

Fliegaufer Gergely

Az európai büntetés-végrehajtási rendszerek kábítószerügyi stratégiái

Bevezetés

Jelen dolgozatban a börtönbeli kábítószer-fogyasztás adatainak, a téma egyes fogalmának bemutatását követően Heino Stöver (2001) kitűnő tanulmánya alapján felvázoljuk a nyugat-európai börtönrendszerek kábítószerügyi stratégiáinak típusait, kitérünk a speciálisan Kelet-Európában felbukkanó, a témával kapcsolatos problémákra, s végül megkíséreljük összefoglalni a legfontosabb, a számunkra is adaptálható tanulságokat.

Nyugat-Európa börtöneiben a kábítószer-problémával szembesülő fogvatartottak aránya a börtönpopulációban eléri az 50%-ot, ezen belül jelentős azon fogvatartottak száma is, akik a börtönökön belül fenntartó kezelésben vesznek részt, tehát bekerülésük pillanatában olyan súlyos függőségben szenvedtek, hogy a pszichés és fizikai elvonási tünetek miatt metadonra vagy buprenorfinra szorulnak.

Stöver szerint az igazságszolgáltatási hatóságok egész Európában nehéz helyzetben vannak a börtönbeli kábítószer-problémával kapcsolatban, hiszen olyan problémára kell megoldást találniuk, ami elvileg nem létezik. Ennek oka az, hogy a kábítószer-fogyasztás a börtönökben fegyvelemsértés vagy bűncselekmény, de csak akkor lehet a fogyasztás következtében fellépő ártalmak csökkentése érdekében közbelépni, ha ezzel párhuzamosan jogi folyamat nem indul be. Mindenesetre az elmúlt évtizedben az európai társadalmak vélekedése nagyot változott a kábítószer-fogyasztással kapcsolatban. Ezt az attitűdöt olyan szavakkal írhatnánk le, mint az elfogadás, tolerancia. Megjegyzendő, hogy Magyarországon is egyre inkább marginalizálódik a szélsőséges társadalmi intolerancia a kábítószer-fogyasztókkal szemben.

A börtönbeli droghasználat az egész rendszert érintő probléma, ugyanis a kábítószer felbukkanása az intézetekben: diszfunkció. Különösen veszélyes ez abban az esetben, ha fogvatartott életében először a börtönben próbálja ki a kábítószer, ott válik rendszeres vagy intravénás fogyasztóvá. Egy belga elemzés szerint a börtönbeli kábítószerhasználat átstrukturálta a rabtársadalmat. A következő, merőben újnak tekinthető jelenségekkel kell szembesülni:

- az egyént érő csoportnyomás a kábítószer-fogyasztás irányába
- a fogvatartott a kábítószer beszerzése érdekében „eladja magát” (külön szolgáltatok vállalása vagy homoszexuális prostitúció)
- a személyzet esetleges pressziója a korrupció felé
- a fogvatartott bekerülésekor azzal szembesül, hogy be kell épülnie a börtönön belüli kábítószer-kereskedői és -terjesztői hálózatba
- a fogvatartottak bekerülés után elvonási panaszokkal küzdenek, illetve súlyos betegségek hordozói lehetnek

- kockázati magatartás (közös túhasználat)

Hiller és munkatársai (1999 – idézi Stöver) vizsgálata szerint az Egyesült Államokban a fogvatartottak 68%-a mutatott pozitív kábítószer teszteredményt a befogadáskor.

A magyar adatok szerint a fogvatartottak mintegy 5%-a követett el „visszaélés kábítószerrel” bűncselekményt, a fogvatartottak 1,5%-a nyer elhelyezést a kábítószer-prevenációs részlegekben; valamint egy friss kutatás (Elekes – Paksi, 2004) szerint a fogvatartottak 12,4%-a fogyasztott bekerülése előtt rendszeresen drogot, és 7,9%-uk jelenleg is kábítószert fogyaszt az intézeteinkben. A fentebb említett adatokhoz három megjegyzés szükséges:

A nyilvántartási rendszer sajátossága

A fenti hazai adatokhoz (5% – visszaélés kábítószerrel) hozzá kell fűzni, hogy nyilvántartási rendszerünk csak a büntető törvénykönyv szerint besorolt bűncselekményekre terjed ki. A bírósági ítéletkiadmányok szerint számos olyan fogvatartott tartózkodik – a fentieken kívül – az intézeteinkben, aki kábítószer hatása alatt vagy a kábítószer megszerzése érdekében követte el a bűncselekményét. A fogvatartottak ítéleteinek hosszát tanulmányozva kiderül, hogy az elítéltek a „visszaélés kábítószerrel” bűncselekmény minősített eseteit követték el, azaz jelentős mennyiségű kábítószerrel kerültek kapcsolatba, vagy kereskedtek a kábítószerrel. Ezek a fogvatartottak elvonási tünetek vagy a fogyasztói oldal terén nem jellemzően szembesülnek a kábítószer-problémával.

Migrációs helyzet

A nyugat-európai börtönökben tapasztalható kiugró mértékű kábítószer-probléma feltehetőleg azért nem érte el hazánkat, mert eddig nem indult meg Magyarország felé nagy mértékű illegális bevándorlási hullám; ugyanis a nyugat-európai börtönökben a magas arányú kábítószer-probléma összefügg az illegális bevándorló fogvatartottak által leggyakrabban elkövetett bűncselelményekkel: a tiltott kábítószer-kereskedelemmel és a kábítószerhez kapcsolódó következmény és eszköz bűncselelményekkel.

Mint a későbbiekben látni fogjuk, a börtönbeli kábítószer fogyasztás legnagyobb veszélye a fertőző betegségek terjedése. A migrációs ráta – általános érvényben – közvetett módon összefügg minden országban a prostitúcióval, a tiltott szerfogyasztással, a pénzmosással és a HIV/AIDS fertőzéssel élő személyek számával. A migrációs ráta ezekkel a változókkal negatív jellegű kapcsolatban áll, míg az országok GDP mutatója feltehetőleg növeli az (illegális) bevándorlást.

A problémára reagálva az Európai Unió új kábítószerügyi szabályzatot szándékozik kibocsátani, ami értelemszerűen Magyarországra is kötelező érvényű lesz. A változások számunkra lényeges eleme, hogy a kábítószerek típusairól veszélyességi táblázat fog készülni, és az egyes típusokkal való visszaélést eltérően fogják szankcionálni. A fogyasztás szankcionálását az EU a tagországok saját hatáskörébe fogja utalni, míg a kereskedelem szempontjából szigorúbb szankciórendszert fog megkövetelni.

Kábítószer-prevenációs részlegek

A bevezetésben említett eredményeket figyelembe véve, a magyar bv. kábítószerügyi stratégiája akkor lenne hatékony, ha a kábítószer-prevenációs részlegeken a fogvatartottak jóval nagyobb hányada nyerne elhelyezést. A jelenlegi kb. 1,5%-os kábítószer-

prevenációs részlegesen elhelyezett fogvatartotti arány biztató eredmény, de nem jelenti azt, hogy nem lenne férőhelybővítésre szükség, mint azt a kábítószer-prevenációs részleg szakterületi ellenőrzése is kimutatta.

Adatok a kábítószer-fogyasztásról, az ártalmakról és a kockázati tényezőkről

Bár a bevezetésben több utalás történt a kérdéskör jelentőségére, a kábítószer-problémával szembesülő fogvatartottak arányára stb., mégis érdemesnek tartjuk, hogy külön is kitérjünk az adatok egy szélesebb kitekintést nyújtó közzétételére, és bizonyos, a témával összefüggő fogalmak magyarázatára.

Nyugat-Európában az utóbbi tíz év során átlagosan megháromszorozódott a kábítószer-fogyasztás, Finnországban és Görögországban ötszörösére növekedett, folyamatosan csak Luxemburgban csökkent, és ott is csak csekély mértékben. Egyedül Portugáliában viszont az utóbbi három év alatt jelentős mértékű csökkenés volt tapasztalható.

Az intravénás droghasználók 50-90%-a hepatitis C vírus hordozó, valamint az európai börtönlakók átlagban 5%-ban HIV fertőzöttek. Európában körülbelül 350 000 fogvatartott van, akiknek óvatoss becslések szerint is 15-50%-a „problémás droghasználó”, azaz valamilyen fertőző betegségben is szenved. Évente átlagban 180-600 ezer ember cserélődik ki az európai börtönökben. Riasztó adatokról lehet értesülni a kalinyingrádi börtönök majdnem teljes HIV fertőzöttségéről, az észak börtönpopuláció 30%-os érintettségéről, de fertőzés nem került el a nyugat-európai börtönöket sem. A skót Glenochil Bv. Intézetben a fogvatartottak 14,5%-a vallotta be, hogy közös tüvel használt heroint az intézetben, majdnem felük HIV pozitív volt. Egy alsó-száz női bv. intézetben a hepatitis B és C vírus együttes előfordulása jelentkezett a fogvatartottaknál. Az ok szintén közös tűhasználat.

A kábítószer-használat szempontjából veszélyeztetett két réteg, a kisebbségi bűnözői és az illegális bevándorlói réteg egyaránt felülreprezentálódik a börtönökben, és a problémát magával hurcolja az intézetekbe. Feltehető továbbá, hogy e két csoportnál magasabb a fertőző betegséggel (HIV/AIDS, TBC, Hepatitis stb.) élés aránya is. A tendenciák afelé mutatnak, hogy az intenzív ártalomcsökkentő stratégiák bevezetése a börtönökben elkerülhetetlen.

Húsz évvel ezelőtt, hogy ha egy ópiát-függő börtönbe került, azonnal meg kellett küzdenie a fizikai elvonási tünetekkel a hirtelen kábítószer-elvonás miatt. Ez az úgynevezett *cold turkey* (a heroin fizikai elvonási tünete: az anyagcsere felgyorsulása és a kihűlés, amelyről a személy olyan lesz, mint egy „bontott csirke”) módszer, ami bizonyos szempontból jelenleg is az absztinencia elérésének egyik legjobb módszere lehet, de a stresszfaktor miatt semmiképpen sem a börtönkörnyezetben. A börtönbeli redukált kínálat miatt – egy francia, ópiát-függők körében végzett felmérés szerint – a büntetés-végrehajtáson belüli kábítószer-kezelés hatékonyabb és kedveltebb a civil világban folytatott terápiánál.

A magyarországi biztonsági szemlélet szempontjából radikális ártalomcsökkentő börtönprogramnak nevezhetjük a tucserét, aminek az alapvető filozófiája az,

hogy a börtönökben előfordul az intravénás droghasználat, és ez a kockázatkereső magatartás (lebukástól való félelem – high risk behaviour) rendszerint közös tüvel történik. A közös tűhasználat a fertőző betegségek terjedésének egyik fő oka, ezért az „alacsony küszöb” elvnek megfelelően a drogfogyasztóknak steril tűket és fecskendőket szolgáltatnak. A tűcsere automaták vandálbiztos acélból készülnek, a fecskendőket egy kicsúszó fiókból lehet kiszedni, ahova a fecskendő pontosan illeszkedik. Működésük jellege hasonlít a cigaretta automatákéhoz.

A fentiekben sokszor említett ártalomcsökkentés a kábítószer-fogyasztás során fellépő egészségügyi kockázatokból következő, illetve a szociális vagy pszichológiai jellegű hátrányok hatékony és célorientált orvoslását jelenti. Gondolati háttér az, hogy nem tagadjuk le a kábítószer-fogyasztás létét, hanem a kereslet- és kínálatcsökkentés mellett, megpróbáljuk a fogyasztókat megvédeni az egyéb következményétől.

Az ártalomcsökkentéssel kapcsolatban feltétlenül meg kell említeni a dublini memorandumot. 2004. február 23-24. között az írországi Dublinban 55 európai és közép-ázsiai ország büntetés-végrehajtási szakemberei a HIV/AIDS problémakörre fókuszálva konferencián vettek részt. A konferencia elfogadta az ajánlásokat, és megfogalmazta a bv. intézetekben tartózkodó személyekkel kapcsolatos kötelezettségeket. A **Dublini Ajánlások** kivonatos összefoglalója:

1. A fogvatartottak jogosultak a HIV fertőzés elleni védelemre. Ennek érdekében meg kell engedni, hogy a bv. intézetekbe steril fecskendő és tű, óvszer és más „biztonságos szex” eszköz, steril kendő és fertőtlenítőszer, valamint tiszta tetováló tű jusson. Az ártalomcsökkentő intézkedéseket diszkriminációmentesen és titoktartás mellett kell végrehajtani. A fogvatartottak részére megbízható és érthető információt kell szolgáltatni a hatékony fertőzés-megelőzés érdekében. A fertőző betegségek kezelésébe be kell építeni a TBC fertőzés prevenciót, továbbá a szabadulás után is gondoskodni kell az egykori fogvatartott kezeléséről.

2. A nem megfelelő elhelyezési körülményeken a lehetőségekhez mérten javítani kell. A bv. intézeteknek törekedniük kell a civil szervezetekkel való együttműködésre, különösen a megelőzést és a felvilágosítást illetően.

3. A fogvatartottaknak joguk van a HIV-státuszuk bizalmas kezeléséhez.

4. A fogvatartottaknak joguk van a kezelésekhöz hozzájárulni, vagy azokat megtagadni. A HIV/AIDS kezelés nem lehet kényszerkezelés, ugyanakkor a fogvatartottakat folyamatosan tájékoztatni kell a számukra adódó kezelési lehetőségekről.

5. A HIV/AIDS-problémával szembesülő fogvatartottak jogosultak stigmatizáció-, diszkriminalizáció- és erőszakmentes életet élni. Ennek érdekében nem szabad elkülöníteni a fertőzött fogvatartottakat az egészséges börtönnépességtől, továbbá a fertőzöttség miatt nem lehet őket kizárni a különböző programokból. A fogvatartottak és a személyi állomány HIV/AIDS-szel kapcsolatos hiányos ismereteit pótolni kell, ugyanakkor küzdeni kell a személyi állomány és a fogvatartottak AIDS-fóbiájával szemben, ennek érdekében folyamatos továbbképzéseket kell szervezni.

6. A HIV/AIDS-problémával szembesülő fogvatartottak jogosultak a szabadulás előtt és a szabadulás után is a megfelelő kezelésre, ami jelenthet – a korábbi kábítószer használatlal összefüggő – szubsztitúciót vagy további ártalomcsökkentő kezelést.

Nyugat-európai stratégiák

Kábítószermentes körletek és fenntartó kezelés – holland modell

Hollandia nemzeti kábítószerügyi stratégiája jelentősen eltér a többi nyugat-európai országtól. Elegendő itt a coffee shopokra, vagy az ún. belövő szobákra gondolni. A holland álláspont szerint a „lágy” drogok de facto legalizálása a „kemény” drogokkal való visszaélést csökkenti, valamint a félig ellenőrzött körülmények között történő kábítószer-fogyasztásnak kevesebb hátrányos következménye van, mint a teljes tiltásnak, vagy a nulla toleranciának. Ez a filozófia rendkívül érdekes módon érvényesül a holland bv. intézetekben.

A holland fogvatartottak több mint fele súlyos kábítószer-függőséggel kerül a bv. intézetekbe, ez főként opiát, de jelentős mértékben amfetamin és kannabisz függőséget jelent. A büntetés-végrehajtás nem teheti meg, hogy ilyen arányú problémára ne reagáljon fenntartó kezeléssel. A fenntartó kezelés azt jelenti, hogy a fogvatartott orvosi ellenőrzés mellett metadont (a gyógyszer történetét és hatásmechanizmusát a későbbiekben részletezzük) kap a bv. intézettől.

A holland rendszer legfőbb sajátossága mégsem a fenntartó kezelés, hanem a kábítószermentes körletek kialakítása. A kábítószermentes körlet angol megfelelője a drug free unit, ami szó szerint kábítószermentes részleget vagy egységet jelent, ilyen módon nem kifejezetten csak a büntetés-végrehajtáshoz köthető.

Az első drug free unitok az amerikai hadsereg külföldi laktanyáiban jelentek meg, majd működési rendjüket szintén az Egyesült Államokban a börtönökre is adaptálták. A drogmentes körleteket a legtöbb nyugat-európai országban a kilencvenes évek elején hozták létre.

Az egységek alapvető sajátossága, hogy a börtön a fogvatartottak részére kábítószermentes környezetet garantál, és ezért cserébe elvárja, hogy a fogvatartott az intézetben tartózkodjon a kábítószer fogyasztásától. A kábítószermentes körletek és az ún. szerződéses kezelő körletek (ahol esetleg a fogvatartottak kifejezetten fenntartó kezelésben részesülnek) alapvető célja, hogy a fogvatartottat távol tartsák a kábítószerpiactól, a börtönökben speciális kábítószer-szcénától, és megfelelő helyet biztosítsanak a kábítószer-probléma megoldására. A kábítószer nem fogyasztó fogvatartottakat megvédik a fogyasztóktól, valamint a speciális körleteken működő szakmai team nagyobb hatékonysággal tudja azonosítani a fogyasztó fogvatartottakat, és megállapodás esetén kellő szakszerűséggel képes őket ellenőrizni.

A drogmentes életvittel egyetemben a körleteken komfortosabb atmoszféra uralkodik, valamint hangsúlyos a kortárs segítség (peer cuonselling, Begutachtung). A fogvatartottak minden esetben önkéntesen jelentkeznek a körletre, és önkéntesen tartózkodnak ott. A bv. intézet a fogvatartott drogmentességért járulékos juttatásokat ajánl fel,

melyek formája az eltávozás, a kimaradás, a külső munkavégzés és tanulás, továbbá az intenzívebb kapcsolattartás lehet. A fogvatartotti kábítószer-mentességet együttműködési megállapodással és testvadásék-minta leadási kötelezettséggel biztosítják. (Jelenleg Magyarországon is ilyen rendszerben működik a 13. bv. intézetben kialakított kábítószer-prevenációs részleg.)

Az előzőeknek megfelelően Hollandiában sem csak a börtönökben működnek kábítószermentes egységek, hanem például iskolákban is. Ez egy alapvető kritériumot eredményez a működési filozófiában, ugyanis az egységek létesítésekor nem a fogvatartottak további izolációja a cél, hanem a velük való együttműködés, és ilyen módon az ártalomcsökkentés és az elsődleges (primér) prevenció. A holland modellben tehát a kábítószermentes egység funkciója lépcsőzetesen épül a metadon fenntartó kezelésre, vagy azzal párhuzamosan zajlanak az egységben szolgáltatott egészségfejlesztő, felvilágosító és önismereti jellegű programok.

Megjegyzendő, hogy Magyarországon a drogambulanciákon és kezelő helyeken folytatott HIV/AIDS szűrések, fenntartó kezelések mellett működő információs és önismereti jellegű programok is még csak a kezdeti fázisban járnak; a börtöneinkkel együttműködő civil szervezetek módszertani felkészültsége is hasonló fejlődési stádiumban van, továbbá hogy a hatékony programok bevezetésének elkerülhetetlen feltétele lenne Magyarországon az igények felmérése. A kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program rövid és középtávú céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1129/2004. (XI. 24.) Kormányhatározat ezt a célt több ponton is támogatja.

A holland modell másik alapvető eleme a folyamatos hatékonyság vizsgálat (monitoring) és az eredmények ellenőrzése (evaluáció). Ezek során megvizsgálják, hogy a különböző kezelések együttes hatása milyen mértékben érvényesül, illetve vizsgálják a börtönbeli drogfogyasztók beazonosításának hatékonyságát is. Felméri a fogvatartottak motivációját, önérvényesítési képességét, együttműködési hajlandóságát, valamint a személyzet és a fogvatartottak elégedettségét.

Ezzel kapcsolatban szót kell ejteni a holland befogadási gyakorlatról, melynek két alapvető eleme a biztonsági jellegű ellenőrzés és a kockázati felmérés (risk assessment).

A biztonsági jellegű ellenőrzés a kábítószer vonatkozásában Hollandiában úgy zajlik, hogy a fogvatartottat a személyi állomány a befogadási eljárás során megkérdezi, hogy tart-e magánál kábítószer. Erre elsősorban azért van szükség, mert Hollandiában az elmúlt tíz év során a fogvatartottak 27%-a rendszeres „kemény” droghasználó volt a börtönbe kerülésekor, és 31%-uk pedig kannabisz-használó. Másodszorban a holland büntetés-végrehajtási gyakorlat szerint, ha a befogadott személy önként átadja a személyzetnek a kábítószer, akkor az a letétjébe helyezhető vagy kiadhatja hozzátartozójának. A kérdés elhangzása után a személyzet egy véletlenszám-generátor által adott jelzés alapján megmottozza a fogvatartottat. Ezzel a módszerrel elkerülhető, hogy a fogvatartott arra gyanakodjon, hogy mindig csak őt mottozzák meg, továbbá, nem fordul elő olyan alkalom, amikor a fogvatartott bizonyos abban, hogy nem fogják megmottozni.

A kockázati felmérés Hollandiában nem csak a kábítószer-használatra terjed ki, hanem többek között az agresszív és öngyilkossági tendenciákra is. Az egyéniesített felmérés eredményeképpen a fogvatartott egészségügyi vizsgálat után akár már a befogadása után közvetlenül a kábítószermentes körletre kerülhet.

Fenntartó kezelés – francia modell

A francia nemzeti drogstratégia nem mentes feloldhatatlannak tűnő ellentmondásoktól. Franciaországban a törvény a kábítószer fogyasztását még csekély mennyiség esetén is büntetni rendeli, ugyanakkor magas színvonalú, állami finanszírozású ártalomcsökkentési programok zajlanak az országban. Ebben a helyzetben az tűnhet ellentmondásnak, hogy az ártalomcsökkentő programokba értelemszerűen csak kábítószerfogyasztókat vonnak be. Ebből az a következtetés vonható le, hogy az országban előnyben részesítik az „alacsony küszöb” elvét, mely szerint a kezelések név és a regisztrációs köteleesség nélkül zajlanak.

Franciaország börtöneiben mindössze egy helyen működik kábítószermentes körlet, az is kísérleti jelleggel. A helyi bv. szervek inkább az ártalom-, mintsem a kínálat- és keresletcsökkentés stratégiája mellett döntöttek. A fogvatartottak több mint ötven százaléka részesül fenntartó kezelésben, és a metadon helyett Franciaországban már több éve a kevésbé addiktív buprenorfin (Subutex) alkalmazzák a börtönökben. Újabb paradox helyzet lehet, hogy a Subutex nem érhető el folyadék formájában, ezért a fogvatartottak képesek vele visszaélni, esetleg eltörlik a tablettát, csak a felét veszik be, a másik felét porítják, és vénán keresztül adják be maguknak a vélt intenzívebb hatás érdekében, vagy kereskednek a porral.

(Megjegyzendő, hogy a WHO ajánlása szerint azok a fogvatartottak, akik a bekerülésük előtt metadon fenntartó terápiában részesültek, jogosultak a börtönökben a terápia folytatására, és a kezelést folytatni kell. Azokban az országokban, ahol a civil lakosság részére elérhető a fenntartó kezelés, a fogvatartottak számára is biztosítani kell annak lehetőségét.)

Az európai börtönrendszerekben egyedüli módon, Franciaországban a börtönegészségügyet nem az igazságügyi, hanem egészségügyi tárca felügyeli. Minden francia bv. intézetben kórházi team működik, amely ellátja a fogvatartottak általános egészségügyi és pszichiátriai panaszait. Ezen teamek feladata a fogvatartotti kábítószer-probléma kezelése, a tanácsadás, és e szempontból a szabadulásra való felkészítés. 16 nagyobb intézetben a kábítószerfüggő fogvatartottak számára kialakított speciális központ működik, 170 intézetben a kezelés külkórházban történik, illetve néhány intézetben a kábítószerügyi ellátást – szerződés alapján – a magánszektor végzi.

Franciaországban az egyedi börtönegészségügyi intézkedések mellett kifejezetten hatékonyan működik a biztonsági ellenőrzések rendszere is (Trabut, 2000 – idézi Stöver). A rendőrség az ügyészség felügyelete alatt – meghatározott gyakorisággal – rendszeres kábítószerügyi vizsgálatokat tart az intézetekben. Ez Európa néhány országában inkább csak szimbolikus jellegű, Franciaországban rendelet szabályozza. Rendszeresen ellenőrzik az intézetekbe érkező látogatókat is, és ha kábítószeranyagot

got találunk, a büntetőeljárás – őrizetbe vétellel – azonnal elkezdődik. A bíróság gyorsított eljárásban akár letöltendő szabadságvesztés büntetést is szabhat ki a gyanúsított látogatóra, aki immár előzetes fogvatartottként fog visszakerülni a börtönbe. Nyugat-Európa többi országában a rendőrség és a bv. kapcsolata kábítószerügyben gyakran csak operatív úton hatékony. Mivel a legtöbb országban a büntetés-végrehajtásnak nincsen nyomozati jogköre, a motozásoknak nincs a fogvatartottakra olyan mértékű visszatartó hatása, mint Franciaországban.

A kábítószerrel kapcsolatos biztonsági rendelkezések kiterjednek az intézetek külső biztonságára is. A fogvatartottak hozzátartozói a kábítószerrel az intézetekbe csúzlival lötték be. Ennek megelőzése érdekében, ahol erre az intézet kialakításánál lehetőség volt, a bástyafal köré hatvan méteres távolságban rácsos kerítést emeltek. Ismét paradox helyzet, hogy már előfordult, hogy a hozzátartozók teniszütő segítségével juttatták be a kábítószerrel az intézet területére. A folpack-szerű anyagba csomagolt hasist egy jól irányított ütessel akár száz méteres távolságra el lehet juttatni. A tréfásnak tűnő esetből kitűnik, hogy a francia biztonsági intézkedéseket a szakemberek folyamatosan ellenőrzik és vizsgálják a hatékonyságukat.

Ártalomcsökkentés – német példa

Svájci pozitív tapasztalatok alapján az alsó-szász igazságügyi minisztérium vezetői úgy döntöttek, hogy két bv. intézetben pilot jelleggel, két évig tartó tücsere programot vezetnek be. A program lényeges adatai az 1. táblázatban foglalhatók össze.

A táblázatban közölt információk közül a személyzet védelmére hívnám fel a figyelmet. A kelet-európai börtönrendszerek sajátossága, hogy a személyi állomány nem rendelkezik kellő információval a fertőző betegségekkel kapcsolatban, és ezért ellenzi a tücsere programok beindítását. Szintén régióink jellegzetessége a kínálatcsökkentés hatékonyságában való túlzott hit, magyarul a kelet-európai börtönök személyzete csupán az utóbbi pár év során kezdi elismerni, hogy a kábítószer jelen van a börtönökben. Ennek elsősorban a kifejezett biztonsági szemléletmód az oka. (A kelet-európai helyzet elemzésekor erre a kérdéskörre bővebben kitérünk.)

Fontos még, hogy a tücsere program során a börtönökben a személyzet olyan kábítószer-használó fogvatartottakkal is kapcsolatba léphet, akik egyéb esetben rejtve maradnának, illetve csak súlyos elvonási tünetekkel vagy túladagolt állapotban találnák meg őket. Ezek a fogvatartottak az anonimitásnak köszönhetően kapcsolódnak be a programokba.

A Vechta Bv. Intézetben a befogadási eljárás során a fogvatartottakat a programról szóló többnyelvű információs füzetekkel látták el. A fogvatartottak később is részt vettek felvilágosító jellegű foglalkozásokon, amelyek központi témája a biztonságos szex és a fertőzésmentes tühasználat volt. Az intézetben a forgalmas helyeken állították fel a tücsere automatákat, amelyekből a fogvatartottak egy csomagot vehettek kézhez. A csomagban a tün kívül még fertőtlenítő szerek, adagolt citromlé, szűrő és steril orvosi kendő is megtalálható volt. Nem helyeztek el automatát a szabaduló körleten, a felkészítő csoportban (admission unit) és az anya-gyerek körleten. A fogvatartottaknak ano-

KITEKINTÉS

	Vechta Bv. Intézet	Lingen I. Bv. Intézet, Groß-Hesepe alegység
A program célja	Fertőző betegségek megelőzése A személyzet védelme Egészségfejlesztés Kapcsolat az ismeretlen droghasználóval Biztonságos szex	
Feltétel	Metadon kezeléssel együtt nem alkalmazható Regisztráció Addiktológiai vizsgálat pozitív eredménye	
Befogadóképesség	170	230
Fogvatartotti populáció	nők	férfiak
Kiosztás módja	5 automata az intézetben	egészségügyi szolgálaton keresztül
Kábítószer-fogyasztók aránya	50%	50%
Kicszerélt tűk száma	16 390	4 517
Visszaadott tűk aránya	98,9%	98,3%
A programban regisztrált fogvatartottak száma	169	83

nim módon regisztrálniuk kellett magukat, és orvosi kontroll alatt álltak. Az intézetből való elszállítás esetén a fogvatartottak nem vihették magukkal a tűket, valamint a csomagokat nem adhatták kölcsön, nem cserélhették ki egymás között, továbbá nem kereskedhettek velük. Ezeket az alapvető feltételeket a megállapodásban és szabályzatban (contracting) rögzítették. A személyzet a pilot megkezdése előtt egynapos tréningen vett részt.

A Groß-Hesepe alegységben nem helyeztek ki az intézetben automatákat, hanem a tücsere- csomagokat az egészségügyi személyzet osztotta ki a fogvatartottaknak. Egy civil szervezet meghatározott időpontban a fogvatartottak részére tanácsadási foglalkozásokat tartott. A foglalkozások lényegi eleme az anonimitás garانتálása volt. Ebben az intézetben is regisztrálniuk kellett magukat a fogvatartottaknak.

A pilot sikerrel zárult, és a tücsere program gyakorlatát kiterjesztették egész Alsó-Szászország területére. Berlinben és Hamburgban is működnek tücsere programok a börtönökben. (Spanyolországban hasonló jelleggel indult pilot a Bilbao Bv. Intézetben, 1997-ben – jelenleg ebben az országban a leghatékonyabb a börtönbeli ártalomcsökkentés. A spanyol büntetés-végrehajtási rendszer fejlődése rendkívül intenzív, s nem csak az ártalomcsökkentés terén jár élen, hanem például a spanyol börtönökben „apanya-gyermek” körletek is vannak.)

A kábítószer-probléma menedzselése Anglia és Wales börtöneiben

A kábítószer-probléma komplex kezelését Anglia és Wales példáján keresztül szemléljük. Anglia és Wales börtöneiben az egészségügyi szolgálat vezetésével működik a CARATS

program. A betűszó a tanácsadás, értékelés, előadás, felvilágosítás és kezelés szavak kezdőbetűiből áll össze.

A rendszert 1999-ben vezették be, és azóta is dinamikusan fejlődik: az országban 35 helyen működik detoxikáló központ a börtönökben, 42 féle rehabilitációs program zajlik, és hat intézetben terápiais közösség található.

Az integrált rendszer elsősorban a fogvatartottak szükségletein alapszik, nem csak a börtönökben, hanem a pártfogó felügyelet jogintézménye alatt is működik. A rendszer a következő keretek között funkcionál:

- a bíróságok és a bv. szervek munkatevékenységének összehangolása,
- a bv. intézetek egyes alegységei közötti együttműködés,
- egyes bv. intézetek közti információcsere a fogvatartott átszállítása esetén,
- bv. intézetek és civil szervezetek közti együttműködés.

A CARATS rendszer kiemelt sajátosságai és célkitűzései a következők:

- azonnali állapotfelmérés az első befogadáskor
- egészségügyi profilú civil szervezetek jelenléte a befogadáskor
- a börtönbe kerülést megelőző életvitelről készült nyilvántartásokat kábítószerügyi szakértő vizsgálja meg
- a detoxifikáció után is állapotfelmérés következik, melyet támogató kezelés követ
- a nevelési/kezelési terv kialakításába is kábítószerügyi szakértőt vonnak be
- csoportos és egyéni tanácsadás a kábítószer-problémával kapcsolatban
- felvilágosító előadások és segítségnyújtás a kábítószerekkel kapcsolatban, egészségügyi, szociális és jogi szempontból
- a fogvatartotti és utógondozási programok összehangolása a kábítószer-problémával
- szabadulást előkészítő tréning, kapcsolatfelvétel a külső egészségügyi szervekkel és civil szervezetekkel
- a reintegráció és a rehabilitáció összehangolása
- a börtönbeli droghasználat jeleinek összegyűjtése
- együttműködés a helyi gyógyszerárakkal
- önkéntes és kötelező vizeletvizsgálat
- opiát fenntartó kezelés (metadon, lefedixin, dihidrokodein)
- a személyzet folyamatos továbbképzése
- fokozott figyelemmel kísérik a befogadott személy börtönben töltött első 72 óráját
- minden intézetben elérhető egy detoxifikáló gyógyszer (Naloxone) opiát túladagolás esetén, illetve túladagolás esetén sürgősségi külső kórházi kezelés szerződés alapján biztosított
- az elvonási tünetek felismeréséről kézikönyv készült a személyzet részére

A fentiek közül a rehabilitáció és a reintegráció összehangolását emelném ki. Bármenynyire is jó lehet egy börtönbeli rehabilitációs program, ha a fogvatartott szabadulása után munkanélkülivé is hajléktalanná válik – az egyenes következmény a visszaesés és az újbóli kábítószer-fogyasztás lesz, nem történik meg a szabadult személy reintegrációja. Nagyon fontos az ún. housing rendszer, ami a zárt intézetekből kikerült személyek szálláshelyeül és a munkaerő piaci orientáció elősegítésére szolgál. A módszer-

rel kapcsolatban természetesen felmerül a probléma, hogy a törvényi eszközökkel izolált személy a szabadulása után is intézményes keretek között fogja folytatni a hétköznapi életét, elkerülhetetlen a hospitalizációja, azaz szerfüggőből szervezetfüggővé válhat. Ha a szociális hálónak az életkörülmények optimális szinten való tartása a célja, ez a módszer még mindig jobb megoldásnak tűnik, mint pl. a számos nyugat-európai országban működő kiutasítás, amikor a külföldi állampolgárokat a büntetésük letöltése után ismét az idegenrendészetnek adják át.

Metadon fenntartó kezelés – nyugat-európai körkép

Az ópium molekulaszervezetű metadon a harmincas évek végén egy frankfurti gyógyszergyárban fejlesztették ki annak érdekében, hogy a hitleri Németország morfin szükséglet terén ne szoruljon exportra. A szert később klinikai céllal az Egyesült Államokban tesztelték a hatvanas években, és általános fájdalomcsillapító szerként alkalmazták. A hetvenes évek elején a vietnámi háborúból visszatérő opiát-függő veteránok kezelésének céljából indult ez első metadon program. A metadon szintetikus morfin származék (opioid), és ugyanolyan a hatásmechanizmusa, mint a heroiné. A heroinnal ellentétben azonban nem okoz eufóriát, a hatóanyag tartalom szigorúan ellenőrizhető, valamint megszabadítja a függő személyt az elvonási tünetektől, illetve a túladagolás veszélyétől. Dolan (1999) szerint a börtönökben folytatott metadon szubsztitúciós (helyettesítő) kezelés eredményeképpen sikeresen lehet csökkenteni a heroin-fogyasztást, valamint a hepatitis C fertőzés terjedését.

A metadonnal kapcsolatban meg kell jegyezni, hogy a civil életben, Európában egyre inkább csökken a fiatalok körében az intravénás droghasználat, és a szintetikus kábítószer (amfetamin, ecstasy) fogyasztása nő. Ezért a kábítószerügyi stratégiák a jövőben valószínűleg inkább a biztonságos szórakozóhelyek kialakítása felé fognak haladni, és a metadon kezelés támogatása egyre kevésbé lesz hangsúlyos. Ez egyelőre a börtönökre nem mondható jellemzőnek.

A letartóztatás alatti metadon kezelés céljai a következők:

- a heroin iránti kereslet csökkentése
- a fertőző betegségek terjedésének megelőzése
- a fogvatartottak és az egészségügyi szolgálat közti kapcsolat elősegítése
- a börtönbeli bűnözés csökkentése
- a droghasználó fogvatartottak fizikai és szociális állapotának stabilizálása, és a fogvatartottak motiválása további programokban való részvételre

Általánosságban elmondható, hogy csekély mértékű igény felmerülésekor a fogvatartottak külső kezelőhelyeken kell hozzáférniük a fenntartó terápiához. Várható, hogy a metadon felkerül a WHO életmentő gyógyszerek listájára, olyan gyógyszer lesz, mint az inzulin. A börtön előtt megkezdett kezelést mindenképpen folytatni kell, sőt nem lehet megállni vele a szabadulás után sem. Európa-szerte az elmúlt 20 év során a metadont mint szubsztitúciós kezelést széleskörűen alkalmazzák az opiát-függő személyeknél, és jelenleg is 300 000 személy részesül ilyen kezelésben Európában.

KITEKINTÉS

Bossong (1995 – idézi Stöver) szerint a börtönökben folytatott metadon kezelés hatékonyabb lehet, mint a civil életben. A fogvatartottak az intézetben belül könnyebben elérhetők, vizeletvizsgálatuk egyszerűen megszervezhető. Olyan személyek is részesülhetnek a börtönben metadon kezelésben, akinek a kinti életük során szociális és egyéb okokból erre nem volt/lenne esélyük.

A következő táblázat a Nyugat-Európa büntetés-végrehajtás rendszereiben elérhető metadon fenntartó kezelés jellemzőit foglalja össze a bevezetés évének feltüntetésével:

ország	év	jellemző sajátosságok
Anglia és Wales	1998	civil szervezetek közreműködésével
Ausztria	1991	szociális és pszichoterápiás támogatás a fogvatartás alatt
Belgium	1995	a fogvatartottak 1/3-a heroin-használó volt bekerülés előtt
Dánia	1986	nem szakítják meg a bekerülés előtt megkezdett kezelést
Finnország	1998	csak néhány fogvatartottnál alkalmaznak metadont, 170 fogvatartott buprenorfinat kap
Franciaország	1995	a kezelték 22%-a buprenorfinat kap, 13%-a metadont
Hollandia	?	16 helyen működik ambuláns addikciós terápia (IAV)
Írország	2000	HIV-pozitívak részére a kezelést külön felajánlják
Luxemburg	?	Elérhető a metadon kezelés a börtönökben
Németország	2000	Csak Berlin, Bréma, Alsó-Szászország és Észak-Rajna-Vesztfália tartományokban
Olaszország	1997	a fogvatartottak 4,3%-a részesül metadon kezelésben, ezt a szakemberek kevésnek tartják
Portugália	?	a metadon kezelésnél a külföldön való elhelyezés és az ambuláns kezelés az irányadó
Skócia	1999	részletesen kidolgozott kontroll
Spanyolország	1990	minden bv. intézetben van metadon kezelés, a kezelésben résztvevő fogvatartottak (27%) jelentős hányada vírushordozó

Görögországban és Svédországban nem érhető el a metadon kezelés a fogvatartottak számára, ellenben néhány kelet-európai országban (Cseh Köztársaság, Lengyelország, Szlovénia) már elérhető a metadon, így hazánkban is, ha a külföldön orvosos írja fel.

A kelet-európai helyzet elemzése

Kelet-Európában az utóbbi tíz évben jelentősen megváltoztak a kábítószer-fogyasztási szokások, az országok tranzitországokból célországokká váltak, illetve kriminológiai szempontból egyes országokban masszív kábítószer-kereskedő, szervezett bűnözői réteg alakult ki. A balkáni útvonal az egykori Jugoszláviából északabbra tolódott, és egy szakasza hazánkat is érinti. Kelet-Európában jelentősen nőtt a szintetikus drogok fogyasztása.

A kelet-európai országokban a börtönbeli kábítószer-probléma hivatalos jellegű felismerése csak az elmúlt öt-hat évre tehető. Régióinkban jelentős a kábítószer-bevételből eredő pénzmosás, a szervezett bűnözés, valamint a prekursor (kábítószer előállításához szükséges anyag) kereskedelem és előállítás. Az ezt megelőző években a hivatalos jelentések jellemzően tagadták a kábítószer jelenlétét a bv. intézetekben. Az elmúlt időszakban azonban a régió országaiiban átstrukturálódott a kábítószer fogyasztás, és ennek következtében az országokban felmerült a börtönbeli kábítószer-probléma kezelésének szükségessége. A következő összefoglalás a kábítószer-problémák rendszerét szemlélteti, amely részben hazánkra is jellemző.

Probléma: *Általános túltelítettség => új körletek (pl. prevenció részlegek) kialakításával csökken a börtönökben a mozgástér; a fogvatartottak többen tartózkodnak egy zárkában, ezért növekszik a fertőzések veszélye*

Megoldás: új börtönök építése nem feltétlenül jelent jó megoldást; a büntetés-végrehajtás költségvetése az államháztartástól függ, ezért a beruházások bizonytalanok

Probléma: *Nincs megfelelő információ a börtönbeli kábítószer használatról => a személyzet a zárkaajtók bezárása után nem képes kellő hatékonysággal kontrollálni a zárkán belüli életet; a fogvatartottak hajlamosak a kockázatkereső életvitelre; a fogvatartottak a jogi következmények miatt személyzet felé nem jelzik a kábítószer-fogyasztást; a jogi következmények miatt az egészségügyi szolgálat sem rendelkezik kellő információval*

Megoldás: nyitott körletek létesítése a belső biztonság csökkentésével, és a külső biztonság megerősítésével; független szervezetek célzott kutatásai; fogvatartottak felvilágosítása az orvosi titoktartásról; új biztonsági szemlélet kialakítása az ártalomcsökkentés érdekében

Probléma: *Motiváció hiánya => a fogvatartottak nem akarnak részt venni a prevenció programokban; a börtönbeli kábítószer használatot a fogvatartottak egymás körében is magánügynek tekintik, gondjaikat nem kívánják egymással megosztani; a fogvatartottak kevés információval rendelkeznek a kábítószer-használat kockázatairól; a fogvatartottak általános egészségügyi állapota is rosszabb, mint az átlagpopulációé, ellenben az ellátásuk az átlagpopulációhoz képest jobb, ennek következtében nem számolnak a fertőző betegségek kockázatával*

Megoldás: motivációs jellegű felvilágosító foglalkozások tartása; önismereti jellegű kezelést szolgáltatató civil szervezetek bevonása; a befogadási eljárás és a felkészítő részlegek munkájának hatékonyabbá tétele

Probléma: *Kevésbé hatékony együttműködés a civil szervezetekkel =>* szlovákiában nincs együttműködés a civil szervezetekkel, Magyarországon viszont a fogvatartottak túl sok program közül választhatnak, ami megterheli a személyi állományt; a személyzet úgy érzi, hogy a civil szervezet átveszi a számára meghatározott feladatokat

Megoldás: egyedileg kidolgozott együttműködési megállapodás a civil szervezetekkel; monitoring; a személyzet felvilágosítása

Probléma: *Nincs elérhető kutatás a témában =>* a tudományos kutatás módszertanának kidolgozása komoly feladat (Magyarországon nem régen zárult le az első ilyen kutatás.); az országos lefedettségű kutatás megterheli a személyi állományt; nincs anyagi fedezet

Megoldás: anyagi fedezet előteremtése hazai, vagy nemzetközi pályázat útján

Probléma: *Fertőző betegségek terjedésének veszélye =>* a személyzet a zárkaajtók bezárása után nem képes kellő hatékonysággal kontrollálni a zárkán belüli életet; a fogvatartottak hajlamosak a kockázatkereső életvitelre; a közös tü esetleges használatának esélye nagyobb a steril tü nagysága és csomagolása miatt, amelyeket szintén el kellene rejtenie a fogvatartottnak; ugyanilyen veszélyt jelent a tetoválás

Megoldás: hatékonyabb egészségügyi szolgálat; „Bleaching kit” (csak bakteriális fertőzések megelőzésre alkalmas); kooperatív kommunikáció a fogvatartottakkal

Probléma: *Kevés információ az ártalomcsökkentésről =>* a speciális körleteken (kábitószer-prevenációs részleg, drogmentes körlet stb.) elhelyezett fogvatartottak programjába a keresletcsökkentés került; a prevenációs foglalkozásokon nem esik szó az ártalomcsökkentésről; az ártalomcsökkentés megzavarja a bv. intézetekben eddig meghonosult kezelés, illetve biztonsági stratégia rendjét

Megoldás: nyitott körletek létesítése a belső biztonság csökkentésével, és a külső biztonság megerősítésével; független szervezetek célzott kutatásai; fogvatartottak felvilágosítása az orvosi titoktartásról; új biztonsági szemlélet kialakítása az ártalomcsökkentés érdekében; családok, hozzátartozók bevonása a csoportos felvilágosító programokba

Probléma: *Rés a rehabilitációs foglalkozások és reintegráció között =>* a bv. intézetek jelenleg is legerősebben érvényesülő funkciója az izoláció. Az ebből eredő diszfunkció társadalmi előítéleteket szül; nem megoldott a „housing” rendszer; a civil szervezetek csekély hányada foglalkozik a reintegrációval (munkahely, lakhatás megteremtése a szabadulás után); a fentiek miatt nő a visszaesés (rekriminalizáció és újbóli kábitószer-használat) esélye

Megoldás: fokozott pr-tevékenység; együttműködés a közigazgatás illetékes szerveivel; közösségi pályázati lehetőségek (EQUAL-hoz hasonló)

A fentebb olvasható „bleaching kit” kifejezés, illetve a mögötte húzódó módszer bővebb magyarázatra szorul.

A nyugat-európai gyakorlatnak megfelelően a „bleaching kit” (bleach = klór) csomag a következőket tartalmazza:

- betadine vagy ahhoz hasonló alapú fertőtlenítő szer (pl. szódium hipoklorit), amely az egészségre és a biztonságra nem veszélyes,
- steril fertőtlenítő kendők,
- óvszer,
- fogkefe és fogkrém,
- könnyen érthető egészségvédelmi felvilágosító szakanyagok.

A csomag kiosztására három módszer adódik:

1. Minden fogvatartott az alapellátásban a befogadás során kap egy ilyen csomagot.
2. Az intézetekben bizonyos helyeken, ahol a fogvatartottak rendszeresen mozognak, egy rendszeresített tároló helyről (automata, kosár) bármikor hozzájuthatnak a csomaghoz. Ez a megoldás kevésbé hatékony azért, mert a fogvatartottak tiltott cselekményeiket egymás elől is titkolják, és elkerülhetetlen, hogy ne lássák meg egymást.
3. A fogvatartott kérelem formájában fordulhat az intézethez, amennyiben ilyen felszerelésre lenne szüksége. Ez a megoldás azért nem lehet hatékony, mert a fogvatartottak inkább eltitkolják a tiltott tárgyak használatát, mivel azok tartása fegyelmi eljárást von maga után.

A „bleaching kit” csomagok osztása nem helyettesítheti a tücsere-programot, és megjegyzendő, hogy nem alkalmas sem a HIV, sem a HVC ellen. Kanadában a csomagok a fogvatartottak számára hozzáférhetőek, míg Európa számos börtönében is létezik ilyen szolgáltatás (pl. Franciaország, Ausztria, Dánia).

A kelet-európai börtönbeli kábítószer-problémát és az arra adott választ szlovák és szlovén példákon keresztül szemléltetjük.

Szlovákiában 9000 fogvatartott van, 18 bv. intézet, 4 kábítószermentes körlet (drug free unit). A trencséni intézményben (Központi Kórházban) 414 ágy van, amelyek közül 170 szolgál kábítószer detoxikációs és szociális kezelésre. Jelenleg 17-en részesülnek detoxikációs kezelésben, amely pusztán azt jelenti, hogy a kábítószer-függőség fizikai elvonási tüneteit kezelik, illetve – nyilatkozat aláírása után – a fogvatartottak (jelenleg 156-an önkéntes jelentkezés alapján) legfeljebb három hónapig terjedő ideig szociális jellegű kezelésben részesülnek a speciális körleten. A három hónap letelte után a kezelést kivételes esetben, külkórházi elhelyezés mellett lehet folytatni.

A szlovák büntetés-végrehajtás elsődleges célja – a magyarhoz hasonlóan – a kínálatsökkentés. Jelenleg 200 fogvatartott tölti szabadságvesztés büntetését kábítószerrel való visszaélés miatt. Ez 2,2%-ot jelent, ami arányában alacsonyabb a magyar 5%-os mutatóhoz képest. A szlovák büntetés-végrehajtás hivatalos álláspontja szerint a kábítószer használat nem jelent nagy gondot a bv. intézetek életében. Szlovákiában jelenleg 4 fő HIV fertőzött fogvatartott van, 20 TBC-s és 280 hepatitis fertőzött. Intravénás kábítószer-használatról nem készült felmérés.

A szlovén börtönökben intravénás kábítószer használat is előfordul. Ennek érdekében a szlovén büntetés-végrehajtás civil szervezeteket von be annak érdekében, hogy megelőzzék a közös túhasználat következtében előálló fertőzésveszélyt. A fogvatartottak motiváltak mutatkoztak a programokon való részvétellel. A foglalkozásokat a „Stigma” nevű civil szervezet végzi. A foglalkozások nem tartalmaznak tücsere programot, hanem az intravénás droghasználat

esetén a metadon, illetve Subutex kezelést ajánlják fel. A személyzet részéről kevés információval rendelkezik a civil szervezet, amely elsődleges feladatának a jogi és egészségügyi felvilágosítást tartja.

Szlovéniában 15 kisebb bv. intézet működik, összesen kb. 1000 fogvatartottal, minden intézetben hozzáférhető a metadon kezelés. A metadont a fogvatartottak, a visszaélés veszélye miatt, folyékony halmazállapotban kapják meg.

A fejezet zárásaként meg kell jegyezni, hogy a börtönépesség összetétele szoros kapcsolatban áll a társadalomban bekövetkező demográfiai és szociológiai változásokkal. Például a roma kisebbség jelenleg a magyar börtönökben felülreprezentált, de az egyre inkább érvényesülő társadalmi esélyegyenlőségi programoknak köszönhetően feltételezhető, hogy az intézeteinkben valamivel csekélyebb arányban lesznek romák a közeljövőben, ugyanakkor a helyükre külföldi állampolgárok és kábítószer-problémával szembesülő személyek fognak kerülni.

A társadalomban tudatosodnia kell annak a ténynek, hogy a börtönben lévő személyekért a bv. szervezeten kívül számos más állami és társadalmi szervezet felelős. Figyelembe kell venni azt a körülményt, hogy a börtönlakók az átlagnépességhez képest szociológiai értelemben depriváltak, azaz szegényebbek, iskolai végzettségük alacsonyabb, többségük csonka családban nevelkedett, illetve a társadalomhoz képest a fogvatartottak nagyobb arányban élnek tiltott szerekekkel. A társadalom ugyanakkor hajlamos ezekért a gondokért egyedül a büntetés-végrehajtást okolni.

Összefoglalás helyett*

Stöver szerint a börtönbeli illegális szerhasználat problémaköre a hetvenes évek második felére nyúlik vissza. Napjainkban az európai fogvatartottak mintegy kétharmada a börtönbe kerülés előtt alkohol és drogproblémával küzdött. A kínálat redukált volta miatt a börtönben elérhető kábítószeres tisztasága és összetétele rosszabb, mint a külvilágban. Sok esetben a kábítószer-problémával szembesülő fogvatartottak a kockázattűrő magatartás diszfunkcióként való megjelenése miatt politoxikomán [többfajta kábító- és izgatószerrel élő] fogyasztói magatartást mutatnak a börtönökben. Magyarországon például jelenleg a korábbi „dobi”-használatot felváltotta a különböző tablettákkal (pl. Rivotril) való visszaélés, és az e melletti kannabisz fogyasztás már politoxikomániának minősíthető.

A börtönbeli kábítószer-fogyasztás függ az intézet jellegétől. A nagyobb börtönökben az ellenőrzés nehezebb, mint a kisebb intézetekben, és feltehetően a piac is nagyobb. Gyakran szoktuk a mobiltelefonok előtálalási arányát összehasonlítani a kábítószer előtálalásokkal. Azt állapíthatjuk meg, hogy az intézeteinkben nagyságrendekkel több telefonra bukkanunk, mint drogra. (A telefon nagyobb méretű, mint a kábítószer-csomag, viszont a kábítószeresek közül a kannabisz drogkereső kutyákkal hatékonyabban deríthető fel.) Meg kell azonban jegyezni, hogy ezek az adatok nem egyeznek a nem régen lezárult reprezentatív kutatással (Elekes – Paksi, 2004), mely szerint a fogvatartottjaink jelenleg is 7,9%-os arányban fogyasztanak kábítószerrel az intézeteinkben.

Stöver kiemeli, hogy a kábítószer-probléma szempontjából kifejezetten hátrányos helyzetűek a határok mentén található, előzetesen letartóztatottak elhelyezésre szolgáló bv. intézetek,

* A cím arra kíván utalni, hogy a befejező rész nem elsősorban az eddigiek lezárása, hanem inkább továbbgondolása szándékozik lenni – különös tekintettel a magyar börtönök kábítószerügyi helyzetére.

mert a helyi kábítószerpiac ezen intézetek közvetlen környezetében intenzívebb, továbbá az előzetesen fogvatartott személyek körében a letartóztatási sokk miatt a kábítószerekre nagyobb a kereslet. Magyarországon a letöltő házak többsége a Duna vonalán és az ország közepén helyezkedik el, azonban sok előzetes ház van a határok mentén. Ennek orvoslására talán a kábítószer-prevenációs részlegek megyei házakba történő kiterjesztése lehet a válasz (jelenleg a Komárom-Esztergom Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetben, és a Heves Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetben működnek prevenációs részlegek).

A magyar helyzet további specialitása, hogy a fogvatartottak többsége a keleti országrészből származik, sőt ezek között is túlsúlyban van a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei és a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei származású fogvatartottak száma. Ez a jelenség két szempontból is fokozott figyelmet érdemel, először is a fogvatartottak egy jelentős része feltehetőleg legalább az „ismerőség” szintjén kapcsolatban állhat egymással, másodsor pedig, a keleti országrész szociális elmaradottságát érzékelhetjük. Mindkét tény a kábítószer-fogyasztás növekedésének kockázatát jelenheti.

A kábítószerhasználat a kábítószerek élettani és pszichés hatásaiból eredően valószínűleg gyakoribb közvetlen a befogadás után, és az ítélet letöltése közben csökken, ugyanakkor a börtön a kábítószer-fogyasztástól való elállás fontos motíváló tényezője lehet, tehát a börtönbeli kábítószerügyi stratégia és gyakorlat (policy) összetársadalmi jelentőségű. A fogyasztás ugyanakkor a pusztán a kínálatcsökkentés által feltételezhetően nem fog csökkenni. Az intézetek önállóan nem képesek a kereslet- és ártalomcsökkentő programok hatékony végrehajtására, mert ezek mellett számos olyan szakfeladatuk van, amely a személyzetet leterheli, ezért kiemelkedő jelentőségű az egyéb állami és civil szervezetekkel való kapcsolattartás. Fontos lenne továbbá, hogy a társadalom megfelelő információkkal rendelkezzen a börtönbeli kábítószer-probléma természetéről, ezért elkerülhetetlen a különböző jogvédő szervezetekkel (pl. TASZ) való intenzív együttműködés, a hatékony PR és sajtókapcsolat, és – csak említés szintjén – a felsőoktatási intézményekben tanuló fiatalok kutatási tevékenysége.

A börtönkörnyezet (unalom, krízis, informális börtöntársadalom) ugyanakkor motiválhatja a fogvatartottakat, hogy kábítószert fogyasszanak. Fel kell hívnom a figyelmet a körletfelügyelők és a munkáltató felügyelők munkájára. Ők azok a személyek, akik a fogvatartottakkal napi jellegű kapcsolatban állnak, és legtöbb információval rendelkeznek a körleteken és a zárkákön zajló életéről. A közeljövőben ezen személyek munkája át fog alakulni, ezért tudatosítani kell bennük feladatuk szociális jellegét. Kiemelt fontosságú a nevelők az adminisztráción túlmutató tanácsadási tevékenysége, továbbá a pszichológusok személyiség- és problémaorientált foglalkozása a fogvatartottakkal. Nem csak Magyarországon észlelhető jelenség, hogy a börtönökben az adatkezelési sajátosságok miatt sem végezhető terápia jellegű pszichológiai munka, a frontvonalon dolgozó börtönpszichológus munkája sok esetben krízisintervenció jellegű, de mindenképpen az aktuális életeseményre (pl. kábítószer-probléma) kell koncentrálnia.

A kábítószerrel kapcsolatban ügyelni kell a fogvatartott szabadulásának megfelelő előkészítésre, továbbá a problémát illetően kiemelten fontos az is, hogy a börtönben megkezdett kezelést a fogvatartott a szabadulása után is folytatni tudja.

Felhasznált irodalom

Bossong, H.: Methadon-Substitutionsbehandlung. In: Das Grüne Gehirn – Der Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen. 36. Erg. Starnberg 1995

CIA – The World Factbook.
[www.cia.gov/cia/publications/factbook/Correctional Service, Canada – AIDS Knowledge Among Prisoners. www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e05/e051m_e.shtml](http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/Correctional_Service,_Canada_-_AIDS_Knowledge_Among_Prisoners.www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e05/e051m_e.shtml)

Elekes Zs., Paksi B.: A jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszer használata. Kutatási beszámoló. BVOP. 2004. Kézirat.

EMCDDA Éves jelentés, 2004:
 A kábítószer-probléma az Európai Unióban és Norvégiában.
annualreport.emcdda.eu.int/hu/home-hu.html

GYISM – Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről – 2003.
www.gyism.hu/fileadmin/download/khat/040129_jelentes2004.pdf

Hiller, M. L., Knight, K., Dwayne Simpson, D.: Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. Addiction, 1999; 94(6), 833-842. p.

HM Prison Service honlapja.
<http://www.hmprisonservice.gov.uk>

Stöver, H.: Study On Assistance To Drug Users in Prisons (EMCDDA/2001)
www.archido.de/eldok/docs_en/stoever_habil_2000.htm

TASZ – Drogpolitikai Füzetek 6 (2004)

Trabut, Ch. : French Report. In: Muscat, R. 2000; 33-42. p.