- A TASZ a halálbüntetésről
- A TASZ az ártalomcsökkentő drogpolitikáról
- A TASZ a tiltó drogpolitikáról

A Köziratok sorozat példányai ingyenesen megrendelhetők a Társaság a Szabadságjogokért irodájában, munkanapokon 9 és 17 óra között: tel/fax (1)-209-0046, 279-0755.

az ország területén azonban csak egyetlen egy intézmény jogosult a HIV pozitívok kezelésére.

Az Országgyűlésben jelenleg áll elfogadás alatt az esélyegyenlőségi törvény. Kifejezetten a HIV/AIDS-re való utalást nem tartalmaz, ám az egészségi állapoton alapuló hátrányos megkülönböztetés tilalmán keresztül a HIV státuszon alapuló diszkrimináció is szankcionálhatóvá fog válni.

A TASZ javaslatai a HIV/AIDS-politika terén

- A HIV/AIDS megelőzésére és visszaszorítására tett kísérletek során teljes mértékben fel kell adni a hagyományos járványügyi megközelítést.
- Ehelyett az emberi jogi szempontokat is figyelembe vevő cselekvési programokat kell kidolgozni, melyek az egyéni szabadságot, a magánélethez és az információs önrendelkezéshez való jogot tiszteletben tartva szolgálják a társadalom egészségügyi érdekeit.
- Olyan független szűrőhelyeket kell létesíteni, ahol beleegyezés alapján, névtelenül és ingyenesen végzik a HIV tesztet.
- Biztosítani kell az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférést a HIV fertőzöttek és az AIDS betegek számára.
- Felvilágosító és ismeretterjesztő szolgáltatásokkal kell a különösen veszélyeztetett csoportok közelébe jutni.
- Széles körben hozzáférhetővé kell tenni az ártalomcsökkentő módszereket.
- Olyan társadalmi szintű megközelítést kell kialakítani a HIV/AIDS problémát illetően, amelynek elsődleges célja feltárni a HIV fertőzés valószínűségét növelő társadalmi körülményeket, és ugyanezen a társadalmi szinten kell ellenlépéseket kidolgozni a HIV/AIDS terjedésének megállítására érdekében.

Kiadta a

TASZ

T Á R S A S Á G A S Z A B A D S Á G J O G O K É R T

2003 novemberében.

1114 BUDAPEST, ESZÉK UTCA 8/B., fszt. 2.; TEL./FAX: 209-0046; 279-0755
HONLAP: WWW.TASZ.HU/, E-MAIL: TASZ@TASZ.HU, ADÓSZÁM: 18067109-1-43
A kiadvány megjelenését a Ford Alapítvány támogatta.