

A HIV ÉS HEPATITIS JÁRVÁNY MEGFÉKEZÉSE AZ INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓK KÖRÉBEN

Csernus Eszter – Sárosi Péter

I. Globális trendek

HIV/AIDS

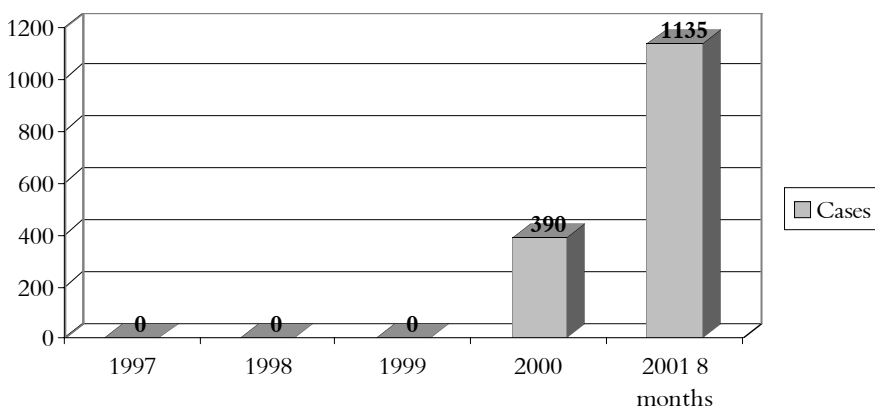
A HIV/AIDS járvány korunk egyik legsúlyosabb közegészségügyi, gazdasági és szociális kihívását jelenti, egyes szakértők szerint jelentősége a világon a XIV. században végigsöprő pestisjárványhoz hasonlítható (Wodak, A. 2003). A UNAIDS legfrissebb jelentése szerint a HIV pozitív emberek száma 2004-re elérte a 40 milliót, csak az elmúlt évben mintegy 5 millió új fertőzést regisztráltak világszerte, és ez idő alatt több mint 3 millióan haltak meg az AIDS betegség következtében (UNAIDS 2004). Az injekciós droghasználat (IDH) a HIV transzmissziójának fő kockázati forrását jelenti a világ számos országában. A világ összesen 136 országából érkezett jelentés injekciós droghasználatról, ebből 114 országban az injekciós használat terjedésével párhuzamosan a HIV/AIDS terjedése is felgyorsult (WHO 2003). Bár egyes országokban a HIV jelenleg még elsősorban a droghasználó közösséget érinti, a szexuális transzmisszió – lévén, hogy a legtöbb injekciós droghasználó fiatal korú és szexuálisan aktív – hidat képezhet a nem droghasználó népesség felé.

Az Aceijas és kollégái (2004) által lefolytatott globális vizsgálat szerint a világ injekciós droghasználó népességének becsült száma 13,2 millió fő. 3,1 millióan Kelet-Európában, 3,3 millióan Dél- és Dél-Kelet-Ázsiában, 2,3 millióan Kelet-Ázsiában és Óceániában élnek, a drogfogyasztók 78%-a (mintegy 10 millió ember) tehát fejlődő vagy volt szocialista ország lakója. A HIV vírusnak az injekciós droghasználók körében mért prevalenciájára vonatkozó adatok 78 országból ismertek, ezek közül 25 országban az előfordulási arány meghaladja a 20%-ot (Aceijas, C. et al. 2004). Afrikán kívül minden tizedik új HIV fertőzésért az injekciós felszerelés megosztása a felelős, a volt Szovjetunió és Kelet-Európa államaiban a HIV pozitív embereknek mintegy 70%-a injekciós droghasználó. 2003-ra az Oroszországban regisztrált HIV fertőzött IDH-k száma elérte a 230 ezret, a hatóságok szerint azonban ez a szám jóval alacsonyabb a fertőzött populáció valódi nagyságánál: ez a becslések szerint 1–1.5 millió embert jelent. A WHO becslései szerint az 1997-ben HIV fertőzéssel regisztrált személyek 90%-a IDH volt. (Butler, W. E. 2003). A 144 milliós orosz lakosság körülbelül

1%-a HIV fertőzött. Egy amerikai jelentés szerint a következő évtizedben a fertőzöttek száma akár 8 millióra is nőhet, ez 11%-os HIV prevalenciát jelenthet, és a munkaerő 10%-ának kieséséhez vezethet! (U.S. National Intelligence Council, 2002) Ukrajna 49 milliós lakosságának már jelenleg is több mint 1%-a HIV fertőzött (UNAIDS 2002). Oleksander Yaramenko, az Ukrán Társadalomtudományi Intézet vezetője 2003. februári jelentésében azt jövendölte, hogy Ukrajnában 2010-re 1,44 millióra fog nőni a HIV fertőzöttek száma (Horodetska, E. 2003).

A kelet-európai a világ leggyorsabban növekvő HIV járványa, különösen igaz ez a balti országokra. Észtországban például egészen 2000-ig egyetlen egy HIV fertőzést sem regisztráltak, 2001-re ugyanakkor már 1135 új esetről számoltak be (Jarvelaid, M. 2001). Litvániában egészen 2002-ig nem mutatkozott szignifikáns HIV járvány, ekkor azonban a fegyintézetekből kiindulva a vírus néhány hónap leforgása alatt az egész országban elterjedt, több száz droghasználó fertőződött meg. A Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (EMCDDA) 2004-es jelentése szerint ez is azt bizonyítja, hogy bár egyes közép-európai államokban a HIV prevalencia jelenleg még alacsony, ez a helyzet azonban drámai gyorsasággal változhat meg, ha nem vezetnek be a megfelelő prevenciók beavatkozásokat a kockázati csoportok számára (EMCDDA 2004a).

1. ábra. A HIV járvány alakulása Észtországban, 1997–2000 (Mari Jarvelaid 2001)



A világ más régióiban is súlyos problémákat okoznak a droghasználók körében terjedő fertőző betegségek. Az Egyesült Államokban a 13 évesnél idősebb HIV pozitív fiúk és férfiak 26%-a injekciós droghasználat következtében fertőződött meg (CDCP 2002). Különösen sérülékenyek a HIV fertőzéssel szemben az etnikai kisebbségek. Az afro-amerikai AIDS-el élő férfiak körében az injekciós droghasználók aránya 2002-ben 40% volt, a latinok körében pedig 32%. (Uo.)

A Távol-Keleten mind India, mind Kína milliós injekciós droghasználó populációnak ad otthont, számos országban a fecskendőmegosztás vált a HIV terjedésének fő okává. Kínában például az injekciós droghasználók mintegy 69%-a HIV pozitív, Malajziában 77%-uk fertőzött, Vietnámban pedig az AIDS-el élő emberek 66%-a drogfüggő (Aceijas et al. 2002).

1. táblázat. IDH prevalencia és HIV prevalencia az IDHk körében a világ különböző országaiban

Ország	IDH prevalencia (%)	HIV prevalencia az IDHk körében (%)		
		Országos	Fővárosi	Vidéki
Argentína	0,17	18,8–39,2	7,6–80,0	60,0–61,0
Brazília	0,69	28,0–42,0	15,0–34,0	18,0–48,5
Bermunda és Caymas	4,93	–	–	–
Kanada	0,61	14,5–47,9	7,1–23,5	1,1–41,0
Kína	0,23	0,0–80,0	–	1,0–84,0
Egyesült Államok	0,67	–	–	0,4–42,0
Észtország	2,05	13,0	41,0	–
Franciaország	0,26	13,6–19,3	–	13,7
India	0,21	1,3–68,4	44,5–45,0	2,0–81,0
Indonézia	0,42	15,0–47,0	14,9–40,0	16,0–56,0
Lengyelország	1,45	6,3–11,0	16,9	–
Líbia	0,23	0,5–59,4	–	–
Olaszország	0,64	10,0–65,6	–	0,6–32,8
Oroszország	1,96	0,8–4,8	0,12–28,3	0,0–64,5
Portugália	0,45	13,6	8,3–41,3	0,0–37,0
Puerto Rico	0,59	–	42,4–55,2	–
Nagy-Britannia	0,26	0,8	2,9–4,5	0,2–3,3
Spanyolország	1,06	15,2–66,5	–	1,3–48,3

Forrás: Aceijas et al. 2002.

Hepatitis C

A HIV azonban nem az egyetlen olyan vírus, amely az injekciós droghasználat útján terjed. A WHO becslései szerint a krónikus májgyulladást okozó hepatitis C vírust (HCV) mintegy 170 millió ember hordozza, ez a világ lakosságának több mint 3%-a. Európában 5–10 millió krónikus beteg él, illetve mintegy 4 millió tünetmentes vírushordozó, akiknek a többsége nem is tud fertőzöttségéről – Nyugat-Európában a lakosság 0,1–1,0%-a, Kelet-Európában pedig 0,4–4,9%-a fertőzött (Descenclos, J-C. 2003). A WHO a krónikus hepatitis C betegek számát az Egyesült Államokban 2–4 millióra, Indiában 12 millióra be-

csüli, Nyugat-Európában és az USA-ban évente 150 000 lehet az új fertőzöttek száma, míg Japánban ez a szám 350 000 körül mozoghat. A fertőzések mintegy 25%-a tünetmentes, ám az esetek 60–80%-ában kialakul a krónikus májbetegség, amely az esetek 20%-ában – 20–30 év alatt – májcirrózissá fejlődik. A fertőzés a betegek 5–7%-ánál okoz halált (WHO 2002a). A hepatitis C vírust 1989-ben sikerült beazonosítani. 1990 óta a vér- és vérkészítményeket Európában és a fejlett országokban automatikusan tesztelik HCV-re, így a korábban leggyakrabban, vértömlesztés vagy vérkészítmények beadása révén történő fertőzéstíplett helyett e térségekben mára már a közös injekciós droghasználat vált a legmeghatározóbb terjedési módozattá (ezzel szemben a fejlődő országokban még mindig jelentős az egészségügy révén történő fertőződés aránya – a legsúlyosabb helyzet Egyiptomban tapasztalható, ahol a becslések szerint a lakosság 18%-a HCV pozitív). Egyes országokban az új fertőzöttek 90%-ban az IDH-k közül kerülnek ki, Európában az injekciós droghasználók 17–95%-a hordozza a vírust (EMCDDA 2004a). Ennek oka elsősorban a használt felszerelés megosztásának gyakorlatában rejlik. A kutatások szerint a hepatitis C pozitív injekciós droghasználók többsége már a fecskendőmegosztás első évében megfertőződik (McCarthy, J. és Flynn, N. 2001; Van den Hoek et al. 1990).

A szakemberek a hepatitis C-t „időzített vírusbombának” tartják: évente újabb 3–4 millió ember fertőződik meg, és mivel a fertőzés több tíz évig is tünetmentes lehet, a vírushordozók észrevétlenül továbbterjeszthetik a kórt. Mivel a hepatitis C járvány sokkal kisebb médianyilvánosságot kapott, mint a HIV/AIDS járvány, az Európai Unió drogmonitorozó központja (EMCDDA) is a „XXI. század csendes járványaként” említi (EMCDDA 2003), és sürgetőnek tartja a megfelelő prevenciós intézkedések bevezetését. Míg az általános népesség körében a vírus szeroprevalenciája többnyire alacsony, addig az injekciós droghasználó populációban ez az arány akár 90%-ra is rúghat.

2. táblázat. A hepatitis C fertőzöttek becsült száma és aránya, WHO-régióként

WHO régió	Össz lakosság (millió)	Arány (%)	Fertőzött lakosság (millió)	Nincs adat (országok száma)
Afrika	602	5,3	31,9	12
Amerikai kontinens	785	1,7	13,1	7
Kelet-Mediterrán térség	466	4,6	21,3	5
Európa	858	1,03	8,9	19
Dél-Kelet-Ázsia	1500	2,15	32,3	3
A Csendes-óceán nyugati térsége	1600	3,9	62,2	11
Összesen	5811	18,7	169,7	57

Forrás: WHO Weekly Epidemiological Record, 49 sz., 1999. december 10.

II. Hatékony prevenció az injekciós droghasználók körében

Számos nemzetközi közegészségügyi szervezet (UNAIDS, WHO, Nemzetközi Vöröskereszt stb.) rámutatott már arra, hogy a HIV terjedését az injekciós droghasználók körében viszonylag egyszerű és költséghatékony módszerekkel meg lehet előzni. Mivel a droghasználók számára a fő kockázati tényezőt az injekciós felszerelés megosztása jelenti, olyan prevenciók stratégiák szükségesek, amelyek ennek a kockázatvállaló magatartásformának az előfordulását minimalizálják. Történhet ez a teljes absztinenciára irányuló terápiás és rehabilitációs programokkal, az injekciós használattal szemben a kevésbé kockázatos használati formák elősegítésével (pl. fenntartó metadon kezelés), valamint a steril injekciós felszerelés és a biztonságos belövő technikákról szóló információk széleskörű terjesztése révén (tűcsereprogramok). A nemzetközi ajánlások tulajdonképpen ezeknek a módszereknek az integrált, a helyi közösségek és a droghasználó egyének sajátos igényeit figyelembe vevő alkalmazását tartják sikeres stratégiának (IRCRC 2003). A fecskendőmegosztás mellett a szexuális transzmisszió kockázata is jelentős, amelyet az ingyenes, ellenőrzött minőségű kondomok, illetve a biztonságos szexről szóló információk terjesztésével lehet minimalizálni. Különösen fontos ez a prevenciók tevékenység a halmozottan hátrányos helyzetű, magas kockázatú magatartások veszélyének kitett szexmunkás, börtönben fogvatartott és migráns droghasználók esetében.

A) Tűcsere

A tűcsereprogramok megjelenése egészen az 1970-es évek elejére vezethető vissza (Howard, J. – Borges, P. 1972), széles körben azonban csak az 1980-as évek második felében terjedtek el, amikor a fejlett országok társadalmában tudatosodott a droghasználók körében terjedő HIV/AIDS járvány jelentősége. A tűcsereprogramok a felmérések szerint költséghatékony beavatkozásnak bizonyultak. A WHO 200 kutatás eredményeit áttekintő vizsgálata kimutatta, hogy a tűcsereprogramok kiterjesztése csökkenti a HIV terjedésének kockázatát a droghasználók körében, ezenkívül számos jótékony társadalmi hatása van, mivel a tűcsereprogram átjárót képezhet más szolgáltatások felé. A fecskendők elérhetőségének korlátozása ellenben növeli a járvány terjedésének kockázatát, a tűcsereprogramok nem helyettesíthetők a fertőtlenítő szerek terjesztésével (WHO 2004). Az egyik legalaposabb vizsgálatot az Ausztrál Nemzeti Kábítószerügyi Tanács (ANCD) folytatta le: az 1990 és 2000 között működő ártalomcsökkentő programok hatékonyságát vizsgálta. A kutatók az eredmények alapján arra következtettek, hogy ezek a programok mintegy 25 ezer HIV és 21 ezer hepatitis C fertőzést előztek meg, 2010-ig több mint 5000 életet mentettek meg

és 150 millió ausztrál dolláros költségvetéssel 2,4–7,7 milliárd ausztrál dollárnyi kiadást spóroltak meg az adófizetőknek (Australian National Council on Drugs 2002). Egy másik vizsgálat a belorussziai Szvetlogorszk város tűcsereprogramjának hatékonyságát elemezte. E program munkatársai a steril fecskendők mellett kondomokat és a biztonságos szexről szóló információkat terjesztettek a droghasználók körében. Az 1997-ben, a program beindulása előtt készített felmérések szerint az injekciós droghasználóknak mintegy 92%-a osztotta meg a fecskendőjét, 1999-re azonban arányuk 35%-ra csökkent. A becslések szerint a vizsgált két év alatt a kliensenként kb. 68 dollárba kerülő szolgáltatás mintegy 2000 új fertőzésnek vette elejét, azaz rendkívül költséghatékonynak mondható (Kumaranayake, L. 2003). Amerikai kutatók az ausztrál vizsgálat adatai alapján kiszámolták, hogy ha az Egyesült Államokban 1987 és 1995 között működött volna országos szintű tűcsereprogram, az a HIV fertőzések 15–33%-os csökkenését eredményezte volna, így az államkincstár megspórolhatta volna az ez idő alatt megfertőződöttkezelésre fordított 244–538 millió dolláros kiadást (Holtgrave, D. R. et al. 1998).

Az EMCDDA témának szentelt monográfiájában (EMCDDA 2004b) több tanulmány is keresi a választ arra a kérdésre, hogy a tűcsereprogramok a hepatitis C terjedésének megakadályozására is hatékony prevenciós eszközök-e. Annak ellenére, hogy a tűcsere HCV fertőzésekre gyakorolt hatását jóval kevesebben kutatták, mint a HIV fertőzések megelőzésében játszott szerepét, valamint hogy a rendelkezésre álló viszonylag kevés adat sem feltétlenül összehasonlítható, és gyakran nem is reprezentatív mintából származik, megállapíthatónak tűnik, hogy a tűcsere kevésbé hatékony a HCV átadásának kivédésében. Ennek legfőbb oka az, hogy a HCV sokkal reaktívabb, mint a HIV, azaz ha egy még nem fertőzött szervezet kapcsolatba kerül a vírussal, sokkal nagyobb az esélye annak, hogy meg is fertőződik általa, mint a HIV esetében, a maximális védelemhez tehát nem csupán a tűt, fecskendőt kellene cserélni, hanem a drogfogyasztáshoz használt felszerelés minden darabja steril kellene, hogy legyen.

B) A drogabúzus kezelése

A drogabúzus kezelése szintén hatékony eszköze lehet a HIV/AIDS megelőzésnek. A szubsztitúciós terápia (az illegális heroin legálisan felírt ópiátszármazékokkal való helyettesítése) hosszú távú, fenntartó alkalmazása bizonyítottan csökkenti a droghasználó egészségügyi és szociális problémáit, ezenkívül egyes esetekben lehetővé teszi heroinfüggősége teljes felszámolását is. A metadon-terápia a '60-as években terjedt el (Dole, V. P. – Nyswander, M. E. 1965). Alkalmazásának 40 éve alatt számos vizsgálat igazolta a költséghatékonyágát mind a heroinfüggőség kezelésében, mind a HIV/AIDS prevencióban (Ball, J. C. –

Ross, A. 1991, Ward, J. et al. 1998, Gerstein, D. R. – Harwood, H. J. 1990, ACMD 1993). A metadonterápia HIV prevenciók szerepének fontosságát a leginkább Spanyolország példája szemlélteti, ahol a kormány drogpolitikáját egészen az 1990-es évek elejéig az absztinencia-orientált megközelítés jellemezte, az injekciós droghasználók körében pedig itt volt a legmagasabb a HIV prevalencia egész Európában: a fenntartó metadonkezelések 1992 és 1994 közötti kiterjesztése az ezredfordulóra jelentős visszaesést eredményezett a HIV járvány alakulásában (Hernandez–Aguado et al. 1999). Az elmúlt év során az ENSZ átfogó vizsgálata áttekintette a szubsztitúciós terápia HIV prevenciók hatékonyságának bizonyítékait és arra a következtetésre jutott, hogy a „fenntartó szubsztitúciós terápia az ópiáfüggőség és az injekciós droghasználók körében terjedő HIV fertőzés megelőzésének nélkülözhetetlen eleme”, valamint hogy minden egyes dollár, amelyet az államok szubsztitúciós terápiára költenek, már a büntető igazságszolgáltatás számára is 4–7 dollár megtakarítást jelent az elmaradt bűncselekmények és büntetőeljárások miatt (WHO, UNAIDS, UNODC 2004), az egészségügyi kiadásokat nem is említve. A terápia jelentőségének és szükségességének elismerését jelenti az is, hogy a közelmúltban a metadon felkerült a WHO létfontosságú gyógyszereket tartalmazó listájára: az ezen a listán szereplő szereket a tagállamoknak minden rászoruló számára elérhetővé kell tenniük.¹

Az Európai Unióban mintegy 400 ezer kliens kap rendszeresen metadonkezelést, a 10 új tagállamban ugyanakkor arányaiban jóval kevesebb, mint a régi tagállamokban. Magyarországon jelenleg csupán hat városban működik szubsztitúciós kezelési program (Budapest, Veszprém, Pécs, Gyula, Szeged, Miskolc), 2003 decemberében összesen 259 droghasználó részesült metadonfenntartó kezelésben (GYISM 2003; Demetrovics Zs. – Balázs H. – Csorba, J. 2004). Ha az országban az injekciós droghasználók összlétszámát 10000 és 15.000 fő közé tesszük, akkor ez csupán 1–3%-os lefedettséget jelent, az uniós átlag viszont 30–60% körül mozog. A metadonfenntartó kezelés egyes új tagállamokban is jóval szélesebb körben érhető el, mint Magyarországon: a mintegy kétfélmillió lakosságú Szlovéniában például már 17 metadonközpont működik, ez gyakorlatilag országos lefedettséget jelent (Institute of Public Health of Slovenia 2004). A magyarországi kliensek az Európai Unió metadon klienseinek mindössze 0,06%-át teszik ki, míg a 10,1 millió magyarországi lakosság az EU 454,9 millió lakosságának 2,22%-át teszi ki. Kétséges, hogy ilyen alacsony lefedettség mellett a szubsztitúciós terápia bizonyított HIV prevenciók szerepe érvényesülhet-e.

¹ URL:

<http://mednet3.who.int/EMLib/DiseaseTreatments/MedicineDetails.aspx?MedIDName=442@methadone>

C) Közösségi alapú megkeresés

A közösségi alapú megkeresés (*community based outreach*) módszerét még a HIV/AIDS járvány kitörése előtt alakították ki az 1970-es években, hogy megkönynyítsék a rejtőzködő életmódot folytató populációk (intravénás droghasználók, szexmunkások, bevándorlók) közegészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférését. Az első speciálisan IDH célcsoporttal rendelkező megkereső szolgáltatást 1977-ben Hughes és kollégái indították be, akik chicagói volt intravénás droghasználókat toboroztak abból a célból, hogy a rejtőzködő heroinfoogyasztókat a metadonprogramokban való részvételre ösztönözzék (Hughes, P.H. 1977).

Bár a lakosság ezen tagjai a vér és szexuális érintkezés útján terjedő fertőző betegségek szempontjából számítanak kiemelt kockázati csoportoknak, a szigorú jogszabályok illetve a társadalmi marginalizáció miatt gyakran még a legalapvetőbb egészségügyi ellátásokhoz sem jutnak hozzá. A képzett megkereső munkások tudják, hol lelhetik fel ezeket a csoportokat, és hogy milyen stratégiával csökkenthetik körükben a kockázatvállaló magatartásformák (pl. fecskendők és injektáló felszerelés megosztása, védekezés nélküli szexuális kapcsolatok, túl-adagolás stb.) előfordulását. Az intravénás droghasználók körében léteznek bizonyos stratégiai fontosságú helyszínek, ahol a drogokat megvásárolják vagy fogyasztják, legyen az a nyílt utcán vagy valamely zárt épületben (nyílt vagy zárt drogszcéna). A drogfogyasztók jelentős része nem kerül kapcsolatba proaktív módon semmilyen terápiás vagy prevenciós szolgáltatással, ők kizárólag ezeken a helyszíneken érhetők el. A megkereső munkásoknak rendkívül szoros kapcsolatot kell kialakítaniuk a droghasználói közösséggel ahhoz, hogy alkalmazkodni tudjanak a folyamatosan változó viselkedési mintákhoz, helyszínekhez, igényekhez, vagy akár a megváltozott rendőrségi tevékenységhez és a helyi, nem droghasználó közösség reakcióihoz.

D) Drogfogyasztók bevonása (*drug user involvement*)

A volt droghasználók gyakran vesznek részt prevenciós és terápiás programok szervezésében és működtetésében, ugyanakkor az *aktív* droghasználók bevonásával kapcsolatban nagyfokú idegenkedés érezhető (Curtis, M. 2004). Az absztinencia-orientált szemlélet ugyanis a drogfogyasztást olyan átmeneti állapotnak tekinti, amelyet rövidtávon le lehet, és le is kell küzdeni. Az ártalomcsökkentő szemlélet terjesztésében és az ártalomcsökkentő szolgáltatások kialakításában azonban kezdettől fogva nagy szerepet kaptak az aktív drogfogyasztók szervezetei: az ártalomcsökkentő mozgalom eredetileg alulról jövő (*grassroot*) kezdeményezések eredményeképpen jött létre, az állam és a szakma tulajdonképpen csu-

pán később kapcsolódtak be. Már a 70-es évek óta közismert tény, hogy a drogfogyasztás mintázatai, technikái társadalmi tanulás eredményei, amelyeket a droghasználó a kortárs közösségben sajátít el, akár csak az alkoholfogyasztás kultúráját (Zinberg, N. E. 2005). A drogfogyasztói közösségek nem csak a káros, hanem a hasznos információk (pl. biztonságosabb belövési technikák, steril felszerelés használata, moderált használat stb.) terjesztésének is kitűnő kommunikációs közeget biztosíthatnak. Szintén a 70-es években – még a HIV/AIDS járvány megjelenése előtt – alakultak ki az első olyan fogyasztói csoportok, amelyek elvetették az „önsegítő” jelzõt, amelyet a drogfogyasztást a „betegség-paradigmában” értelmezõ és az absztinenciát szorgalmazó szervezetekkel azonosítottak (pl. névtelen narkománok). Ezek az új típusú fogyasztói csoportok nyíltan elutasították a represszív, kriminalizáló drogpolitikát és az egészségügyi-szociális rendszer gyámkodását. A holland társadalom kezdettõl fogva élen járt a drogproblémára és a HIV/AIDS járványra adott progresszív civil reakciók terén. A rotterdami *Junkiebonden* alapító nyilatkozatában leszögezte, hogy a drogproblémák jelentõs részéért éppen a represszív drogpolitika felelõs. A HIV/AIDS járvány kitörése hatalmas hajtóerõt jelentett a fogyasztói csoportok legitimizációját illetõen, ugyanis a közösségi alapú prevenció elképzelhetetlen lett volna a kockázati csoportok bevonása nélkül. Hollandiában az 1974-ben alapított fogyasztói csoport, az MDHG volt az elsõ olyan szervezet, amely a 80-as évek elején steril fecskendõk terjesztésével próbálta elejét venni a fertõzések terjedésének. Az MDHG nem csak aktív droghasználókat, hanem szülõket, hozzátartozókat és szakembereket is felvett sorai közé. *Positive Verder* (Pozitívvá válni) c. kiadványuk fontos korai dokumentuma a közösségi alapú megelőzésnek és a HIV pozitív drogfogyasztókkal való együttélésnek. A 90-es években szintén Amszterdamban alapított LSD (*Landelijk Steunpunt Druggebruikers*) valóságos modellszervezetté vált Európában, jelenleg már mintegy 20 helyi fogyasztói csoportot tömörítõ ernyõszervezetként működik, célja a kormányzat, a szakemberek és a drogproblémákban személyesen érintett emberek közötti párbeszéd elõsegítése. A holland fogyasztói csoportok aktívan közreműködnek az államilag finanszírozott ártalomcsökkentő programok működtetésében, így például a metadonklinikák és az ellenőrzött belövõ szobák belső szabályzatának kialakításában. (Trautman, F. 1994)

Az elmúlt évtized egyik legsikeresebb drogfogyasztói szervezete a kanadai VANDU (*Vancouver Area Network of Drug Users*), amelyet 1997-ben hoztak létre azzal a céllal, hogy megfékezze a HIV/AIDS járvány robbanásszerű terjedését a Vancouver keleti negyedében (*Downtown East Side*) élõ, mintegy 5000 fõre becsült injekciós droghasználó közösség körében. A VANDU munkacsoportokat hozott létre a helyi közösség, a drogfogyasztók és az önkormányzati tisztviselõk párbeszédének kialakítására, ezenkívül beindította a város elsõ tücsere-programját is, amelyet azonban kezdetben nagy idegenkedés fogadott a hatóságok

részéről. Egy független vizsgálat ugyanakkor korrelációt talált a tűcsere és a fecskendőmegosztás gyakorlatának csökkenése között. (Wood, E. 2003) A VANDU aktivistái a radikális zöld szervezetekre jellemző akciókkal hívták fel a közvélemény figyelmét a problémákra, például amikor 2000-ben a város tűcsereprogramjával szemben a polgármester 90 napos moratóriumot hirdetett, koporsókat cipeltek a városháza elé, ezzel is szemléltetve, hogy a tűcsere révén megelőzött fertőzések valójában megmentett emberéletek. A fogyasztói szervezetnek nem kis szerepe volt a város jelenlegi ártalomcsökkentő drogstratégiájának kidolgozásában, valamint az első észak-amerikai belövő szoba és a heroinfenntartó program kialakításában.

Magyarországon az injekciós droghasználóknak egyelőre nem létezik érdekképviselője sem a helyi (KEF), sem az országos kábítószerügyi koordinációs testületekben (KKB), ami igen sajnálatos, hiszen bizonyított tény, hogy a leghatékonyabb és az emberi jogokat a leginkább tiszteletben tartó politikák azok, amelyek az érintettek bevonásával kerülnek kialakításra és megvalósításra.

E) Kondomterjesztés, szexuális felvilágosítás

Az injekciós droghasználók nagy része a közhiedelemmel ellentétben szexuálisan aktív fiatal felnőtt, ezért a szexuális transzmisszió kockázatának csökkentése legalább annyira fontos a körükben, mint a fecskendő megosztásából fakadó kockázatoké. Különösen fontos ez annak érdekében, hogy a vírus ne terjedjen át más, egyébként alacsony kockázatnak kitett közösségekre: a HIV/AIDS megjelenése óta a döntéshozók gyakran estek abba a hibába, hogy a különféle kockázati csoportok működését túlságosan sematikusnak képzelték, és ennek következtében elhibázott vagy elégtelen stratégiákkal próbálkoztak. Az egyedül a meleg férfiakra, vagy kizárólag az injekciós drogfogyasztókra koncentráló megelőző programjaik során nem vették figyelembe, hogy az azonos neműekkel szexuális kapcsolatot létesítő férfiak egy része nem homo-, hanem biszexuális, vagy éppen azt, hogy a drogfogyasztók élnek szexuális életet és partnereik nem feltétlenül az IDH-k közül kerülnek ki. Ezek az ún. hídpopulációk átjárót képeznek a lakosság kevésbé fertőzött része felé, így téves minden olyan megközelítés, amely azt feltételezi, hogy a lakosság marginalizált csoportokba nem tartozó többségének nincs szüksége különösebb megelőzésre, mert „biztonságban van”.

Gyakori az összefonódás az IDH és a szexmunkás közösség között is. Magyarországon esetében a helyzetet súlyosbítja, hogy a kliensek egy része hajlandó többet fizetni az óvszer nélküli szolgáltatásért. Megoldást jelenthetne a problémára, ha nemcsak férfi, hanem női óvszerek is hozzáférhetőek lennének a szexmunkások számára – a női óvszerek alkalmazását a WHO kifejezetten olyan esetekben ajánlja, amikor a fertőződési kockázatnak kitett nő kiszolgáltatót

helyzete révén nem, vagy csak nehezen képes elérni, hogy a vele szexuális kapcsolatot létesítő férfi megfelelően védekezzen.

F) HIV, illetve HBV és HCV tesztelés és tanácsadás

A fertőző betegségek terjedésének megakadályozásában, illetve a fertőzések korai felismerésében igen fontos szerepe van a HIV és a hepatitis megelőzésében. A teszt alkalmával és az eredmény közzétevésekor is célzott információátadásra nyílik mód, amely negatív teszt esetén segíti a tesztalanyt abban, hogy a továbbiakban se fertőződjön meg, pozitív eredmény esetén pedig felvilágosítja, hogy mit kell tennie a vírus továbbterjedésének megakadályozásáért, illetve tájékoztatja a kezelési lehetőségekről. A marginalizált csoportok tagjai, így az injekciós droghasználók szempontjából is az önkéntes, anonim, ingyenes, pre- és poszt-teszt tanácsadással egybekötött tesztelés a hatékony, a tapasztalatok szerint ugyanis az együttműködésen alapuló, az emberi jogokat maximálisan tiszteletben tartó eljárások a legcélravezetőbbek – az ingyenesség indoka pedig, hogy nemcsak a tesztalanyok érdeke, hanem általános társadalmi-közegészségügyi érdek,² hogy minél kevesebb vírushordozó legyen, és hogy aki az, az ezt minél korábban felismerje.

Az IDH-k esetében célszerű a tesztelést olyan helyen vagy alkalmakkor végezni, ahol vagy amikor a közösség tagjai az adott helyen egyébként is megfordulnak, így pl. tűcsereprogramoknál, metadonklinikákon. Jelenleg sajnos nagyon kevés speciális célcsoportra, így például IDH-kra irányuló szűrőprogram működik Magyarországon (Gyarmathy V. A. et al. 2004). A kockázati csoportok célirányos szűrése egyértelműen költséghatékony: egy HIV, HBV illetve HCV teszt munkadíjjal együtt 2–3000 Ft-ba kerül, míg az államilag 100%-osan támogatott HIV kezelés biztosítása 2004-ben 716 millió Ft-ba, a hepatitis B és C kezelések pedig 1,2 milliárd Ft-ba kerültek.

G) Antiretrovirális kezelés és interferon-kezelés

A HIV/AIDS-re jelenleg nem létezik hatékony gyógymód, az antiretrovirális szereknek köszönhetően azonban nagyon sokáig igen alacsonyan tartható a szervezetben a vírusok száma. Az interferon-kezelés az esetek 65–70%-ában hatékony a hepatitis C kezelésében, ezekben az esetekben már a kezelés alatt is a

2 Hogy más előnyeit most ne is hangsúlyozzuk, a megelőzés még ingyenes tesztelés esetén is jóval kevesebbe kerül, mint a kezelés, amely a HIV/AIDS esetében élethosszig tartó, a HCV esetében pedig változó időtartamú, de mindenképpen igen költséges.

vírusszám csökkenése figyelhető meg. Prevenációs szempontból ez azért lényeges, mert alacsony vírusszám esetén még felelőtlen magatartás mellett is kisebb az esélye annak, hogy a másik megfertőződjön a HIV vagy a HCV vírusával. Ennek ellenére nagyon sok ország eleve kizárja a drogfogyasztókat a terápiákon való részvétel lehetőségéből, hivatalosan arra való hivatkozással, hogy rendszeretlen életmódjuknál fogva az IDH-k nem képesek betartani a kezelés szigorú szabályait, így elősegítik a gyógyszerrezisztens vírusvariánsok kifejlődését, a kezelésükre fordított pénz pedig kárba vész. Egyre több kutatás bizonyítja azonban azt, hogy a szubsztitúciós terápiában részesülő HIV pozitív, illetve hepatitis C pozitív drogfogyasztók ugyanolyan, ha nem magasabb arányban követik a kezelési előírásokat, mint a nem drogfogyasztó páciensek, illetve hogy az interferon-kezelés sikeresen lefolytatható. (McCarthy és Flynn 2001; OSI 2004) Egy 2004-es kanadai tanulmány pedig arra a következtetésre jutott, hogy a HCV pozitív droghasználók interferon-kezelése nemcsak hatékony, hanem szükséges is a vírus továbbterjedésének megakadályozásához. (Fischer, B. et al. 2004)

A hivatalos statisztikák szerint hazánkban lényegében nincsenek HIV pozitív IDH-k – az elmúlt években kiszűrt injekciós drogfogyasztók külföldi állampolgárok voltak és nem Magyarországon kezeltetik magukat –, így jelenleg nem tudni, okozna-e gondot, hogy antiretrovirális kezelést kapjanak. Ismert viszont, hogy az interferon kezelés megkezdéséhez a hazai májcentrumok általában 6–12 hónapos absztinenciát szabnak előfeltételként, azaz aktív drogfogyasztók nem vehetnek részt a terápiában. Az új kezelési protokoll kidolgozásáig érvényben lévő ideiglenes protokoll³ nem érinti a drogfogyasztás kérdéskörét, és az alapjául szolgáló külföldi, illetve nemzetközi ajánlások sem sorolják azt az ellenjavallatok vagy a kizáró okok közé, sőt, a protokoll által is hivatkozott „*Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C*” (Agence nationale d’accreditation et d’évaluation en santé (ANAES) 2002) c. dokumentum kifejezetten ki is jelenti, hogy az IDH-kat lehetőség szerint be kell vonni a kezelésbe. Annak érdekében, hogy a májcentrumok gyakorlata kedvező irányba változzon, szükséges lenne az új kezelési protokollban egyértelművé tenni, hogy önmagában a droghasználat ténye nem lehet kizáró ok. Hazai addiktológus szakemberek a TASZ-szal közösen levélben fordultak a protokollt kidolgozó bizottság elnökéhez arra kérve a bizottságot, hogy ajánlásai kidolgozásakor a fenti szempontokat is vegye figyelembe, illetve hogy tegye lehetővé, hogy azok kidolgozásába a drogfogyasztókkal napi szinten foglalkozó szakemberek is részt vehessenek. 2005 áprilisában kelt levelünkre jelen tanulmány lezárásakor (2005 október) semmilyen válasz nem érkezett.

3 „Protokoll a krónikus vírushepatitisek antivirális kezelésére”, 2004 október elseje óta alkalmazandó, amíg a hivatalos szakmai irányelvek fel nem váltják.

H) Védőoltások

Jelenleg sem a HIV, sem a HCV ellen nem létezik hatékony védőoltás, nem közböns azonban, hogy a HIV, a hepatitis C vagy a HIV-HCV koinfekció mellett az érintett még más fertőző betegségektől is szenved-e vagy sem. A marginalizált IDH-k gyakran elégtelen higiéniai körülmények között élnek, illetve fogyasztanak drogot, következésképpen könnyen fertőződhetnek a hepatitis A (HAV) vírusával is, és esetükben a kockázatos – óvszer nélküli – szexuális magatartás valószínűsége is nagyobb, azaz fennáll a hepatitis B-vel (HBV) való megfertőződés esélye is. E magasabb kockázatokra való tekintettel a WHO ajánlásaiban azt hangsúlyozza, hogy az injekciós droghasználókat ingyenes HAV és HBV védőoltásban kell részesíteni. Ezzel szemben hazánkban a veszélyeztetett csoportok tagjai – IDH-k, szexmunkások – is csak saját költségükre részesülhetnek védelemben.

III. Egyesületlen Nemzetek: drogkontroll vs. közegészségügy

A nemzetközi egészségügyi világszervezetek által ajánlott hatékony prevenciós módszerek széleskörű és következetes alkalmazása alapvető kihívást jelent a HIV járvány megjelenése előtt lefektetett ENSZ konvenciókon (1961, 1971, 1988) alapuló nemzetközi drogkontroll-rendszer számára. Az injekciós droghasználókkal ugyanis nem csak a HIV/AIDS járvány megelőzésére és kontrolljára törekvő egészségügyi világszervezetek, hanem az ENSZ kábítószerügyi világszervezetei (INCB, UNODC, CND) is foglalkoznak. Mivel a kábítószerügyi világszervezetek fő donorállamai között olyan országokat találunk, amelyek a prohibicionista drogpolitika elkötelezett hívei (USA, Japán, Svédország, Olaszország stb.), álláspontjuk szerint a kormányzati beavatkozásoknak a drogfogyasztás teljes megszüntetésére kell irányulniuk. Ezek a szervezetek tehát gyakran a drogmentes világ megteremtésére irányuló erőfeszítéseiket aláásó, nehezítő kezdeményezéseknek tekintik azokat az ártalomcsökkentő eljárásokat, amelyek a fertőző betegségek terjedésének hatékonyabb megelőzése érdekében tolerálják az illegális drogfogyasztást. Az egyes kormányzatok ezenkívül gyakran kerülni igyekeznek a probléma mélyreható elemzésen alapuló hatékony kezelését, mivel az rámutatna a jelenleg alkalmazott közegészségügyi és büntetőpolitikák súlyos aránytalanságaira, feszültségeire és ellentmondásaira. Következésképp az injekciós droghasználók körében jelentkező HIV járvány gyors terjedésére adott politikai válaszok gyakran a kockázati népesség szegregációjának és kriminalizációjának irányába hatnak vagy hatottak, és még mindig kizárólag az illegális drogok kínálatának és keresletének csökkentésétől remélik a kérdés megoldását.

Az ENSZ speciális, HIV/AIDS-el foglalkozó 2001-es New York-i közgyűlé-

sén elfogadott elköteleződési nyilatkozat különösen nagy hangsúlyt fektet a kockázati csoportok *emberi jogainak tiszteletben tartására*, illetve az *érintett közösségeknek* a döntéshozatali folyamatokba való *bevonására*. A New York-i nyilatkozat előírja a tagállamok számára, hogy 2005-ig jelentősen növeljék az injekciós droghasználók a steril injekciós felszereléshez és kondomokhoz való hozzáférését, valamint hogy töröljék el azokat a jogszabályokat, amelyek a kockázati csoportok diszkriminációját jelentik. (UNGASS 2001) Mivel ez a korszerű, az aktív droghasználókat partnernek tekintő megközelítés gyakorlatilag idegen a kábítószerügyi világszervezetek elsősorban kormányzati szintű koordinációra és együttműködésre, a nemzetközi kínálatcsökkentő operatív akciókra és a kockázati magatartásformák kriminalizációjára összpontosító szemléletétől, az a paradox helyzet állt elő, hogy ugyanazon kockázati csoportra vonatkozóan az ENSZ HIV stratégiája teljesen más jellegű intézkedéseket ír elő, mint az ENSZ kábítószerügyi stratégiája. Ez utóbbi még mindig a drogjelenség teljes megszüntetésére törekszik: az 1998-as tízéves akcióterv szerint reális cél a drogmentes világ 2008-ig történő megteremtése. (Jelsma, M. et al. 2003)

Ennek köszönhető, hogy az injekciós droghasználók körében terjedő HIV/AIDS járvány kapcsán sajátos „tudathasadásos” állapot alakult ki a nemzetközi közösségen, illetve leginkább az ENSZ-en belül, és a kábítószerügyi és az egészségügyi szervezetek gyakran szögesen ellentétes ajánlásokat fogalmaznak meg a problémák hatékony kezelésére. Maguk a kábítószerügyi világszervezetek is elmentmondásosan reagálnak: egyrésztől kénytelenek átvenni a HIV megelőzést szolgáló közegészségügyi stratégiák bizonyos elemeit, másrésztől azonban kitartanak a kriminalizáló-stigmatizáló retorika mellett (pl. az illegális drogfogyasztás minden formájának illegitim abúzusként való meghatározása mellett). Az anomáliák időről időre a felszínre bukkannak és egyértelműen láthatóvá válnak, különösen a nemzetközi drogpolitikai fórumokon. A UNODC 2004-ben a fejlődő világ számos országában közvetett segítséget nyújtott az ártalomcsökkentő módszerek bevezetéséhez, ezenkívül a WHO-val és a UNAIDS-el közösen a tűcsereprogramok hatékonyságát elismerő ajánlást adott ki. (WHO, UNAIDS, UNODC 2004) Ugyanezen év novemberében azonban nyilvánosságra került az a levél, amelyet Antonio Maria Costa, a UNODC igazgatója írt az amerikai külügyminisztérium diplomatájának, Robert Charlesnak, akivel néhány nappal korábban személyesen tárgyalt. A levélben Costa arról biztosítja az amerikai kormányt, hogy szervezete a jövőben semmilyen támogatást nem fog nyújtani az ártalomcsökkentő programok számára. A civil társadalom tiltakozó kampányt indított az eset kapcsán, egy mintegy 350 szervezet által aláírt levelet juttattak el a Kábítószerügyi Bizottság (CND) 48. ülészakára (2005. március 9–14.) érkező képviselőknek. A CND során, melynek 2005-ös központi témája a HIV/AIDS megelőzés volt, heves viták bontakoztak ki a brazil kormány által benyújtott határozati javaslatl kapcsolatan is, amely előírta volna a tagál-

lamok számára, hogy növeljék a steril fecskendőkhöz való hozzáférést, valamint a droghasználók emberi jogainak tiszteletben tartását. (Draft Resolution 2005) A javaslat megosztotta a nemzeteket: az egyik oldalon az Egyesült Államok és szövetségesei (Japán, Oroszország, Malajzia, Svédország) az ártalomcsökkentésre való mindennemű utalást elvetettek, a másik oldalon a latin-amerikai államok szövetsége (GRULAC), Hollandia, valamint az Európai Unió soros elnökségét adó Luxemburg a javaslat mellett foglaltak állást. A vita többször is megbénította a Bizottság munkáját. Mivel a CND határozatainak teljes konszenzuson kell alapulniuk, a javaslat végül megbukott. (Jelsma, M. 2005)

2. táblázat. Ellentétes megközelítések az Egyesült Nemzeteken belül

Drokkontroll	versus	Közegészségügy
Drogmentes világ —Meg tudjuk csinálni!		Az intravénás drogfogyasztás teljes megszüntetése ... valószínűleg elérhetetlen cél.
(Pino Arlacchi, az ENSZ Kábítószer és Bűnüldözési Irodájának igazgatója, 1998)		(WHO, A HIV fertőzés megelőzésének alapelvei drogfogyasztóknál, 1997)
A drogfogyasztók szobáiról és más ártalomcsökkentő intézkedésekről folyó vita elterelte a kormányok figyelmét (és forrásait) a fontos kínálatsökkentő tevékenységektől.		Az elismert ártalomcsökkentő elméletek ártalomcsökkentő valószínűségi fordítását a társadalmi és politikai akarat hiánya tartja vissza.
(INCB, éves jelentés, 2001)		(Catherine Hankins, igazgató, UNAIDS, 2002)
A használat vagy fogyasztás fogalmát csak az orvosi vagy tudományos célú használatra vagy fogyasztásra lehet vonatkoztatni ... a droggal visszaélők ezért se nem fogyasztók, se nem használók.		A drogfogyasztóknak maguknak a bevonása nélkül nem érhető el hatékony HIV-prevenció vagy viselkedésbeni változás ennél a csoportnál. Fontos, hogy a kortárs segítség alapelve alapján tegyünk HIV-prevenációs lépéseket, bevonva a drogfogyasztó közösség tagjait.
(INCB, éves jelentés, 2001)		(UNODC, Leckék amiket megtanultunk, 2001)
Az illegális drogfogyasztás elősegítése fecskendők terjesztése útján ... olyan a számomra, mint felhívás a drogabúzusra, amely ellentétes a konvenció alapelveivel.		Az intravénás droghasználókkal való munka során fontos az ártalomcsökkentésre építő összpontosítani, mint a rehabilitációra ... el kell sajátítani egy sokoldalú megközelítést, amely magában foglalja a tűk és fecskendők cseréjét ... és a farmakológiai szubsztitúciót.
(Philip O. Emafo, az INCB elnöke)		(Új megközelítések a HIV prevencióhoz, UNAIDS Best Practice Collection, 2000)
A svéd drogpolitika azon az elképzelésen alapul, hogy a drogok nem orvosi célú használata rombolja a testet és elmét, célja ezért a drogabúzus gonoszságától megszabadított társadalom elérése. A cél érdekében ... prevenció, terápiás és represszív intézkedéseket hoztak.		Meg kell változtatni azokat a politikai szabályozásokat, amelyek megakadályozzák a droghasználókat a szolgáltatásokhoz való hozzáféréstben. Meg kell változtatni azokat a rendelkezéseket, amelyek megfélemlítik és üldözik a HIV fertőzés kockázatának kitett embereket. A drogfogyasztókat az alvilágba kényszerítő és a prevenciót aláásó stigmát és diszkriminációt el kell törölni.
(Okun nagykövet, INCB referens)		(Kathleen Cravero, Igazgatóhelyettes, UNAIDS, 2003)
Az UNDCP-nek még nincsen hivatalos állásfoglalása az ártalomcsökkentésről.		Az Egyesült Nemzetek teljeskörű támogatást biztosít az ártalomcsökkentés alapelveinek: az intravénás droghasználók elérése, steril injekciós felszerelés és fertőtlenítő szerek kínálása és szubsztitúciós kezelés.
(UNDCP Jogi Ügyek Osztálya, 2002)		(Catherine Hankins, igazgató, UNAIDS, 2002)

Az ellentmondásos üzeneteknek és a politikai akarat hiányának köszönhetően a hatékony HIV/AIDS megelőzési technikák jelenleg a UNAIDS becslései szerint az injekciós droghasználó népességnek mindössze 5%-ához jutnak el! (UNAIDS 2004) 2000-ben azoknak az országoknak mindössze 40%-ában működtek tűcsereprogramok, ahol a HIV/AIDS megjelent az injekciós droghasználók körében. (Dolan, K. 2000) Az Egyesült Államokban a becslések szerint minden év, amelyben elmulasztják a tűcsereprogramok kiterjesztését, 12350 új fertőzést eredményez. (Holtgrave, D. R. 1998) Oroszországban és a volt Szovjetunió legtöbb utódállamában, ahol a HIV/AIDS járvány katasztrofális méreteket öltött, mind a mai napig illegális a szubsztitúciós terápia és a tűcsereprogramok sem élveznek állami támogatást. (Malinowska-Sempruch, K. és Wolfe, D. 2004) Ezzel szemben Nyugat-Európában, ahol az ártalomcsökkentő szolgáltatások széles körben elérhetőek, a HIV járvány növekedését az EMCDDA jelentései szerint sikerült hatékonyan megfékezni. (EMCDDA 2004) Azokban az államokban, ahol az ártalomcsökkentő szolgáltatások a tiltott vagy megtűrt, de nem a támogatott kategóriába esnek, a kábítószerekkel kapcsolatos büntetőpolitika költségei jóval meghaladják a kábítószerekkel kapcsolatos szociális és egészségügyi kiadásokat. Az ártalomcsökkentés alulfinanszírozásának, korlátozásának az okát tehát nem a pénzügyi források hiányában, hanem a kormányzati politika prioritásaiban kell keresnünk.

IV. Az AIDS- és drogpolitika emberi jogi hatásvizsgálata

A szakirodalom két közegészségügyi-járványügyi modellt különböztet meg a HIV/AIDS tekintetében: a kényszerintézkedéseken alapuló ún. hagyományos járványügyi, és az emberi jogok érvényesülésén alapuló ún. modern közegészségügyi modellt. A hagyományos modellt a 19. sz. végén – 20. sz. elején került kidolgozásra és nagyban hozzájárult az akkor jellemző fertőző betegségek előfordulásának drasztikus lecsökkentéséhez. A modell lényegében a következő lépésekre épül: beazonosítani a fertőzött személyeket; a feltárt eseteket nyilvántartásba vétel céljából bejelenteni a közegészségügyi hatóságoknak; felkutatni a fertőzött személyek kapcsolatait; elkülöníteni a (potenciálisan) fertőzött személyeket a társadalom többi részétől, és végül az így elkülönített személyeket meggyógyítani. Egyértelmű, hogy ezt az eljárást olyan járványos betegségek leküzdésére dolgozták ki, amelyek köznapi érintkezés útján terjednek, lappangási idejük rövid, és gyógymódjuk ismert – a HIV/AIDS azonban sajnos nem ilyen. A HIV/AIDS köznapi érintkezés útján nem, csak szexuális érintkezés, vagy vér, illetve meghatározott testvázlatok útján terjed. A vírus átadása egyszerű, alapvető higiéniai, illetve viselkedési szabályok betartásával elkerülhető, a kór meg-

előzésére szolgáló hatékony oltás, vagy a fertőzöttek teljes gyógyulását eredményező kezelés pedig jelenleg nem létezik.

A fenti különbségekre való tekintettel került az elmúlt évtizedben kidolgozásra a másik, a HIV/AIDS vonatkozásában haladó járványügyi szemlélet, miután a legtöbb ország kénytelen volt szembesülni azzal, hogy a vírus terjedését a hagyományos eszközökkel nem sikerült meggátolni. Ez a megközelítés számol azzal a ténnyel, hogy egyes különösen veszélyeztetett csoportok tagjai – intravénás droghasználók, szexmunkások, melegek – meglehetősen bizalmatlanok az állammal szemben, és a hatóságilag kikényszeríthető járványügyi intézkedések nem fogják éppen erősíteni bennük az együttműködési hajlamot. A modern megközelítés az érintettek önkéntes, tájékozott beleegyezésén és együttműködésén alapul, és a legmesszebbmenőkig tiszteletben tartja mind a vizsgált személyek, mind a HIV pozitívok alapvető emberi jogait. A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy az így kialakult bizalmi viszonyoknak köszönhetően ez a modell hatékonyabban működik, mint a hagyományos járványügyi modell.

Kérdés, hogy mit kell az alatt értenünk, hogy egy állam közegészség-politikája alakítása és végrehajtása során a „legmesszebbmenőkig” tiszteletben tartja az emberi jogokat. Hogyan vizsgálható, hogy a modernnek szánt megközelítés valóban megfelel-e a kritériumoknak?

A közegészségügy-politikai szabályozási rendszereket gyakran anélkül alakítják ki, hogy a tudományos tények alapján gondosan megvizsgálják az egyes intézkedések közegészségügyi, pénzügyi, társadalmi, és nem utolsósorban emberi jogi hatásait. Nem ritka, hogy az elfogadott jogszabályok és a bevezetett intézkedések nincsenek összhangban sem a megvalósítani kívánt célkitűzésekkel, sem pedig az emberi jogokról szóló, egyetemes érvényű nemzetközi egyezményekkel. A HIV/AIDS politika és a drogpolitika területén különösen jellemzőek a diszkriminatív, elhibázott stratégiai célokat kitűző, vagy ugyan helyes célkitűzéseket megjelölő, ám azok eléréséhez aránytalanul nagy áldozatot követelő intézkedések. Larry Gostin és Jonathan Mann 1994-ben publikált tanulmánya egy olyan vizsgálati modellt (*Human Rights Impact Assessment* – emberi jogi hatásvizsgálat) dolgozott ki, amely kitűnő eszköz ezen interferenciák azonosítására, illetve megelőzésére (Gostin és Mann, 1994). A szerzőpáros szerint egy felelős egészségügyi kormányzatnak a szakpolitikai stratégiai tervezés során, illetve a célkitűzések, célcsoportok és intézkedések kiválasztása során, az alábbi lépések szerint kell haladnia:

A) Tisztázni kell a közegészségügyi érdeket

A védendő közegészségügyi érdek meghatározása különösen fontos: a világosan megfogalmazott célok segítenek beazonosítani a tervezett intézkedések valódi

indokait, megkönnyítik a lakossággal való kommunikációt és a legitim közegészségügyi célkitűzések körüli társadalmi vitát, továbbá hozzájárulnak az előítéletek, a sztereotípiákra épülő megközelítések és az irracionális félelmek felismeréséhez és kivédéséhez.

A döntéshozók felelőssége, hogy a lehető legkonkrétabban határozzák meg az elérni kívánt célt: nem elég egy intézkedés indokaként pl. általánosságban megjelölni az AIDS vagy a tuberkulózis elleni küzdelmet, ez túl tág és behatárolhatatlan. Ehelyett a célok pontos megfogalmazására kell törekedni, ilyen lehet pl. a HIV vér és vérkészítmények általi terjedésének a megelőzése (HIV tesztelés, a vérkészítmények hőkezelése stb. révén).

Meg kell becsülnie a tervezett intézkedések várható hatékonyságát. Egy érvényes, legitim, adott esetben sürgető közegészségügyi érdek önmagában még nem elegendő az intézkedések megindoklására: a közegészségügyi döntéshozóknak ki is kell mutatniuk, hogy az alkalmazni kívánt módszerek jó eséllyel elérik a megjelölt célokat. Ehhez a tények, adatok és szakvélemények alapos, objektív és pártatlan vizsgálatára van szükség, valamint arra, hogy kikérjék a lakosság érintett csoportjainak a véleményét.

Előfordulhat, hogy a döntéshozók ezt a hatékonyságelemzést túlságosan „időigényesnek” értékelik, és kihagyják arra való hivatkozással, hogy közegészségügyi szükséghelyzetben sürgős lépéseket kellett tenniük. Abszurd lenne azonban azt feltételezni, hogy sürgős lépéseket igénylő helyzetben hanyagolható lenne a rendelkezésre álló tények és adatok figyelembe vétele: elvárható, hogy a döntéshozók ilyenkor se vaktában intézkedjenek, hanem az ismert információkat mérlegelve hozzák meg döntéseiket.

Fontos továbbá, hogy az intézkedések tényleges értelmét keressük: attól még, hogy egy adott kormány egy agresszív, látványos szűrő-, partnerkutatási vagy elkülönítési programot vezet be, még nem biztos, hogy valóban „tesz is valamit” a probléma megoldása érdekében. Gyakori hiányosság például, hogy a prevenció célzattal végzett szűrések alkalmával semmilyen felvilágosítás, információátadás nem történik, ezzel pedig megkérdőjeleződik, hogy az alkalmazott intézkedés (a szűrés) eléri-e a kitűzött célt (a megelőzés-felvilágosítást). Ilyen hiányosságokkal hazánkban is találkozhatunk: az adatvédelmi biztos és a TASZ munkatársai 2004 május-júniusában ellátogattak az ÁNTSZ hálózat nyolc különböző intézetébe és próbaképpen anonim HIV tesztet kértek. Az előírásoknak megfelelő és részletes tanácsadást is tartalmazó tesztelési gyakorlatot csupán két helyen tapasztaltak, ezért a biztos 2004 szeptemberében ajánlást bocsátott ki, amelyben minden szűrőállomást a jogszabályok fokozott betartására hívott fel.

C) Meg kell vizsgálnia, hogy a tervezett intézkedések a megfelelő csoportot célozzák-e meg

A megfelelően tervezett politika a lakosság azon részére koncentrálni, amelynek szüksége van az intézkedésekre, és ideális esetben azon csoportok szükségleteihez igazodik, amelyek a politika előnyeit élvezik majd. Tisztában kell azonban lennünk azzal, hogy minden politika vagy intézkedéscsomag óhatatlanul két csoportra osztja az embereket, hiszen létrehoz egy csoportot, amelyet érintenek az intézkedések, és egy másikat, amelyet pedig nem. Fontos azt vizsgálni, hogy az alkalmazni kívánt intézkedés nem sújtja-e aránytalanul valamely egyébként is hátrányos helyzetben lévő csoport tagjait: egy első ránézésre – és szándékában is – semleges intézkedés súlyosan diszkriminatív is lehet. Ilyen nem szándékos diszkrimináció pl. ha úgy dönt az egészségügyi kormányzat, hogy minden olyan TBC-s beteget elkülönít, aki nem kezelte magát az előírt módon. Ez a döntés jó eséllyel nagyobb arányban fogja érinteni azokat a szegény embereket, akik számára az egészségügyi szolgáltatások nehezebben hozzáférhetők. Lényeges tehát felismerni, hogy minden valamely célcsoportra fókuszáló intézkedés magában hordozza a hátrányos megkülönböztetés lehetőségét, veszélyét, ezért különös figyelemmel vizsgálándó, hogy az eredetileg kitűzött közegészségügyi cél elérésére való alkalmasság mellett az intézkedés milyen konkrét következményekkel jár a célcsoportra nézve.

Vizsgálni kell tehát, hogy a tervezett intézkedés kiket kellene, hogy értsen, és milyen hatást kellene, hogy kiváltson, illetve hogy ehhez képest kiket és hogyan érint valójában. Egy intézkedés lehet alultervezett és felültervezett: az első esetben az intézkedés kevesebb embert ér el, mint amire szükség lenne, míg a második esetben az egyének szélesebb csoportját érinti, mint kellene.

1. Megengedhető alultervezés. A megengedhetően alultervezett intézkedés a kockázati csoportoknak csak egy részét célozza meg és éri el. Ilyen például az, ha a kormányzat szexedukációs programja kizárólag az utcagyerekekre irányul, az iskolába járó gyerekeket pedig nem érinti. Az alultervezettség nem szükségszerűen diszkriminatív, csupán azokat a prioritásokat jelzi, amelyeket szűkös erőforrásainak felhasználásakor egy adott ország szem előtt tart. A speciális célcsoportok szerinti súlyozás fontos a költséghatékonyság megőrzéséhez. Hasonló módon a megengedhető alultervezés kategóriája alá esik hazánkban pl. az ún. Dzsumbuj program keretében folyó, a budapesti roma fiatalok egy részét célzó szexuális felvilágosítás és drogprevenció: ez a program a budapesti roma intravénás amfetaminhasználó népesség sajátos szükségleteinek és problémáinak felismerésén alapul.

2. *Megengedhetetlen alultervezés.* Az alultervezett modell is lehet diszkriminatív, amennyiben a kormányzat bizonyos hátrányos helyzetű, gyenge jogérvényesítő képességgel rendelkező célcsoportok tagjaival szemben bevezet olyan korlátozó vagy kényszerintézkedéseket, amelyeket más, hasonló magatartást tanúsító, ám a célcsoporthoz nem tartozó egyénekre nem alkalmaz. A TBC-s példánál maradva, megengedhetetlen alultervezés az, ha a döntéshozók azt feltételezik, hogy a kedvezőbb anyagi helyzetű betegek maguktól is otthon maradnak, amíg fertőzőképesek, és betartják a kezelési előírásokat, míg az állandó lakcímmel nem rendelkező betegeknél vélelmezhető, hogy tovább fogják terjeszteni a betegséget ahelyett, hogy másokkal nem érintkezve megvárnák, míg megszűnik a fertőzőképességük és betartanák a kezelési utasításokat. Az alultervezés akkor is lehet megengedhetetlen, ha nem kényszerintézkedések alkalmazásáról van szó, hanem bizonyos szolgáltatások nyújtásáról. Ilyen alultervezés pl., hogy a gyógyszerkísérletek során nem vizsgálják a HIV/AIDS vagy a HBV-HCV kezelésnél használatos szerek és a különféle illegális drogok kölcsönhatásait, ami arra enged következtetni, hogy a drogfogyasztókat másodrangú pácienseknek tartják, akik ha ismeretlen mellékhatásoktól mentes kezelést óhajtanak, akkor legyenek absztinensek.

3. *Megengedhető felültervezés.* Megengedhető felültervezés valójában nemigen létezik: ha az adott intézkedés esetleg nem is korlátozza indokolatlanul az egyének egy részét, az által, hogy több embert érint, mint amennyit szükséges lenne, akkor sem kifizetődő. Költséghatékonysági szempontból megengedhetetlen pl. az, hogy mindenki minden egyes alkalommal, amikor valamely – bármely – egészségügyi szolgáltatást igénybe veszi, ezzel egyszerre HIV/AIDS felvilágosítást is kapjon.

4. *Megengedhetetlen felültervezés.* Közegészségügyi intézkedések terén akkor beszélünk megengedhetetlen felültervezésről, ha a bevezetni kívánt korlátozó intézkedések valamely, a vírus átadása szempontjából kockázatosnak tartott csoport tagjait érintik, miközben a tagok egy jó része nem is bocsátkozik kockázatot rejtő helyzetekbe. Megengedhetetlen felültervezés tehát minden olyan kötelező korlátozó intézkedés, amely pl. a melegekkel, a szexmunkásokkal, az injekciós droghasználókkal vagy a magas HIV fertőzöttségű országokból érkezőkkel szemben arra a tévhitre alapozva alkalmaznak, hogy az adott csoport minden egyes tagja védekezés nélküli szexuális kapcsolatot fog létesíteni, vagy drogfogyasztáskor meg fogja osztani tűjét, fecskendőjét.

A megengedhetetlen felültervezésnek Magyarországon is számos példája akad. Megengedhetetlen felültervezés például, hogy minden egészségügyi dol-

gozó, akár végez invazív beavatkozást, akár nem, köteles HIV tesztnek alávetni magát, vagy hogy minden egyes szexmunkás háromhavonta meg kell, hogy jelenjen HIV vizsgálaton, akár biztonságos módon nyújtja szolgáltatásait, akár nem, valamint az is, hogy a más számára anyatejet adományozó nők HIV tesztelése kötelező, amikor az anyatej melegítésével kivédhető a vírus átadása, hiszen a HIV 56°C-on szétesik. A legekleltársabb példa mégis maga a drogfogyasztást *per se* sújtó büntetőjogi üldözés, illetve annak medikalizált formája, az elterelés, hiszen a fogyasztók üldözendők, illetve kezelendők függetlenül attól, hogy valóban jelentenek-e veszélyt a közegészségre, másokat illetően, vagy a társadalomra nézve. A kábítószer-fogyasztás tényállását a Büntetőtörvénykönyv a közegészség elleni bűncselekmények körébe sorolja (XV. fejezet), és mivel jelenleg a vér útján terjedő fertőzések az injekciós kábítószer-fogyasztás legnagyobb ismert közegészségügyi kockázatai közé tartoznak,⁴ nem közömbös ezen büntetőjogi beavatkozás emberi jogi hatásvizsgálata, illetve annak vizsgálata, hogy a rendelkezés milyen hatással van a HIV és a HCV prevencióra. A Nemzetközi Vöröskereszt tematikus kiadványa rámutat arra, hogy az injekciós drogfogyasztók körében terjedő fertőző betegségek megelőzésének, illetve kontrolljának leghatékonyabb módja a drogfogyasztók kirekesztettségének és megbélyegzettségének csökkentése. (IRCRC 2003) Mivel kirekesztettségüket és megbélyegzettségüket a kriminalizáció egyértelműen növeli, a drogfogyasztás büntetőjogi fenyegetése mint a közegészségügyi problémák megelőzésére szolgáló politikai beavatkozás nemhogy nem szolgálja a prevenció céljait, hanem valóban megnöveli a fertőző betegségek terjedésének kockázatát. Azon túl, hogy a kábítószer-fogyasztás Magyarországon is bűncselekménynek számít, a legális tevékenységek kapcsán is számos olyan esetnek lehettünk tanúi, amikor a tiltás inspirálta rendőri intézkedések közvetlenül akadályozták az ártalomcsökkentő programok működését és hatékonyságát. (Dénes és Pelle 2001; Dénes és Nyizsnyánszky 2003) A büntető jogszabályok 1999-es szigorítása azt eredményezte, hogy a kezelésre jelentkező drogfogyasztók száma drasztikusan csökkent: a rejtőzködő populációknak a prevenció szolgáltatások szempontjából elsődleges fontosságú megkeresése, elérése tehát a fokozódó kriminalizáció hatására jóval nehezebbé vált. A 2004 őszén elfogadott új Európai Unió drogstratégia és a 2000-ben elfogadott magyar nemzeti drogstratégia legfőbb gyengesége is abban rejlik, hogy bár egyértelműen előírja az ártalomcsökkentő közegészségügyi és szociális beavatkozások bevezetését, nyitva hagyja a drogfogyasztás büntetőjogi megítélésének kérdését.

4 Ezt még a hagyományosan konzervatív ENSZ szervezetek, köztük a CND is elismeri: 2005-ös ülészakának fő témája a HIV/AIDS prevenció volt.

D) Meg kell vizsgálnia minden egyes intézkedés kapcsán az annak következtében várhatóan bekövetkező emberi jogi hátrányokat

Miután megállapítottuk, hogy a bevezetni kívánt intézkedés közegészségügyi szempontból alkalmas eszköz, áttérhetünk a tényleges emberi jogi hatásvizsgálatra: fel kell mérnünk, hogy az intézkedés alkalmazása esetén milyen emberi jogi hátrányok keletkeznének. E jogok között vannak, amelyek olyannyira alapvetőek és sérthetetlenek, hogy semmilyen körülmények között sem korlátozhatók – még abban az esetben sem, ha az országban szükségállapotot hirdettek és a közegészségügyi helyzet súlyos és sürgető. Ilyen például az élethez való jog, a kínzás tilalma, a rabszolgaság tilalma stb. Más jogok szükség esetén a társadalom érdekében korlátozhatók. Hogy megállapítsuk, hogy a korlátozások milyen hátránnyal, terhekkel járnak, négy tényezőt kell vizsgálnunk: a korlátozott jog természetét (sérthetetlen-e vagy sem); a korlátozás súlyosságát (mennyire érinti a jog lényegét); a jogkorlátozás-jogsértés gyakoriságát és hatókörét; és a jogkorlátozás-jogsértés időtartamát. A szerzőpáros szerint ez az a pont, ahol a független emberi jogi szakértők és az emberi jogok védelme érdekében tevékenykedő civil szervezetek képviselői értékes segítséget jelenthetnek a közegészség-politika kidolgozóinak számára.

E) Meg kell bizonyosodnia arról, hogy a tervezett intézkedés az az intézkedés, amely a közegészségügyi cél elérésére alkalmas alternatívák közül a legkevésbé korlátozza az emberi jogokat

Az emberi jogi hátrányok mérlegelése után lehetőség nyílik arra, hogy a döntéshozók megállapítsák, a közegészségügyi cél elérésére alkalmas különböző intézkedések közül melyik az, amelyik a legkevésbé korlátozza az érintett egyének alapvető jogait. A választás kapcsán hangsúlyozni kell, hogy a közegészségügyi szakemberek gyakran félreértik e kritériumot: nem arról van szó, hogy az emberi jogok védelmére való tekintettel a kormánynak olyan intézkedéseket kellene bevezetnie, amelyek nem hatékonyak, hanem arról, hogy a hatékony megoldások közül az emberi jogi szempontokra leginkább érzékeny intézkedésváltozatot kell választania.

A legkevésbé korlátozó alternatíva kiválasztásánál elsősorban azok a változatok jöhetnek szóba, amelyek nem járnak kényszerintézkedésekkel. Ha csak olyan módszer lenne hatékony, amely kényszerítő módon korlátozza az érintettek jogait, akkor az okozott emberi jogi hátrányok jelentősége alapján kell a lehetőségek közül választani. Nem ritka eset, hogy a közvélemény nyomására a kormányzat látványos restriktív vagy represszív intézkedéseket szándékozik bevezetni. A tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a közegészségügyi érdek és

az emberi jogi szempontok szinte mindig együtt járnak: az emberi jogok előmozdítása kifejezetten előnyös a közegészség védelme szempontjából, a legjobb és leghatékonyabb közegészségügyi stratégiák pedig maximálisan tiszteletben tartják az emberi jogokat. Ezt a következő példával érzékeltethetjük: egy nagyváros esetében, ahol szeretnék megfékezni a multirezisztens tuberkulózis terjedését, elképzelhető, hogy a közvélemény az aktív TBC-sek bíróság által kimondott és államilag kikényszeríthető kényszerkezeléséért fog kiáltani. Ezzel szemben elképzelhető, hogy bizonyos ösztönzők és szolgáltatások elérhetővé tételével – mint például utazási támogatás (a lakóhely és a kezelőhely közötti utakra), gyermekmegőrzés stb. – a döntéshozók könnyebben érthetik el, hogy a betegek valóban betartsák a kezelés szabályait.

F) Amennyiben valóban egy kényszerintézkedéseket tartalmazó megoldás bizonyulna a leghatékonyabb és egyben legkevésbé korlátozó alternatívának, a „reális veszély” kritériuma mentén kell azt alkalmaznia

Elképzelhető, hogy olyan közegészségügyi problémával merül föl, amelyre csak egy kényszerintézkedéseket is tartalmazó módszer jelenthet megoldást. Ez esetben minden alkalommal mérlegelni kell, hogy az adott esetben konkrétan érintett egyén valóban veszélyt jelent-e a társadalomra nézve vagy sem. E kritérium célja, hogy elejét vegye az irracionális félelmeken, sztereotípiákon, feltételezéseken és tévhiteken alapuló döntéseknek, és elősegítse a tényszerűen alátámasztott és tudományosan igazolt döntéshozatalt. A HIV-hez vagy a hepatitis C-hez hasonló fertőző betegségeknél a veszély realitásának megítélésakor a következő négy tényezőt kell figyelembe venni: a veszély jellege (a fertőzés átadásának lehetséges módja); a veszély valószínűsége (mekkora a valószínűsége annak, hogy a fertőzés átvitele megtörténjék); az okozott sérelem súlyossága (az okozott egészségkárosodás mértéke); a veszély időtartama (a fertőzőképesség időtartama).

A kényszerintézkedés alkalmazásának előfeltétele tehát, hogy a fenyegető hátrány bekövetkezte legalább valószínű legyen. Így például egy HIV pozitív gyereket kizárása az óvodából vagy az iskolából azon az alapon, hogy a gyerekek megharaphatják egymást, egy HIV pozitív ember kizárása az ételkiszolgálásból azon az alapon, hogy sérülés esetén a vére az ételbe kerülhet, vagy HIV pozitívok eltiltása a repüléstől azon az alapon, hogy pilótaként rájuk törhet az *AIDS dementia* olyan kevésbé valószínű indokok, amelyek esetében a veszély semmiképp sem éri el a reális fokot.

G) Amennyiben a kényszerintézkedés valóban szükséges a „reális veszély” kivédésére, az érintettek számára fair eljárást kell biztosítani

Lényeges szempont, hogy a korlátozás által érintett egyénnek legyen lehetősége egy pártatlan fórum előtt felülvizsgáltatni az őt sújtó intézkedések jogosságát – ez az objektív, tényszerű döntések meghozatalának garanciája az élet minden területén.

V. HIV/AIDS és hepatitis Magyarországon

A) Helyzetkép és adatgyűjtés

A HIV tekintetében a hivatalos statisztikák szerint Magyarország az alacsony fertőzöttségű országok közé tartozik, a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ (JBOEK) idei adatai szerint az első negyedév végére 1208 főre nőtt az 1985 óta hazánkban diagnosztizált HIV pozitív esetek száma.⁵ 2004-ben 75 új esetet regisztráltak, 2005 első három hónapjában pedig 29 esetet, ami 45%-kal magasabb, mint a megelőző öt évben negyedévenként átlagosan regisztrált HIV esetek száma.⁶ Hogy megfelelően értelmezni lehessen ezt az emelkedést, fontos lenne tudnunk, hogy az év eleji tendencia folytatódott-e, amire, lévén, hogy az *Epinfo* epidemiológiai információs lap heti rendszerességgel jelenik meg, elvileg lenne is mód, a március végéig frissebb HIV adatokat azonban nem találni a kiadványban, az ugyanis alapjáraton érthetetlen okból egyedül az AIDS esetek számát jelzi.⁷ A HIV/AIDS téren érintett nemzetközi szervezetek (WHO, UNAIDS, EuroHIV, EMCDDA) évek óta arra igyekeznek ösztönözni az államokat, hogy ne (csak) az AIDS, hanem a HIV eseteket (is) számlálják, hiszen a járvány alakulását illetően az új fertőzések száma, földrajzi eloszlása, az átvitel módja stb. jelentenek értékes információt, nem pedig az, hogy hány HIV pozitív ember jutott már el az AIDS betegség stádiumába. Magyarország ugyan a HIV esetekről is vezet nyilvántartást, az idevágó adatokat azonban felettébb ritkán osztja meg a szélesebb közönséggel, miközben – talán egy megmaradt rossz

5 *Epinfo*, 12. évf. 18. szám, 2005. május 13.

6 URL: http://www.eum.hu/eum/eum.news.page?pid=DA_75567

7 A 2005. május 13-i szám azért tett kivételt, mert abban a JBOEK az Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat (AATSZ) által közölt emelkedő HIV adatokra reagált. Rácz Johanna: „HIV-robbanás Magyarországon”, in: *Index*, 2005. május 12. URL: <http://index.hu/politika/belfold/hiv0512/>. Mint azt korábban kifejtettük, az AATSZ és a JBOEK adatai között nincs ellentmondás, és mindkettő a HIV esetek számának emelkedését mutatja. Csernus Eszter: „AIDS — ráértünk arra még?” in: *Népszabadság*, 2005. július 4. URL: <http://www.nol.hu/cikk/368659/>

reflexből kifolyólag – hetente tájékoztat mindenkit az AIDS esetek számának alakulásáról.⁸

A hazánkban eddig regisztrált HIV esetek között alig akadt olyan, amelynél az érintett feltehetőleg injekciós droghasználat révén fertőződött volna: az injekciós droghasználattal összefüggésbe hozható 11 HIV pozitív közül 9 külföldi állampolgár volt, a maradék 2 pedig valószínűleg nem Magyarországon fertőződött. Álláspontunk szerint a helyzet azonban több szempontból is aggodalomra ad okot. Egyrészt azért, mert a HIV terjedését illetően közömbös, hogy az adott esetben kockázatos magatartást folytató IDH magyar állampolgár-e vagy sem, másrészt pedig azért, mert a passzív adatgyűjtésen alapuló statisztikák tipikusan nem alkalmasak arra, hogy a rejtőzködő életmódot folytató és az egészségügyi hálózattal kapcsolatba szinte soha nem kerülő droghasználók fertőzöttségét hitelesen illusztrálják. Az elmúlt években a UNAIDS és a WHO számos ajánlásban és kiadványban (WHO és UNAIDS 2000; 2001; 2002) hangsúlyozta a második generációs *surveillance* rendszerek bevezetésének szükségességét. Ez a célzott aktív adatgyűjtésen alapuló epidemiológiai módszer a HIV helyzet pontosabb felmérését, illetve a trendek pontosabb monitorozását teszi lehetővé, így a hatékony prevenció alapja. Az ajánlások szerint a viszonylag alacsony fertőzöttségű országokban, ahol a HIV prevalencia a népesség egyik csoportjában sem éri el az 5%-ot, a *surveillance* rendszernek „elsősorban a magas kockázati csoportokban előforduló magatartásokra, illetve a HIV e csoportokbeli előfordulására kell koncentrálnia, és azokat a magatartásbeli változásokat kell figyelnie, amelyek a fertőzöttségi ráta emelkedéséhez vezethetnek”.⁹ Ehhez képest az ilyen típusú vizsgálatok hazánkban igencsak véletlenszerűek, mind gyakoriságukat, mind lefedettségüket, mind pedig hasznosításukat illetően.¹⁰

Még kevesebbet tudni az ország, és azon belül is az injekciós droghasználók hepatitis C fertőzöttségéről. Jelenleg nem állnak rendelkezésre a szükséges adatok, mivel az ÁNTSZ felé egyedül az akut hepatitis esetek jelentendők, ráadásul sokáig ezeket is csak a *hepatitis infectiosa* gyűjtőfogalom alatt kellett jelezni, azaz nem téve különbséget az A, B, C stb. vírushepatitisek között. A nem akut, „sima” hepatitis eseteket a laboratóriumoknak jelenleg sem kell jelenteniük. Az EMCDDA felé fennálló jelentési kötelezettség megfelelő teljesítése érdekében azonban hazánkban is minél előbb ki kéne alakítania egy adekvát, a hatékonysági, adatvédelmi és emberi jogi szempontoknak is megfelelő rendszert – így el-

8 Az *Epinfo* hozzáférhető on-line. URL:

<http://www.oek.hu/oek.web?to=839&nid=41&pid=5&lang=hun>

9 *Initiating second generation...*, 7. o.

10 Dr. Ujhelyi Eszter (Szent László Kórház) végzett az IDH-k feltételezett létszámához képest igen kis mintán vizsgálatokat, egy budapesti metadonklinikán és egy szintén fővárosi, túladagolt eseteket ellátó ambulancián.

kerülhető lenne, hogy a Drogmonitorozó Központ éves jelentésének helyesbítését kelljen kérni, amiért – a hazai hatóságoktól kapott információk alapján – országos lefedettségű vizsgálatból származó adatként állítanak be olyan adatokat, amelyek egy szűk, pár száz fős budapesti mintából származnak.¹¹

B) A stratégiák szintjén

Az injekciós droghasználók körében végzendő közegészségügyi tevékenységekről három dokumentum szól: a Nemzeti Drogstratégia (NDS), a Johan Béla Népegészségügyi Program (JBNP) és a Nemzeti AIDS Stratégia (NAS).

A NDS az ártalomcsökkentő módszereket a vér – fecskendőmegosztás – útján terjedő fertőző betegségek megelőzésének leghatékonyabb és legköltséghatékonyabb módszereinek nevezi. A JBNP¹² „AIDS-megelőzés” c. alfejezetében a megvalósítás stratégiai irányai között a megelőzés címszó alatt a következő irányt nevesíti: „megelőzési programok a fokozott fertőzési kockázatot vállaló közösségek részére e közösségek civil szervezeteinek, és egyes tagjainak aktív közreműködésével (meleg közösségek, prostituáltak, intravénás kábítószer-használók)”, a HIV fertőzés célzott szűrési programjai címszó alatt azonban már nem találni utalást az IDH-kra annak ellenére, hogy a népegészségügyi program e részének várható eredményei között „a szexuális úton és vér útján történő fertőző betegségek számának stabilizálódása illetve 30%-os csökkenése (pl. szifilisz, hepatitis C, stb.)” szerepel (az új HIV fertőzések megelőzése a célok között megtalálható, a várható eredmények közül azonban kimaradt). A hepatitis B, illetve C felderítése, illetve terjedésének megelőzése érdekében szükséges lépésekre a JBNP nem tér ki.

A NAS¹³ a 2004-től 2010-ig terjedő időszakra vonatkozóan fekteti le Magyarország AIDS stratégiáját, és az „AIDS-megelőzés” c. részen belüli „Intravénás kábítószer-fogyasztók” címszó alatt az alábbi feladatokat határozza meg:

„Tűcsereprogramok, szociális munkások, drogambulanciák, kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó egyéb gondozóhelyek bevonásával, tűcsere-automaták elhelyezésének támogatása, a szerfogyasztást csökkentő programok támogatása a kábítószeres életmódhoz kapcsolódó prostitúció esélyének csökkentése érdekében. Prostitúáltakkal foglalkozó szociális munkások, civil szervezeti aktivisták képzése a kábítószer-fogyasztás jeleinek, következményeinek felismerésére, az intravénás kábítószer-használó prostituáltak függőséget kezelő vagy

11 A TASZ megkeresésére az EMCDDA elismerte, hogy a jelentés által közölt adat hamis, ugyanakkor mindeztidáig nem történt meg korrekció a jelentés online szövegében sem.

12 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat.

13 URL:

http://www.eum.hu/eum/plumtree_files/noderoot/publish/eszcsm_internet_felc3bcbet/portlet_folder/magyar/rovatok/egc3a9szsc3a9gpolitika/hiv_aids/nemzeti_aids_stratc3a9gia_6.pdf

más, alacsony küszöbű szolgáltatásba vonása érdekében. Felvilágosító és anonim szűrési programok intravénás kábítószer-használók számára a velük foglalkozó szociális munkások, drogambulanciák bevonásával.”

A Stratégia hangsúlyozza a civil szervezetekkel való együttműködés fontosságát és kiemeli, hogy „[a] civil szervezetek az egyéni részvételt, a demokratizmust erősítve olyan lehetőségeket kínálnak, amelyeket az állami egészségügyi szolgálat természeténél fogva nem képes nyújtani. Éppen ezért a kirekesztettség, a diszkrimináció oldásában, a bizalmas, személyes ügyek kezelésében a civil szféra kulcsszereplő.”

C) A megvalósítás szintjén

Az injekciós droghasználók körében jelentkező egészségügyi problémák megelőzése, illetve csökkentése két minisztérium, az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (ICSSZEM) és az Egészségügyi Minisztérium (EüM) hatáskörébe-feladatkörébe is tartozik. Talán e kettősségből kifolyólag azonban kissé koncepciótlanok és kiszámíthatatlannak tűnnek az IDH-k AIDS és hepatitisz prevenciója, illetve szűrése. A TASZ 2005 tavaszán a Nemzeti AIDS Bizottsághoz (NAB) és a Népegészségügyi Főosztályhoz fordult és megkísérelte kideríteni, hogy az EüM milyen prioritások és eljárás szerint, illetve mekkora összegből finanszírozza az ország AIDS elleni küzdelmét, valamint hogy milyen pályázatokat ítélt támogatásra méltónak, és hogy hogyan monitorozza ezek hatékonyságát. A közérdekű adatkérés megválaszolása a címzetteknek a törvényileg előírt 15 napnál jóval hosszabbra sikeredett, és egyes kérdéseket illetően még jelenleg is folyamatban van¹⁴, annyit azonban sikerült kideríteni, hogy 2004-ben mintegy 46 millió Ft került szétosztásra az AIDS vonalon tevékenykedő civil szervezetek között, amiből 5308 milliót ítélt meg kifejezetten az injekciós droghasználattal kapcsolatos tevékenységekre a következők szerint:

550000 Ft Leo Amici 2002 Alapítvány – kábítószer-fogyasztók HIV, hepatitisz, TBC fertőzésének megelőzésére, szűrésére irányuló programok;

2508000 Ft Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia – intravénás droghasználók HIV, hepatitisz B és hepatitisz C szűrése;

2250000 Ft Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat – az AATSZ drogprogramja, HIV és hepatitisz B és C szűrés, zsebkártya- és szórólapnyomtatás és -terjesztés.

A NAB 2005-ös tervei között sem a prevenció, sem a szűrés címszó alatt

14 Másfél havi várakozás és bizonyos adatok kiadásának üzleti titokra való hivatkozással történő megtagadását követően a TASZ bírósághoz fordult. URL: http://www.tasz.hu/index.php?op=contentlist2&catalog_id=2042_

nem szerepel utalás az injekciós droghasználók körében végzendő feladatokra, és a civil szervezetek számára – nem tudni, milyen módon – pályázható összeg is 11,7 millió Ft-ra csökkent. A pályázatokat „*fokozott kockázatnak kitettekre irányuló HIV/AIDS prevenciós programok*” témakörben várja az EüM. A pénzforrások hasonló elapadása tapasztalható az ICSSZEM költségvetésében is: míg 2004-es költségvetési évben még több mint másfél milliárd forintba pályázhattak a droghasználókat célzó szolgáltatásokat működtető, gyakran közfeladatokat ellátó civil szervezetek, addig 2005-re ez a pénzösszeg 996 millió forintba csökkent. Az ÁNTSZ hálózat – amelynek a költségvetésébe a Nemzeti AIDS Bizottság 2001-es megszüntetésekor beépültek az AIDS prevencióra szánt jelentős összegek – 2004-ben 19, 2005-ben pedig 8.1 millió Ft-ot fordíthatott „*az anonim tanácsadás bevezetésére*”. A források ilyen formájú megosztása több okból is abszurd. Egyrészt, mert az anonim tanácsadás csupán annyiban különbözik a nem anonim tanácsadástól, hogy az ÁNTSZ munkatársa nem kéri el a tesztre jelentkező személyes adatait, tartalmilag azonban semmi újdonságot nem jelent ahhoz képest, ami már korábban is a szűrőállomások feladata volt,¹⁵ másrészt pedig azért, mert az ÁNTSZ alkalmatlan arra, hogy a rejtőzködő életvitelű, kockázatos magatartást folytató egyénnel kapcsolatba lépjen, prioritást pedig az erre képes szervezetek programjainak kellene élvezniük. A 2001-es ENSZ elköteleződési nyilatkozat, a WHO globális egészségügyi stratégiája a HIV/AIDS ellen (WHO 2002b), az EU drogellenes akcióterve (2005–2008), a UNAIDS, az EMCDDA és az EuroHIV, illetve majd az ECDC irányába fennálló jelentési és beszámolási kötelezettség csak akkor lesz teljesíthető, ha a hazai illetékesek a szlogenek szintjéről a tényleges megvalósítás szintjére lépnek.

A hatékonynak bizonyult prevenciós eszközök¹⁶ közül a tűcsere- és a metadonprogramok csupán igen korlátozottan hozzáférhetők hazánkban, és a szükséges bővítésekre a szakma 2005-ben sem számíthat, hiszen az erre fordítható források is drasztikusan lecsökkentek. Az IDH-k érdekérvényesítő képessége jelenleg nem túl magas: IDH egyesület egyelőre nem létezik, a PLUSS Egyesület¹⁷ és a VÍMOR¹⁸ tagjai között pedig per pillanat szintén nincsenek injekciós droghasználók, így e szervezetek elsősorban más prevenciós és érdekvédelmi területeken tevékenykednek. A 2004-ben elindított Civil AIDS Fórum, mely a HIV/AIDS elleni küzdelemben érintett civil szervezetek tömörülése, és amelynek tagjai részt vesznek a Nemzeti AIDS Bizottság munkájában, drogfogasztó vonalon egyelőre szintén nem különösebben aktív. A WHO létfontos-

15 Arról nem is beszélve, hogy 1998 előtt is létezett hazánkban anonim HIV teszt, azaz a feladat nem jelenthet az intézetek számára új kihívást.

16 Lásd e tanulmány II. fejezetét.

17 A Magyarországi HIV-pozitívokat Segítő Egyesület.

18 Vírusos Májbetegség Országos Egyesülete.

ságú gyógyszerek listáján szereplő hepatitis A és B oltások csak térítés ellenében érhetők el az IDH-k számára, mint ahogy alapjáraton a HBV és a HCV tesztért is fizetniük kell (kivételez ez alól, ha valamely civil szervezet saját költségén tesztelési lehetőséget biztosít klienseinek).

VI. Konklúzió

Az injekciós droghasználat nyomában járó globális HIV/AIDS és hepatitis C járvány az egyik legnagyobb kihívást jelenti a világ országainak közegészségügyi rendszere és büntető-igazságszolgáltatása számára. A járvány megfékezésének hatékony módszerei ismertek és jelentős nemzetközi támogatással bírnak, mindazonáltal ezek a pragmatikus, költséghatékony módszerek a világ számos részén makacs morális ellenállásba ütköznek, másutt nem élveznek megfelelő prioritást a forráselosztások terén. Egyre távol a szakadék a drogjelenség teljes megszüntetésére törekvő nemzetközi drokkontroll rendszer és a droghasználók emberi jogait és a közegészségügyi megfontolásokat előtérbe helyező nemzetközi HIV/AIDS politika között. A politikai döntéshozók felelőssége, hogy válasszanak a „drogmentes világ” elavult megközelítésen nyugvó, ártalomtermelő utópiája illetve a HIV és hepatitis járványok megfékezésének nagyon is reális lehetősége között. A döntés következményei azonban valószínűleg nagy hatással lesznek az elkövetkező generációk életminőségének alakulására.

Bár napjainkban Magyarországon a hivatalos statisztikák szerint a HIV prevalenciája alacsony az IDH-k körében, a kockázati tényezők rendkívül magasak. Keleti szomszédainknál a járvány katasztrofális méreteket ölt, az IDH-k körében pedig egyre növekszik a HBV és HCV előfordulása, ami köztudottan a kockázatvállaló magatartásformák (injekciós felszerelés megosztása, védekezés nélküli szex) jelenlétének, így a HIV fertőzés kockázatának is indikátora. A kockázati csoportok tagjai körében köztudottan legnépszerűbb AATSZ 2004 első negyedévéhez képest 2005 áprilisáig több mint kétszer annyi HIV pozitív embert szűrt ki. A figyelmeztető jelek ellenére AIDS, illetve hepatitis politikánk stagnál, helyenként pedig visszafejlődik. Célzott helyzetfelmérésre, költséghatékonysági vizsgálatokra, adatgyűjtésre lenne szükség a közegészség és az emberi jogok védelmét előtérbe helyező, a pénzügyi forrásokat megfelelően csoportosító HIV politika kialakításához. A hatékonynak bizonyult programok lefedettségének bővítéséhez, a gyenge eredménnyel működő szolgáltatások minőségének javításához elengedhetetlen az érintett kockázati csoportok bevonása a döntéshozásba. A droghasználók nem a problémát, hanem a probléma megoldását jelentik.

Irodalom

- Accijas, C. et al. 2004: Global Overview of Injecting Drug Use and HIV Infection Among Injecting Drug Users. *AIDS* 18: 2295–2303.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) 2002: 'Consensus conference: „Treatment of hepatitis C”, Paris, France, 27–28 Február, *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 26 (Special Issue No. 2): B302–3.
- Australian National Council on Drugs 2002: *NSP: Needle and Syringe Programs, position paper*.
- Ball, J. C. – Ross, A. 1991: *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services and Outcome*. New York: Springer-Verlag.
- Butler, W. E. 2003: HIV/AIDS and Drug Misuse in Russia: Harm Reduction Programmes and the Russian Legal System. London: International Family Health: 52–53.
- CDCP 2002 *Cases of HIV infection and AIDS in the United States*, 2002. HIV/AIDS Surveillance Report, Vol.14), 7.
- Curtis M. 2004: Drug User Community Organizing in Harm Reduction and the War on Drugs in Kasia Malinowska-Sempruch és Sarah Gallagher ed., *War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights*. New York: International Debate Association: 284–304.
- Dénes, B. – Pelle, A. 2001: *A szigorítás útján*. Budapest: TASZ.
- Dénes, B. – Nyizsnyánszki, A. 2003: *Ártalomcsökkentő programok Magyarországon*. Budapest: TASZ.
- Demetrovics Zs. – Balázs H. – Csorba J. 2004: *Evaluation of Methadone Maintenance Therapy with Qualitative and Quantitative Methods*. Manuscript.
- Desenclos, J.-C. 2003: The challenge of hepatitis C surveillance in Europe in: *Eurosurveillance Bulletin*, vol. 8. no. 5.
- Dole, V. P. – Nyswander, M. E. 1965: A Medical Treatment for Dyacetilmorphine (Heroin) Addiction: A Clinical Trial with Methadone Hydrochloride. *Journal of the American Medical Association* 193: 646–50.
- Draft Resolution 2005: *HIV/AIDS and the Rights to Health*. Brazil: Draft Resolution, E/CN.7/2005/L.14.
- EMCDDA 2003: Hepatitis C: A Hidden Epidemic. *Drugs in Focus* 11. (2003. November–December)
- EMCDDA 2004a: The State of the Drugs Problem in the European Union and Norway. Liszabon: EMCDDA: 55.
- EMCDDA 2004b: J. Jager – W. Limburg – M. Kretschmar – M. Postma – L. Wiessing (eds.), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*.
- Fischer B. et al. 2004: Injection drug use and the hepatitis C virus: considerations for a targeted treatment approach – the case study of Canada. *Journal of Urban Health* 3: 428–47.
- Gerstein, D. R. – Harwood, H. J. 1990: *Treating Drug Problems. Vol. 1. A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems*. Washington DC: National Academy Press.
- Gostin, L. – Mann, J. 1994: Towards the Development of a Human Rights Impact Assessment for the Formulation and Evaluation of Health Policies. *Health and Human Rights*. Vol 1. No. 13: 59–80.

- GYISM 2003: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Budapest: GYISM.
- Gyarmathy V. A. et al. 2004: The Urgent Need for HIV and Hepatitis Prevention in Drug Treatment Programs in Hungary. *AIDS Education and Prevention*. 16 (3): 276–84.
- Holtgrave, David R. et al. 1998: Cost and Cost-effectiveness of Increasing Access to Steryle Syringes and Needles as an HIV Prevention Intervention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18: 5135–5138.
- Horodetska, E. 2003: AIDS Epidemic May Break Ukraine's Health System. *Reuters Foundation AlertNet*, 2003. február 19.
- Howard, J. – Borges, P. 1971: Needle Sharing in the Haight: Some Social and Psychological Functions. *Journal of Psychedelic Drugs* 4: 71–80.
- Hughes P. H. 1977: *Behind the Wall of Respect. Community Experiments in Heroine Addiction Control*. Chicago: University of Chicago Press.
- Institute of Public Health of Slovenia 2003: *Report on the Drug Situation 2003 of the Republic of Slovenia*. Ljubljana: 24.
- IRCRC 2003: Spreading the Light of Sciences: Guidelines on Harm Reduction Related to Injecting Drug Use. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- Jarvelaid, M. 2001: *Country Report Estonia. WHO workshop on Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, Ljubljana, Slovenia, 15–18 September 2001.
- Jelsma, M. et al. 2003: An Agenda for Vienna: Change of Course. *TNI Briefing Series, Drugs & Conflict* 6.
- Jelsma, M. 2005: *The United Nations and Harm Reduction – Revisited: An Unauthorised Report on the Outcomes of the 48th CND Session*. TNI Drug Policy Briefing 13.
- McCarthy J. J. – Flynn N. 2001: Hepatitis C in methadone maintenance patients: prevalence and public policy implications. *Journal of Addictive Diseases* 20: 19–31.
- OSI 2004: *Breaking Down Barriers – Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users*. New York: 2004.
- Trautmann, F. 1994: *Peer-Support: Dutch Experiences with AIDS Prevention by Drug Users for Drug Users*. Utrecht: NIAD.
- UNGASS 2001: Declaration of Commitment on HIV/AIDS (United Nations Special Session on HIV/AIDS 25–27 June 2001)
- URL:
http://www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?LANG=en&href=http://gva-doc-owl/WEBcontent/Documents/pub/Publications/IRC-pub03/AIDSDeclaration_en.pdf
- UNAIDS 2004: *AIDS Epidemic Update 2004*. New York.
- UNAIDS 2004: *AIDS Epidemic Update 2004*. New York: UNAIDS.
- UNAIDS/WHO 2001: *CD-ROM Second generation surveillance: compilation of basic materials*. Genf.
- UNAIDS/WHO 2002: *Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance: Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines*. WHO/HIV/2002.17, UNAIDS/02.45E, WHO/UNAIDS, Genf.
- UNAIDS 2002: *Ukraine Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, 2002-es frissítés*. Online: http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact-sheets/pdfs/Ukraine_en.pdf

- U.S. National Intelligence Council 2002: *The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India and China*. U.S. National Intelligence Council Report.
- Van den Hoek J. A. – van Haastrecht H. J. – Goudsmit J. de Wolf F. – Coutinho R. A. 1990: Prevalence, incidence, and risk factors of hepatitis C virus infection among drug users in Amsterdam. *Journal of Infectious Diseases* 162: 823–6.
- Ward J. et al. 1998: *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood.
- WHO/UNAIDS 2000: *Guidelines for Second Generation Surveillance*. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5, UNAIDS/00.03E, WHO/UNAIDS. Genf.
- WHO 2002a: Hepatitis C. URL: <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo2003/en/index.html>
- WHO 2002b: *Global Health-sector Strategy for HIV/AIDS 2003–2007: Providing a Framework for Partnership and Action*. Geneva.
- WHO 2003: *Management of Substance Abuse: WHO Drug Injection Study*. Geneva: WHO.
- WHO, UNAIDS, UNODC 2004: *Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission*. New York.
- WHO, UNAIDS, UNODC 2004: *Position Paper: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention*: 24.
- WHO 2004: *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users*. Genf: WHO: 28–29.
- Wodak, A. 2003: *Drug Policy and Health Systems: Objectives, Costs and Effectiveness of Current Systems in Global Drug Policy: Building a New Framework*. Paris: Senlis Council.
- Wolfe, D. – Malinowska-Sempruch, K. 2004: *Illicit Drug Use and the Global HIV Epidemic: Effects of UN and National Governmental Approaches*. OSI: New York.
- Wolfe, D. 2004: *Alchemies of Inequality: The United Nations, Illicit Drug Policy and the Global HIV Epidemic* in Malinowska-Sempruch, K. – Gallagher, S. (ed.), *War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights*. New York: 177.
- Wood, E. et al. 2003: *An External Evaluation of a Peer-Run 'Unsanctioned' Syringe Exchange Program*. *Journal of Urban Health*, vol. 80.
- Zinberg, N. E. 2005: *Függőség és kontroll: drog, egyén, társadalom*. Budapest: Nyitott Könyvműhely Kiadó.