

Juhász Zsuzsanna

A börtönegészségügy neuralgikus pontjai

Európa legtöbb országa a börtönegészségügy területén két alapvető problémával kell, hogy szembesüljön. Egyrésztől mind nagyobb méreteket ölt a *problematicus kábítószer-fogyasztók* létszáma a büntetés-végrehajtási intézetekben. A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának¹ 2005. évi jelentése problematikus kábítószer-használat alatt az injekcióval történő kábítószer-használatot, valamint opiátok, kokain és/vagy amfetaminok hosszú távú, illetőleg rendszeres használatát érti, ami leginkább heroin és különféle serkentőszerek használatában nyilvánul meg.² Másodsorban a problematikus kábítószer-fogyasztáshoz szorosan kapcsolódva igen magas a fertőző betegségek, így különösen a *hepatitis*, illetve egyes országokban a *HIV/AIDS* és a *tuberkulózis (tbc)* elterjedése a fogvatartottak körében. Ezek a problémák kombinálódnak a végrehajtási intézetek túlszűfoltóságával, valamint a legtöbb esetben az épületek felújításának szükségességével.

Kábítószer-használat a végrehajtási intézetekben

Ami a kábítószer-fogyasztás kérdését illeti, a társadalomban és a börtönnépesség körében egyaránt a droghasználat terjedése követhető nyomon, és megfigyelhető, hogy az elítélti populációban a kábítószeret használók túlreprezentáltak. A már hivatkozott 2005. évi jelentés becslése szerint az EU-ban a *problematicus drogfogyasztók* létszáma 1,2 és 2,1 millió közé tehető³, míg az elítélti populáción belül a kábítószer-élvezők 22-86%-ot képviselnek. A jelentéshez felhasznált tanulmányokból az derült ki, hogy az elítéltek 8-60%-a fogyasztott kábítószeret a szabadságvesztés büntetés tartama alatt, illetőleg 10-42%-uk rendszeres fogyasztásról számolt be, az injekciós használat pedig átlagosan 15% és 50% között mozgott.⁴ Ez utóbbi esetén az intravénás használat során fennáll annak a veszélye, hogy az esetleges szennyezőanyagok közvetlenül a vérkeringésbe kerülnek, illetőleg mivel a drog nyomban a véráramba és másodpercek alatt az agyba jut, fokozottan számolni kell a túladagolással is. Az injekciózás esetén emellett az eszközök (fecskendő, kanál, szűrő stb.) megosztott használata kedvez a különféle fertőző betegségek, elsősorban a HIV kialakulásának. A HIV transzmissziójának fő kockázati forrását pedig éppen az injekciós droghasználat jelenti.⁵ Az újonnan

- 1 Az EU Kábítószerügyi Központjának angol elnevezése: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
- 2 A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxembourg, 2005. 63. p.
- 3 A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Kommentár 2. p.
- 4 A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxembourg, 2005. 85-86. p.
- 5 E témáról bővebben: Csernus Eszter – Sárosi Péter: A HIV és a hepatitis járvány megfékezése az injekciós droghasználók körében. *Addiktológia* 2005/4. 338-369. p.

diagnosztizált HIV fertőzötteken belül Litvániában például 77,3%, Lettorszáiban 54,6%, Lengyelországban 34,8% volt a fecskendőt használók aránya 2003-ban.⁶ Indokolt és fontos ezért a kábítószer-injektálást a problematikus kábítószer-használat alapkategóriájaként kezelni.⁷ Itt jegyezném meg, hogy a problematikus kábítószer-fogyasztók az esetek nagy részében mentális rendellenességben is szenvednek, azaz társuló betegségekről, a személyiségzavar és a droghasználat együttes előfordulásáról van szó. A kábítószer-fogyasztók kezelésekor ezért a komorbiditás [szorongásos zavarok] lehetőségét, és azt is figyelembe kell venni, hogy a mentális problémákat a szabadságelvonás tovább súlyosbíthatja.⁸

A problematikus kábítószer-használók számának további növekedése valószínűsíthető a Közép- és Kelet-Európai régióban: Észtországban, Romániában, Szlovákiában.⁹ Észtország esetén például az Igazságügyi Minisztérium 2003-ra vonatkozó adatai a kábítószerrel használó fogvatartottak 73%-ánál jeleztek heroin injektálást és 10%-nál amfetamin használatot.¹⁰ Az EU lisszaboni Kábítószerügyi Központjából származó adatok emellett emelkedő tendenciát mutatnak Dánia, Ausztria, Finnország, Svédország, Norvégia és az Egyesült Királyság esetében.¹¹ Utóbbinál a 2003-as adatok a problematikus kábítószer-használók arányát 55%-ra becsülték.¹²

Hepatitis C és B

A *hepatitist*, azaz a májgyulladást általában vírusfertőzés (A, B, C, D vagy E) okozza.¹³ Közülük a legveszélyesebb a hepatitis C, ami körülbelül 10-szer fertőzőbb, mint a HIV. Itt említhető meg, hogy az újabb szakirodalom már a HIV és a hepatitis C fertőzések együttes előfordulásáról tesz említést.¹⁴

Egy igen gyakori, potenciálisan halálos betegségről van szó, amely ellen jelenleg még nincs védőoltás. Nagy hangsúlyt kell ezért helyezni a megelőzésre, amelyen belül igen fontos az alkoholfogyasztás korlátozása annak érdekében, hogy ne gyorsítsák fel a

-
- 6 Weilandt, C. – Eckert, J. – Huismann, A. : Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU. Bonn, 2005. 12. p.
 - 7 A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxembourg, 2005. 64-65. p.
 - 8 Célpontban a kábítószer. A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának tájékoztató kiadványa. 2004/14., <https://www.emcdda.eu.int>
 - 9 Macdonald, M.: A study of the health care provision, existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. HEUNI Paper No. 23. Helsinki, 2005. 9. p.
 - 10 2004 National Report to the EMCDDA: Estonia. New developments, trends and in-depth information on selected issues 84-85. p.
 - 11 A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxembourg, 2005. 64. p. (Itt jegyzem meg, hogy az összehasonlító elemzés 16 ország esetében vizsgálta a problematikus kábítószer-használat előfordulását a 15-64 éves populációban az 1999-től 2003-ig terjedő időszakot illetően.)
 - 12 2004 National Report to the EMCDDA: United Kingdom. New developments, trends and in-depth information on selected issues. 58. p.
 - 13 A témáról bővebben: Schuller János: A fertőző májgyulladás. Börtönügyi Szemle 2002/4. 111-118. p.
 - 14 Az USA-ban e jelenség a fecskendőt használó drogosok körében 85-90%-ra tehető. Lásd: Colton, C. E.: Hepatitis C virus (HCV) and HIV co-infection in corrections: Where do we stand? Infectious diseases in corrections report. 2005/8. 1-10. p.

betegség kialakulását.¹⁵ Az EU Kábítószer és Kábítószer-függőség Megfigyelőközpontja a hepatitis C vírust időzített bombának tekinti, és titkolt járványként emlegeti. Napjainkban a fertőzésveszélynek leginkább az intravénás kábítószer-élvezők vannak kitéve, akik a tűt vagy egyéb injektáló eszközt közösen használják.¹⁶ Az Európai Unió valamennyi országában magas fertőzési arány (30%-90%) figyelhető meg az említett személyi kör tekintetében. Tekintettel arra, hogy a fertőzés akár 20 évig, sőt akár hosszabb ideig is képes tünetmentes maradni, nehézséget jelent a járvány méreteinek pontosan meghatározása. Egyes becslések szerint az EU-ban 2003-ban a vírussal fertőzött kábítószerrel injektálók száma mintegy 500 000 volt.¹⁷ A HIV fertőzéshez hasonlóan a hepatitis C-re is igaz, hogy a vírus előfordulása a fogvatartotti népesség körében jóval magasabb, mint a lakosság esetén (2002-ben Oroszországban például 100000 fogvatartottra számítva 26,5 volt a hepatitis C, ami majdnem 4-szer magasabb arányt jelentett, mint a népesség körében).¹⁸ A személyi szabadságuktól megfosztott fogvatartottakon belül ugyanis jelentős, illetve a népességhez viszonyítva jelentősebb arányban vannak jelen a kábítószerrel injektálók, akik a végrehajtás során, annak tényéből fakadóan, gyakorta kénytelenek megosztva használni a fecskendőket és az injektáló berendezéseket. A WHO által 2001-ben készített tanulmány például arról tesz említést, hogy gyakori egyazon berendezés 15-20 fogvatartott általi közös használata, a saját kezűleg otthon gyártott eszközök pedig gyakran okoznak kárt a vénákban, tovább fokozva a fertőzések veszélyét.¹⁹

A hepatitis B vírus ugyancsak növekvő arányban van jelen a büntetés-végrehajtási intézetekben. Oroszországra vonatkozó 2002-es adatok szerint a lakossághoz képest az e vírussal fertőzöttek rátája a börtönökben például 3-szor nagyobb volt, és bár a 100 000 fogvatartottra vetített mutató az adott évre 96,9-re esett vissza, egyes régiókban azonban még továbbra is több mint 300 maradt.²⁰

A hepatitis B vírussal történő fertőződés kockázata ennél a típusnál is az intravénás kábítószer-élvezők körében a legnagyobb, akiknek kb. 50-80%-a az injektálás megkezdését követő 5 éven belül megfertőződik. Emellett átadható a fertőzés szexuális úton vagy bármilyen olyan szituációban, ahol a vér vagy a testnedvek egy fertőzött személytől bejutnak egy immunitással nem rendelkező személy testébe. Annak ellenére, hogy több mint két évtizede létezik hatásos és biztonságos oltóanyag, pl. az USA-ban évente hozzávetőleg 8000 ember fertőződik meg a vírussal. Ennek okai részint anyagi természetűek, másrészt sok esetben a fogvatartás időtartama rövid a három dózisú oltás-

15 Bővebben: (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison) „Unlocking potential: making prisons safe for everyone” Report of the 8th European Conference of drug and HIV/AIDS services in prison. Budapest, 2005. 106. p.

16 Bővebben: EMCDDA: Hepatitis C: A hidden epidemic. Drugs in focus. 2003/11. és Jager, J. et al. (eds.): Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. Luxembourg, 2004. 21-23. p.

17 EMCDDA: Hepatitis C: A hidden epidemic. Drugs in focus. 2003/11., <http://www.emcdda.eu.int>

18 Bobrik, A. et al: Prison health in Russia: The larger picture. Journal of Public Health Policy 2005/26. 46. p.

19 (WHO) Bollini, P. (editor): HIV in prisons. A reader with particular relevance to the newly independent states, 2001. 22-23. p.

20 Bobrik, A. et al: i.m. 46. p.

hoz, melyből az első dózissal 55%-os, míg a második után 85%-os védettség feltételezhető.²¹

HIV/AIDS a börtönökben

A HIV/AIDS előfordulása a fogvatartotti populáción belül ugyancsak magasabb, mint a szabad társadalomban. Emellett a HIV fertőzési rátája a börtönökben azon területeken a legnagyobb, ahol a társadalomban is jelentős számban található intravénás droghasználók.²² A rendelkezésre álló adatok alapján Lengyelország, a Cseh Köztársaság, Szlovákia, Magyarország és Bulgária esetén a HIV fertőzés alacsony előfordulásáról beszélhetünk, míg az egykori Szovjetuniótól függetlenné váló államok, így különösen Oroszország, Ukrajna, Litvánia, Lettország és Észtország tekintetében igen magas a fertőzöttek aránya a fogvatartottak körében. Így például 2001-ben a Cseh Köztársaságra vonatkozó adatok 7 ismert HIV esetről, míg Bulgáriában 2003-ban 0 előfordulásról tesznek említést. Szlovákiában 1998 óta 20.000 fogvatartott esetében végezték el a HIV szűrést, melyből 3 fogvatartott tesztje lett pozitív.²³ Ezzel szemben 2002-ben Litvániában a fogvatartotti állomány között a fertőzés előfordulása 15%-os, Oroszországban²⁴ 24%-os, 2001-ben Ukrajnában pedig 26%-os volt.²⁵ A legfrissebb adatok szerint 2005 januárjában Ukrajnában a HIV pozitív fogvatartottak aránya 15-30% között mozgott.²⁶ Ugyancsak magas rátákat jelentettek Nyugat-Európában Portugáliából (20%) és Spanyolországból (16,6%).²⁷ Leszögezhető ugyanakkor, hogy a HIV/AIDS fertőzés Kelet-Európában terjed a leggyorsabban a világon.²⁸

A fertőzés terjedésénél kockázati tényezőként említhetjük többek között a fogvatartottak közötti erőszakot, amely ha nyitott sebet és vérzést eredményez, könnyen a fertőzés átadásához vezethet. A védekezés nélküli szexuális érintkezések ugyancsak a HIV fertőzés veszélyforrásai.²⁹ A tetoválás, illetve más olyan rituális gyakorlat, amely a börtönökben

21 Lásd részletesebben: Schwartzapfel, B. – Rich, D. J.: Hepatitis B in corrections. Infectious diseases in corrections report. 2004/7. 1-9. p.

22 (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: the facts. 2006. Letölthető: <http://www.aidslaw.ca>

23 Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. 2004. 52. p.

24 (Human Rights Watch) Lessons not learned: human rights abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation. 2004/16. 9-15. p. és Roshchupkin, G.: HIV/AIDS prevention in prisons in Russia. In: (Lokshina T. ed.) Situation of prisoners in contemporary Russia. Moscow, Moscow Helsinki Group, 2003., letölthető: <http://www.mhg.ru/english/1F4F76C>

25 Dolan, K. et al: Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries. London, 2004. 19-22. p.

26 (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: the facts. 2006., letölthető: <http://www.aidslaw.ca>

27 (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: The facts. In: HIV/AIDS in prisons 2004/2005., letölthető: <http://www.aidslaw.ca>

28 Veen, J.: Tuberculosis, HIV and harm reduction in prisons in countries of the Former Soviet Union. Connections. The newsletter of the european network on drugs and infections prevention in prison 2005/5. 7-8. p.

29 Bővebben: Jürgens, R.: Is the world finally waking up to HIV/AIDS in prisons? A report from the XV. International AIDS Conference. Infectious diseases in corrections report. 2004/7. 1-9. p.

nek túvel vagy más éles eszközzel való megsértésével jár, része a börtönkultúrának, a nem steril eszközök használata pedig potenciális veszélyt jelent a fogvatartottak számára. A leginkább veszélyeztetettek ugyanakkor az intravénás kábítószer-élvezők, akik az esetek nagy százalékában megosztva használják az injekciós berendezéseket.³⁰ A rendelkezésre álló adatok alapján 2002-ben Lettorszában a fertőzés előfordulása a kábítószerrel injektálók között 87%-os, Oroszországban 95%-os, Ukrajnában pedig 83%-os volt.³¹ A járvány drámai gyorsasággal terjedt el Litvániában, melynek HIV-rátája Európában korábban a legalacsonyabb (0,01%) volt. 2002. május 17. és június 20. között például a litván Alytusi börtönben 207 fogvatartott szűrése lett pozitív. A vizsgálatokat 2002 júliusában megismételték, ekkor további 77 esetet regisztráltak. A 77 személyből 44-nél a májusi vizsgálat még negatív eredménnyel zárult. Összességében a májustól augusztusig terjedő időszakban 299 új HIV fertőzéses esetet találtak. Ennek okaként ugyancsak az injektáló eszközök megosztott használata jelölhető meg.³²

Tuberkulózis, avagy tüdőbaj

A HIV fertőzöttek számára a legnagyobb „halálhozó” a tuberkulózis. Amíg ugyanis az egészséges szervezetek többségénél az immunrendszer kontrollálja az elsődleges fertőzést és aktív tbc nem fejlődik ki (látens tbc), addig a HIV pozitívak jóval könnyebben kapják meg az aktív változatot, azaz a tbc és a HIV együtt halálos kombinációt alkot. Éppen ezért azon betegeknél, akiknél diagnosztizáltak a tbc-t, javasolni kell a HIV–teszt elvégzését és tanácsadást, akiknél pedig a HIV vírust mutatták ki, el kell végezni a tbc-szűrést. Annak az esélye ugyanis, hogy aktív tbc fejlődik ki olyan személyek között, akik mindkét vírussal fertőzöttek 10-szer nagyobb, mint azoknál, akik csak a tbc-vel fertőzöttek. A korai felismerés és kezelés a tbc-fertőzés visszaszorításának legjobb módja.³³ Amennyiben a kezelés elmarad, akkor minden tbc-s további 10-15 embert fertőzhet meg egy év alatt. A legnagyobb gondot az okozza, ha a tbc kórokozója ellenáll az antituberkulumnak, azaz nem reagál a két legfontosabb és leggyakrabban használt gyógyszerre. Az ilyen szinte gyógyíthatatlan multirezisztens esetek gyakorta akkor jelentkeznek, ha a beteg megszakította a kezelését, vagy nem pontosan szedte be a gyógyszereket. Ezért lehet nagy jelentősége egyes szakemberek szerint az ellenőrzött kezelésnek (DOTS-módszer), amikor a beteg az antibiotikumot az egészségügyi dolgozó jelenlétében és ellenőrzése mellett veszi be. E módszer azonban nem alkalmazható, ha a tbc több gyógyszernek ellenálló változata már elterjedt. Ilyen esetekben az ún.

30 Prisoners' health & human rights in the HIV/AIDS epidemic. DRAFT background paper for human rights at the margins: HIV/AIDS, prisoners, drug users and the law. A satellite of the XV. International AIDS Conference, 2004. 6-8. p.

31 Dolan, K. et al: Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries. London, 2004. 20-21. p.

32 Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe, 2004. 51. p. és (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV transmission in prison. In: HIV/AIDS in prisons 2004/2005.

33 Bone, A.: Tuberculosis and HIV/AIDS. HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states. Geneva, WHO, 2001. 153-170. p.

DOTS-PLUS támogatott, amelynél háromszor-négyszer hosszabb a kezelés tartama. A multirezisztens esetek kezelése nemcsak hogy jóval több időt igényel, de gyakran társul mellékhatásokkal és igen költséges is. Amíg a DOTS-módszer alkalmazása 10-20 US dollárt jelent, addig a tbc multirezisztens változatánál betegenként 2000-3000 dollárral kell számolni.³⁴ Oroszországban a DOTS-módszer alkalmazásával a szükséges gyógyszerek megvásárlása valamennyi fertőzött orosz fogvatartott kezelésére több mint 2 millió dolláros költséget jelent, e nélkül azonban betegek ezrei fertőződnek meg a több gyógyszernek ellenálló tbc-vel, ami pedig még többre kerülne.³⁵

A nem megfelelő kezelés, illetve annak hiánya tehát nemcsak, hogy a betegség kialakulását eredményezheti, hanem halálhoz és a fertőzés további terjedéséhez vezethet. Egyes becslések szerint 2020-ra közel 1 billió ember fog megfertőződni, 200 millió lesz tbc-beteg és 70 millió halálessel lehet számolni. Jelenleg a világ népességének egyharmada fertőződött meg a vírussal. (A fertőzött személyek immunrendszere általában megsemmisíti a baktériumot, így a fertőzések 90-95%-a észrevétlenül gyógyul.) A betegségről tudni kell még, hogy levegő útján terjed, a fertőzést okozó baktérium bármely szervet megtámadhat, de legjellemzőbb, hogy a tüdő ellen irányul. Az azonnali izolálás ugyanakkor megakadályozhatja a fertőzés átadását. Ez utóbbi a túlszűfolt végrehajtási intézetekben gyakorta kivitelezhetetlen, így a börtönökben 100-szor gyakoribb a tbc előfordulása, mint a civil társadalomban. A fogvatartottak nagyon gyakran már eleve olyan társadalmi közegekből (alkohol- vagy drogfüggők, hajléktalanok, mentálisan betegek) kerülnek ki, amely a fertőzés kialakulásának kockázatát jelenti. A végrehajtási intézmények pedig tovább fokozzák a fertőzés átadásának veszélyét. A kései diagnózis, a betegség megfelelő kezelésének elmaradása és a sok esetben szegényes végrehajtási feltételek (túlszűfolt, rossz szellőzési lehetőségek, nem kielégítő táplálkozási körülmények) így együttesen a fertőzés terjedését elősegítő tényezőként szerepelnek. Mindemellett a tbc kezelése egyrésztől folyamatosságot követel meg, másrészt pedig feltételezi a börtönben folyó egészségügyi ellátás és a civil egészségügyi szolgálat közötti együttműködést. A valóságban a szabadulás után szignifikánsan csökken a kezeléseik száma, mert gyakorta a szabad társadalomban az ellátás már nem ingyenes, és nincs is pontos tudomásuk az érintetteknek arról, hogy hol vehetnék azt igénybe. 2001 márciusában például megközelítőleg 350 000 fogvatartott kapott amnesztiát az orosz börtönökben, és hozzávetőleg ennyi embernek lett volna szüksége megfelelő tbc kezelésre, ami azonban a leírtak okán nem realizálódott.³⁶

A kezelés megszakítása a multirezisztens esetek számának növekedését, illetőleg a fertőzés terjedését idézheti elő. A fogvatartottak szabadulása pedig nem az egyetlen út-

34 Auer, C. – Kessler, C. – Bodiang, C. K.: Sentenced to die? Tuberculosis control in prisons with a focus on the Republics of the former Soviet Union. 2002. 17-18. p.

35 (Medecins Sans Frontieres) Tuberculosis in russian prisons: Dying for reform. In: (Lokshina, T. ed.) Situation of prisoners in contemporary Russia. Moscow, Moscow Helsinki Group, 2003., letölthető: <http://www.mrg.ru/english/1F11E20>

36 Auer, C. – Kessler, C. – Bodiang, C. K.: Sentenced to die? Tuberculosis control in prisons with a focus on the Republics of the former Soviet Union. 2002. 7. p.

ja a fertőzés kijuttatásának, hiszen a végrehajtási személyzet és a látogatók ugyancsak veszélyeztetettek és a fertőzés terjesztői lehetnek.³⁷

2001-ben a WHO becslései szerint kb. 484000 új tbc-s volt Európában, ami a teljes tuberkulózis esetek 6%-át tette ki. Ekkor az Orosz Föderációnak volt a 9. legnagyobb tbc-állománya a világon.³⁸ Minden új fertőzött 1%-át HIV pozitívnak becsülték, és az AIDS-es felnőtt lakosság 35%-a halt meg tüdőbajban. Emellett az egykori Szovjetunió börtöneiben a tbc 100000 fogvatartottra jutó előfordulása 5000-7000 között mozgott.³⁹ A 2002-es évre vonatkozó adatok szerint Oroszországban a teljes börtönépesség több mint 40%-a szenvedett a betegség valamelyik formájában, és több mint 10%-nál már az aktív tbc jelentkezett. Amíg a halálozási ráta 2001-ben a civil társadalomban 100000 lakosra vetítve 19,9 volt, addig ez a mutató a börtönépesség esetén 40-szer magasabb értéket jelentett.⁴⁰ Itt említeném meg, hogy amíg az orosz börtönökben a végrehajtási feltételek javulásának hatására a halálozási ráták csökkenéséről lehet beszélni, ez az állítás nem állja meg a helyét a mentális és a fertőző betegségek tekintetében. Ez utóbbiak halálozási rátája ugyanis továbbra is igen magas maradt. 2002-ben például a három vezető halálozási ok közül a végrehajtási intézetekben az első helyen a szív-és érrendszeri megbetegedések álltak (32%) és a második helyet foglalták el a fertőző betegségek (27%).⁴¹

A járvány terjedése szempontjából két további nehézséggel kell, hogy a térség szembenézzon. Egyrészt a leghatásosabb gyógyszerekkel szemben ellenálló multirezisztens esetek számának növekedése a betegséget szinte teljesen kezelhetetlenné teszi. Minden negyedik új betegből egy már multirezisztens tbc-s, míg azok közül, akik a betegséget korábban kapták meg (a betegek többsége a börtönben) két betegből egy drogfüggő. Másrészt a HIV túlsúlyban van a kábítószer-fogyasztók között, akik pedig gyakorta fogvatartottak. Számukra tehát a két fertőzés együttes jelentkezése szinte elkerülhetetlen, hiszen a tbc kialakulása szempontjából az egyik legfontosabb veszélyfaktor a HIV.⁴²

A megelőzés lehetséges módszerei a HIV/AIDS fertőzéssel szemben

Európában a börtönrendszereknek a HIV/AIDS járvány különböző fázisaiban más-más problémákkal kellett szembenéznüik. Elsőként gondot jelentett a végrehajtási személyzet és a fogvatartottak részéről egyaránt általánosan tapasztalható reakció, a fertőzéssel szembeni félelem. Ennek orvoslására az érintettek oktatásának, tájékoztatásának

37 Fighting tuberculosis in prison conditions. Guidance document 1. Improving prison healthcare in Eastern Europe and Central Asia. 2004. 1-5. p.

38 Megjegyzés: Oroszországban a fertőzés, illetőleg a betegség nem csak a börtöntársadalomra korlátozódik, hanem az egész országot érintő problémaként jelentkezik.

39 Veen, J.: i. m. 7. p.

40 Fighting tuberculosis in prison conditions. Guidance document 1. Improving prison healthcare in Eastern Europe and Central Asia. 2004. 2-3. p.

41 Bobrik, A. et al: i. m. 37-41. p.

42 Veen, J.: i. m. 7-8. p.

szükségessége merült fel. Amikor pedig a fertőzés kiteljesedett, a kezelési és igazgatási problémák váltak elsődlegessé. Így például Ukrajnában a börtön-egészségügyi rendszer számára komoly próbatételt jelentett a növekvő számú fertőzött számára kórházi ágyak biztosítása.

Az oktatás

Miként arra a HIV/AIDS fertőzéssel foglalkozó részben már utalás történt, a megelőzés kulcsa a végrehajtási intézetekben is az oktatás. Ezt fogalmazta meg többek között a WHO 1993-as Irányelve a HIV fertőzésről és az AIDS-ről a börtönökben.⁴³ Ez a dokumentum mind a fogvatartottak, mind a végrehajtási személyzet számára egyaránt ajánlja a HIV/AIDS-szel összefüggő, széleskörű tanácsadást. Szükségessé tartja, hogy a betegséggel kapcsolatos írásos anyagok olyan formában és nyelven álljanak rendelkezésre, melyet a fogvatartottak megértenek. Szorgalmazza továbbá a végrehajtási állomány és a fogvatartottak együttes részvételét az oktatási anyagok megalkotásában, fejlesztésében.

Számos ország tapasztalatai azt mutatják, hogy az oktatás akkor lehet hatékony, ha nem pusztán passzív, hanem az aktív és tevékeny részvételi formákat is tartalmazza. A fertőzéssel, illetve a betegséggel összefüggő írásos tájékoztató anyagok szükségességéhez nem férhet kétség, mégis, mivel azokat a fogvatartottak sok esetben nem olvassák, önmagukban nem elégségesek. A szükséges információk átadásában éppen ezért az élő oktatás gyakran hatásosabb lehet. Ugyancsak meghatározó szerep tulajdonítható az egyes fogvatartottak általi tájékoztatásnak, oktatásnak. Ennek hátterében többek között az áll, hogy a HIV fertőzés kiváltója igen gyakran illegális tevékenység (pl. kábítószer-injektálás, tetoválás, erőszakos szexuális magatartás), így lehetséges, hogy az egyedüli személy, aki a fogvatartottnak nyíltan beszélhet a veszélyforrásokról, az maga is fogvatartott. Emellett ők sok esetben realitásabban képesek megítélni, hogy mely oktatási stratégia lehet életképes a börtön falain belül. Egy Ausztráliában a fogvatartottak által vezetett program eredményességét mutatja, hogy a rabok többsége (71%) úgy gondolta, nincs szükség a HIV pozitívak izolálására, és 99%-uk azt is megértette, hogy a fertőzés átadható az injektáló eszközök megosztott használatával, valamint a védekezés nélküli szexuális érintkezéssel.⁴⁴

Szűrővizsgálatok, tanácsadás

A már hivatkozott WHO Irányelv 11. szakasza kimondja, hogy az önkéntes alapon működő szűrést a szabad társadalomhoz hasonlóan biztosítani kell a végrehajtási intézetekben is, a szűrővizsgálatot megelőző, illetve azt követő tanácsadással együtt.

A HIV járvány kezdetén számos végrehajtási rendszer a fogvatartottak kötelező szűrővizsgálatát rendelte el. Ennek támogatói azzal érveltek, hogy a tesztek eredményét közölni kell a személyzet néhány, esetleg valamennyi tagjával, illetőleg a zárkatársak-

43 (WHO 1993): WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in prisons. UNAIDS

44 Jürgens, J. – Bils, M.: HIV prevention in penal institutions. HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states. Geneva, WHO. 2001. 49-53. p.

kal, annak érdekében, hogy jobb esélyük legyen megvédeni magukat, és megtenni a szükséges intézkedéseket. Végezetül a fertőzés veszélyének csökkentése érdekében egyesek a HIV pozitív személyek teljes izolálását tartották követendőnek. Az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének ajánlása ezzel szemben a kötelező tesztek betiltása mellett érvel, lévén e gyakorlat etikátlan, és nem is hatékony. Az anonim és önkéntes szűrést fogalmazta meg alapelveként 1999-ben milánói ülésén a HIV és Hepatitis Börtönbeli Megelőzésének Európai Hálózata,⁴⁵ egyúttal elítélte a HIV pozitív fogvatartottak szegregációját.⁴⁶ Jelenleg e dokumentumok nyomán széles körben elfogadott, hogy az elszigetelés nem szükséges, mivel a HIV fertőzöttek többsége semmilyen veszélyt sem jelent a személyzetre, illetve a többi fogvatartottra.⁴⁷ A megelőzés fontos elemé tehát az önkéntes alapon rendszeresen elérhető és anonimitást biztosító szűrés. Az Európai Unió legtöbb országában ezt érvényesítik a büntetés-végrehajtási intézetekben.

A teszt elvégzését megelőző tanácsadás keretében kell többek között felbecsülni a fertőzés veszélyét a fogvatartottra nézve, illetve az ún. ablak-periódust. Ez utóbbi a fertőzés és annak kimutathatósága közötti időtartamra utal, ami 4 hónap is lehet. E körbe tartozik továbbá a fertőzéssel összefüggő információszolgáltatás, a teszt előnyeinek és hátrányainak megvitatása. A szűrést követő tanácsadás tartalmazza a teszt eredményének megbeszélését, annak felértékelését, hogy a fogvatartott megértette-e az eredményt. Emellett szükség esetén kiterjed az utógondozásra, a fertőzés szempontjából veszélyt jelentő magatartások megvitatására.⁴⁸

Fontosnak tartom megjegyezni, hogy az utóbbi években az önkéntes alapon működő tesztek és tanácsadás modelljétől való elmozdulás gondolata fogalmazódott meg különösen a nagy fertőzöttségű országokban. Néhány közegészségügyi szervezet e modellt ugyanis a HIV fertőzés megelőzése szempontjából nem tartja elég hatékonynak, illetve gyors prevenció programnak. A 2005. októberében Montrealban megrendezett szimpóziumon, melynek tárgya az emberi jogok és a HIV tesztek gyakorlata volt, leszögezték, hogy a tesztek elvégzéséhez való és megfelelő tájékoztatáson alapuló hozzájárulás, a tesztet megelőző, valamint azt követő tanácsadás és a szűrés eredményének bizalmasan kezelése egyaránt emberi jogi normákon alapulnak. Mindazon HIV tesztek tehát, melyek kihagyják vagy szignifikánsan megnyírbálják ezeket az elemeket, nem elfogadhatóak. A kötelező, nem önkéntes, valamint a rutintesztek a tájékoztatáson alapuló beleegyezés nélkül pedig emberi jogi alapelvek megsértéseként értékelhetők.⁴⁹

A fertőzés szexuális úton történő terjedésének megelőzése

A beleegyezésen alapuló szexuális kapcsolatok esetén a megelőzés eszköze az óvszer, melyet Európában a végrehajtási intézmények az évek során egyre nagyobb arány-

45 European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison (HIPP)

46 (HIPP 2001): European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison, European Guidelines on HIV/AIDS and Hepatitis in prison (Milánó, 1999.)

47 Jürgens, J. – Bils, M.: i. m. 49-53. p.

48 Jürgens, J. – Bils, M.: i. m. 53-55. p.

49 (Canadian HIV/AIDS Legal Network) Outcomes of the symposium on HIV testing and Human rights. Montreal, 2005. október 24-25. Briefing paper.

ban biztosítanak a fogvatartottak számára (1989-ben 53%, 1992-ben 75%, 1997-ben pedig 81%). Ausztráliában az óvszerek elérhetősége részben a fogvatartottak nyomására történt. 1995-ben ugyanis 50 fogvatartott nyújtott be keresetet az Új-Dél-Wales-i tartományi kormány ellen. Keresetükben azzal érveltek, hogy akadályozva vannak az egészségük védelméhez szükséges megelőző eszközök hozzáféréseben. Részben e keresetnek köszönhetően döntött a kormányzat az óvszerek rendelkezésre bocsátása mellett.⁵⁰

A vizsgálatok azt mutatják, hogy önmagában a hozzáférés biztosítása nem elégséges, lévén azon esetekben, amikor a fogvatartottaknak kell kérniük az óvszert, az szexuális orientáltságuk elismerését jelentené, ezért csak kevesen vállalják ezt fel. Emellett az óvszerekkel kapcsolatos rendelkezések sok esetben ambivalens érzéseket váltanak ki a személyzet és a fogvatartottak körében. A legtöbb országban a börtönboltokban megvásárolhatók, de a gyakorlatban a tabuk sokszor visszarettentik a fogvatartottakat, vagy egyszerűen csak nincs pénzük rá.⁵¹ Szükséges lenne tehát az elérhetőség olyan módon történő biztosítása, hogy az könnyű és egyúttal diszkrét is legyen.

Amennyiben erőszakos szexuális tevékenységre kerül sor a börtön falai között, az általában óvszer alkalmazása nélkül történik. A végrehajtási intézetek HIV/AIDS prevenciók politikájának ezért alapvető eleme valamennyi fogvatartott biztonságának, védelmének biztosítása. Ezen nehéz és összetett feladat megoldása érdekében fogalmazta meg ajánlását az AIDS a Börtönökben Kanadai Szakértői Bizottsága (Canadian Expert Committee on AIDS in Prisons). E dokumentum alapján a börtönkörnyezet biztonságosabbá tételéhez szükséges intézkedés többek között a fogvatartottak körültekintő osztályozása, elkülönítési szabályok alkalmazása az erőszakos fogvatartottakkal szemben, szigorú ellenőrzés és védelem biztosítása (pl. egyszemélyes elhelyezés), a fogvatartottak oktatása és alapvető strukturális változások érvényesítése (pl. a világítás javítása).⁵²

A fertőzés injekciós droghasználat útján történő terjedésének megfékezése, megelőzése, az ártalomcsökkentés eszköztára

A korábbiakból kitűnt, hogy a HIV fertőzés szempontjából a leginkább veszélyeztetettek az intravénás droghasználók, akik igen jelentős arányban vannak jelen a bv. intézetekben. A börtönhatóságok ezért szerte a világon lépéseket tesznek a veszély csökkentése érdekében, ami az ún. ártalomcsökkentés módszereinek alkalmazásában ölt testet. Az ártalomcsökkentés, mint drogpolitikai fogalom a kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódó ártalmakat kívánja elsősorban csökkenteni, és nem magát a használatot.⁵³ Az ártalomcsökkentés eszközei sorában többek között megtaláljuk a fertőtlenítést, steril tűk biztosítását, azaz a tűcsere-programokat, a szubsztitúciós kezeléseket. Ezen módszerek végrehajtásban történő alkalmazását a már többször hivatkozott 1993-as WHO Irányelv szorgalmazta első-

50 (Canadian HIV/AIDS Legal Network) Prevention: Condoms. HIV/AIDS in prisons 2004/2005.

51 Bővebben: Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. 2004. 64-66. p.

52 Jürgens, R. – Bils, M.: i. m. 55-57. p.

53 Rácz József: Ártalomcsökkentő drogpolitika. Magyar Tudomány 2005/8. 1010. o.

ként. E kérdéskörhöz kapcsolódóan a legprogresszívebb nézeteket a 2004-ben elfogadott Dublini Deklaráció tartalmazza.⁵⁴

A gyakorlatban a legtöbb ország a végrehajtási intézetbe történő befogadáskor informálja ugyan a fogvatartottakat az ártalomcsökkentésről, de az információk gyakorta minimálisak és nem kielégítőek. A megelőzés eszközei fontos elemei az ártalomcsökkentés stratégiájának, de nem kapnak elég prioritást. Például a tücsere-programok jövőbeli bevezetését fontolgató államok mellett jelenleg még többségben vannak azon országok, akik a megelőzés helyett inkább a kábítószer iránti kereslet csökkentését igyekeznek elérni.⁵⁵

Fertőtlenítő felszerelés biztosítása

A fertőtlenítőszer, a tűk és fecskendők, tetováló berendezések újrafelhasználásából, illetve közös használatából eredő HIV fertőzés csökkentésének prevenciósi eszközei olyan esetekben, amikor más biztonságosabb lehetőségek (pl. steril tűk, fecskendők) nem állnak rendelkezésre önmagukban nem elégségesek, mivel nem eredményeznek teljes védelmet sem a HIV, sem pedig a hepatitis vírusokkal szemben. Emellett, tekintve, hogy a kábítószer injektlása illegális tevékenység, a fogvatartottak e magatartással és a tisztítással is általában sietnek. A fertőtlenítés pedig több időt vesz igénybe, mint amivel a legtöbb fogvatartott rendelkezik. Ugyanakkor mégis elősegíthetik a prevenciósi intézkedések hatékonyságát és a higiéniai szabályok betartását.⁵⁶

Egyes vélemények szerint a fertőtlenítés és az injekciós eszközök tisztítására vonatkozó információk bátoríthatják az injekciós droghasználatot, és a személyzet ellen fegyverként is felhasználhatók. A gyakorlati tapasztalatok azonban ezt a feltevést nem támasztják alá, és évről évre nő azon büntetés-végrehajtások száma (1992-ben 28%, 1997-ben 50%), melyek a fogvatartottak számára biztosítják a fertőtlenítő eszközöket (pl. NaOCl-t).⁵⁷

Tücsere-programok

A tücsere-programok alkalmazása, azaz steril injekciós eszközök biztosítása mindazon esetekben indokolt, amikor a fogvatartottak illegális drogot fecskendeznek be. Ez az egyik leghatásosabb prevenciósi beavatkozás, ami a tűt használó drogosok számá-

54 Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia. Prison Health is Public Health, Dublin 2004. – Az ajánlás preambuluma felhívja a figyelmet arra, hogy az országok többségében a megfelelő prevenciósi intézkedéseket a HIV/AIDS járvány végrehajtási intézetekben történő megfigyelésére annak ellenére nem vezették be, hogy más végrehajtási rendszerekben már alkalmazták azokat és hatékonyak bizonyultak. A deklaráció alapelveként rögzíti, hogy a HIV/AIDS elleni küzdelemben a végrehajtási és az egészségügyi politikát is az ártalomcsökkentés alapjaira kell felépíteni. Leszövegi, hogy a fogvatartottaknak joguk van megvédeni magukat a HIV fertőzéssel szemben, illetőleg a fertőzött személyek joga kiterjed az újrafertőződés, valamint a hepatitis vírussal és a tbc-vel történő együttfertőződés elleni védelemre. Megfogalmazásra került a fertőzéssel összefüggő kezelések és terápiák megismerésének és visszautasításának joga. A dokumentum alapján a fogvatartottaknak joguk van az önkéntes és anonim szűréshez, valamint a szűrés megelőző és követő tanácsadáshoz, továbbá a szabadulás utáni utógondozáshoz.

55 Bővebben: Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. 2004. 55-64. p.

56 (Canadian HIV/AIDS Legal Network) Prevention: Bleach. HIV/AIDS in prisons 2004/2005.

57 Jürgens, R. – Bils, M.: i. m. 58-59. p.

ra ajánlható.⁵⁸ Az illegális kábítószer használat ellenére a hangsúly a fertőzések megelőzésére kell, hogy irányuljon. Így amíg a drogok maguk illegálisak maradnak, addig a tűk és fecskendők a hivatalos tűcsere-programok részeként törvényesnek tekintendők. Ez tehát egy pragmatikus és szükséges egészségügyi intézkedés, ami hatékony védelmet kíván nyújtani a fogvatartottaknak, a végrehajtási személyzetnek és a társadalomnak. Nem jelenti tehát a kábítószer fogyasztás jogként való elismerését, avagy a droghasználat elnézését a végrehajtás részéről.⁵⁹

Steril injekciós eszközök fogvatartottak közötti szétosztására elsőként Svájcban került sor 1992-ben az Oberschöngrüni férfi börtönben. Az intézet pszichiáttere, Dr. Probst számára komoly erkölcsi dilemmát okozott, hogy 70 fogvatartottból 15 rendszeresen intravénásan adagolta a kábítószer, anélkül azonban, hogy megfelelő prevenció intézkedéseket érvényesítettek volna. Ekkor saját felelősségére steril tűket osztott szét az érintettek között. Amikor az igazgató erről tudomást szerzett, ahelyett, hogy elbocsátotta volna, meghallgatta az érveit, és jóváhagyta a steril eszközök biztosítását. A végrehajtási személyzet idővel ugyancsak felismerte, hogy e lépés saját érdeküket is szolgálja, mivel nem kellett attól tartaniuk, hogy a tűk utáni kutatás során megsebesíthetik magukat. 1994 júniusában egy másik svájci végrehajtási intézetben, a női elítélteket fogvatartó Hindelbanki Bv. Intézetben vezettek be 1 éves kísérleti AIDS prevenció programot. Ennek keretében egy tűcsere-automatát állítottak fel, amely a használt fecskendők helyett adott ki sterileket. A program pozitív eredményeket könyvelhetett el: javult a fogvatartottak egészségügyi státusza, új HIV vagy hepatitisz fertőzéses eset nem fordult elő, és szignifikánsan csökkent az injektáló eszközök fogvatartottak közötti közös, megosztott használata.⁶⁰

Németországban két kísérleti program bevezetése kapott zöld utat 1995-ben, melyek nyomán 1996. áprilisában indult el az első tűcsere-program Alsó-szászországban. A program pozitív eredményei 2 év elteltével mutatkoztak, melynek nyomán nem csupán a két kísérleti program folytatása fogalmazódott meg, hanem a valamennyi alsó-szászországi börtönben történő alkalmazás is. A sikerek ellenére 2001-ben kormányzati döntés nyomán a tűcsere-programokat sorra zárták be Németországban arra hivatkozással, hogy a kutatások nem igazolták a programok hatékonyságát. Valamennyi esetben úgy született meg a politikai döntés, hogy a végrehajtási személyzettel senki sem egyeztetett. A programok befejezését követően a kábítószer-élvező fogvatartottak visszatértek a közös használatra, és ismét elrejtették az injektáló eszközöket, növelve a fertőzés veszélyét. Ezen kormányzati döntések leginkább hangadó kritikusai pedig maguk a bv-sek voltak, akik jelenleg is lobbiznak a kormányzatnál az újraindítás érdekében.

Spanyolországban 1997-ben történt az első kísérleti projekt bevezetése, amely két év után jelzett pozitív eredményeket. E kedvező visszajelzéseknek köszönhetően 2001-ben rendelték el a programok valamennyi végrehajtási intézetben történő alkalmazását.⁶¹

58 Bővebben: Kerr, T. – Jürgens, R.: Syringe exchange programs in prisons: reviewing the evidence. Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2004. 1-7. p.

59 Jürgens, R.: HIV/AIDS in prisons: Final report. 1996. 107. p.

60 Jürgens, R. – Bils, M.: i.m. 60-61. p.

61 (Canadian HIV/AIDS Legal Network) Prevention: Sterile Needles. HIV/AIDS in prisons. 2004/2005.

2002. végére 27 spanyol börtönben összesen 12970 darab fecskendőt osztottak szét a fogvatartottak között. A steril tűkhöz való hozzáférés az intézmények függvényében változik: egyes börtönökben heti 2 napban érhető el, míg másutt a hét minden napján biztosítják ezt a lehetőséget. Itt jegyezném meg, hogy Spanyolországban csak a mentálisan beteg, illetve a különösen erőszakos fogvatartottak vannak kizárva a tűcsere-programokból. Jelenleg mind a 69 végrehajtási intézetben végrehajtják a steril tűket biztosító programot, kivételt a pszichiátriai intézetek, valamint egy nagy biztonsági fokozatú börtön képeznek.⁶²

A tűcsere-programok bevezetésére a fentebb említett országokon kívül Belorussziában, a Kirgiz Köztársaságban és Moldáviában került sor. 2005. februárjában Skóciában a rendőrség Lothian és Borders kerületekben vezette be a steril tűk szétosztását a helyi börtönben az egészségügyi kockázatok és a drogfogyasztáshoz kapcsolódó ártalmak csökkentése érdekében. 2005. augusztusa óta Luxembourgban is tűcsere-programot indítottak el a drogfogyasztó fogvatartottak számára. A kábítószer-élvezőnek hivatalos kérelmet kell előterjesztenie a börtön orvosához, aki átadja a fogvatartottnak a steril tűt tartalmazó csomagot. Ezt követően a cserét az egészségügyi személyzet tagjai végzik. A kábítószer-fogyasztása és birtoklása továbbra is illegális tevékenység marad, de a kábítószerhez szükséges tűk, fecskendők birtoklása nem von maga után szankcionálást.⁶³

A rendelkezésre álló adatok szerint 2006-ban Örményország indított útjára tűcsere-programot, illetve Irán készített elő két projektet, melyeknek valamennyi végrehajtási intézetre történő kiterjesztését tervezték.⁶⁴ Ukrajna 2005-ben határozott a kísérleti tűcsere-programok bevezetéséről 2 börtönben, illetve 2 kolónián. A projektek 2006-ban történő bevezetése érdekében konferenciát és három gyakorlati ülést szerveztek részint a végrehajtási személyzet bevonásával 2005. novemberében, illetve decemberében. Politikai okokból a kísérleti projektek bevezetése jelenleg még várat magára.

A szubsztitúciós kezelés

A szubsztitúciós kezelés legáltalánosabban elterjedt módja a metadon-fenntartó kezelés. A metadont, amely egy szintetikus, a heroinnál lényegesen hosszabb hatástartamú ópiát, a heroin-és más ópiát-függők kezelésére használják. A metadon-fenntartó kezelés célja nem a kábítószer-fogyasztástól, hanem az intravénás adagolástól való elszakítása az érintetteknek. A kezelés során először a beteget átállítják a metadonra, majd a dózis fokozatos csökkentésével a szert teljesen elvonják. Jelenleg ez tekinthető a leghatásosabb kezelésnek a heroinfüggő injektáló drogosok számára, mert hatékonyan csökkenti a HIV fertőzés veszélyét és a drog iránti sóvárgást, orális használata révén megszünteti az ópiát-készítmények intravénás adagolását és nagymértékben tudja redukálni a droghalálozások arányát.

62 Lines, R et al: Prison needle exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. 2004. 31-36. p.

63 Melis, M.: As prison needle exchange programmes are scaled up, Luxembourg joins in. Connections. 2006. May 1-2. p.

64 (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. Needle and syringe programs. 2006. és Lines, R. et al: Second edition (prison needle exchange: 2006 update to first edition)

Európában a civil szférában az első metadon-kezelésre Svédországban került sor 1967-ben, majd Hollandia, Nagy-Britannia, Dánia alkalmazta e kezelési módszert.⁶⁵ A szubsztitúciós terápia ezen formája a '90-es évek közepe óta igen gyorsan terjedt el a társadalomban, és napjainkban egyre nő azon büntetés-végrehajtások száma, melyek ajánlják a metadon-kezelést a fogvatartottaik számára. Így az Európai Unió „régébbi” tagállamainak többségében (Görögország, Svédország – sic! – kivételével) léteznek ilyen programok a végrehajtási intézetekben. Az új tagállamok közül említhető Észtország, Málta, Szlovénia és Lengyelország.

Lengyelországban a metadon-program börtönökben való végrehajtása kapcsán az alapvető probléma egy nemzeti stratégia hiánya a szubsztitúciós program alkalmazására. Ezért, ha egy kezelésben résztvevő fogvatartottat másik végrehajtási intézetbe szállítanak át, akkor a kezelés folytatása szinte lehetetlen. Emellett Lengyelországban társadalom-biztosítás nélkül a metadon-kezelés a fogvatartottaknak nem is alkalmazható. Ezzel szemben Szlovéniában valamennyi börtönben megtalálható a szubsztitúciós kezelés, amelyben a metadont részint detoxikációra, részint pedig fenntartó kezelésre használják. A börtönből történő szabadulást követően a terápia ugyancsak folytatható.⁶⁶

A fenti példákon túlmenően a volt Szovjetunió egyes tagállamaiban és Kelet-Európában is egyre több országban figyelhető meg a kezelés bevezetése (pl. Moldáviában), illetve nő az alkalmazást fontolgató országok (pl. Kirgiz Köztársaság) száma. A szubsztitúciós kezelés e formája ugyanakkor jelenleg nem elérhető Oroszországban, Ukrajnában és Belorussziában.⁶⁷ Egyes államokban ugyanis az ország tudományos és egészségügyi szerveinek támogatása ellenére a metadon-fenntartó terápia olyan vitatott prevenciós programok közé tartozik, melyeket sok esetben nem hajtanak végre. Ezt a projektet ajánlja ugyanakkor számos prominens szervezet is, például a WHO. Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete már korábban hivatkozott HIV/AIDS-szel összefüggő irányelvének megfogalmazása szerint: a szabadságvesztést megelőző metadon-fenntartó kezelést a végrehajtási intézetekben is folytatni kellene. Azon országokban pedig, ahol a kezelés a társadalomban az ópiát-függők számára rendelkezésre áll, ott alkalmazása szükséges a börtönökben is.⁶⁸

65 Csorba József: Metadon szubsztitúciós kezelés. Hippocrates 2001/1. 62-65. p.

66 Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. 2004. 67-68. p.

67 (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. Opioid substitution treatment. 2006.

68 Kerr, T. – Jürgens, R.: Methadone maintenance therapy in prisons: reviewing the evidence. 2004. 4. p.