

A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI INTÉZMÉNYEKBEN VÉGZETT ÁRTALOMCSÖKKENTÉS NEMZETKÖZI GYAKORLATA

Sárosi Péter

Összefoglalás

Az ENSZ becslései szerint a világ büntetés-végrehajtási intézményeiben tartózkodó fogva tartottaknak majdnem 30%-a használ illegális drogot. A droghasználó börtönnépesség legveszélyeztetettebb csoportja az intravénás droghasználóké, mivel a börtönökben a steril fecskendők és egyéb ártalomcsökkentő szolgáltatások elérhetősége korlátozottabb, mint az általános népesség körében, a kockázatvállaló magatartás pedig gyakoribb. A világ számos országában ezért a büntetés-végrehajtás intézményeinek komoly HIV-/AIDS- és hepatitis C-járvánnyal kellett szembesülniük.

A tanulmány a rendelkezésre álló legújabb kutatási eredmények segítségével elemzi azt a folyamatot, amelynek során az ártalomcsökkentő szemlélet és gyakorlat fokozatosan teret nyert számos ország büntetés-végrehajtásában, különös tekintettel a szubsztitúciós terápiára, a tűcserére, a fertőtlenítő felszerelés terjesztésére, az anonim és önkéntes HIV- és hepatitis C-szűrésre, illetve az ártalomcsökkentő tanácsadásra.

A szerző következtetései szerint az ártalomcsökkentés hatékonyságához nem fér kétség a büntetés-végrehajtás környezetében sem; az alacsonyküszöbű szolgáltatások börtönökbe való bevezetése általános közegészségügyi érdek.

Abstract

According to UN estimations, almost 30% of the world prison population uses illicit drugs. Intravenous drug users belong to the most vulnerable group of incarcerated drug users inasmuch as availability of sterile syringes and other harm reduction services is more limited among prisoners than among the general population, therefore risk taking behavior occurs more often. As a consequence, correctional facilities had to face with serious HIV/AIDS and Hepatitis C epidemics in many countries.

The study analyzes the slow development of harm reduction approach and practices in prisons of various countries, with special regard to substitution therapy, needle exchange, distribution of bleaching, anonymous and voluntary HIV and Hepatitis C screening and harm reduction counseling.

The author concludes that harm reduction works effectively in correctional settings and the introduction of harm reduction services to prisons is a general public health interest.

Bevezetés

Jelen írás a külföldi büntetés-végrehajtási intézményekben alkalmazott ártalomcsökkentő programok bevezetésének okait, gyakorlati működésük körülményeit és tapasztalatait mutatja be. A közhiedelemmel ellentétben a szabadságvesztés büntetés nem jelenti a „drogfogyasztói karrier” lezárulását: a világ börtöneinek nagy részében a fogva tartottak jelentős része a börtönben is használ illegális drogokat, sőt, egyesek éppen a börtönben válnak fogyasztóvá. A „drogmentes börtönök” ideálját eddig még sehol a világon nem sikerült valóra váltani, és az egyre fejlettebb biztonsági technológiák és eljárások dacára a drogfogyasztás a legtöbb ország börtöneiben növekvő tendenciákat mutat. A börtönök olyan sajátos „setting”-et jelentenek a drogfogyasztás számára, amely különösen kedvez a kockázatvállaló magatartásformák elterjedésének (pl. fertőzött fecskendők megosztása). Napjainkban egyre több büntetés-végrehajtási szakember ismeri fel azt, hogy ezeket a jelenségeket nem lehet megszüntetni pusztán „kínálatcsökkentő” intézkedésekkel, így a közegészségügyi megközelítéssel próbálkoznak. Ennek a megközelítésnek a részét képezik azok az ártalomcsökkentő programok is, amelyek a droghasználat kockázatait (pl. túladagolás, fertőzés, bűnözés stb.) próbálják minimalizálni pragmatikus beavatkozások (pl. tűcsere, metadon) segítségével.

Magyarországon jelenleg egyetlen ilyen program sem működik a büntetés-végrehajtás intézményeiben. Annak ellenére sem, hogy a drogfogyasztás a magyarországi börtönökben növekvő trendeket mutat, és a vizsgálatok kimutatták az intravénás droghasználat előfordulását is (Csernus–Dénes 2004). A nemzetközi példák bemutatása hozzásegítheti a politikai döntéshozókat ahhoz, hogy a hazai viszonyok figyelembevételével körültekintő és kreatív válaszokat adjanak a droghasználattal kapcsolatos problémákra.

1. Droghasználat a börtönökben

Napjainkban közel 8 millió ember tartózkodik büntetés-végrehajtási intézményekben, a világ börtönpopulációjának fele három államban (Oroszország, Kína, USA) koncentrálódik. A világ börtönpopulációjának mintegy egynegyede az Amerikai Egyesült Államokban él, ahol jelenleg 2,1 millió ember tartózkodik rácsok mögött, azaz átlagosan minden 100 000 amerikaira 700 fogva tartott jut (Bureau of Justice Statistics, 2003). Az Európai Unió börtöneiben átlagosan 350 000 elítélt tartózkodik, amely arányaiban kisebb (100 000 emberre 94 fogva tartott jut), mint az amerikai börtönpopuláció (EMCDDA 2003).

Az ENSZ felmérései szerint a világ összes fogva tartottjának átlagosan 27,9%-a használ illegális drogokat (UNODC 2003). A fejlett nyugati típusú demokrá-

ciák jelentős részében a fogva tartottak körében folyó drogfogyasztás magasabb az átlagnál, így az Egyesült Királyságban 59%, az Egyesült Államokban 68%, Ausztráliában pedig 69% (McSweeney 2002). Az EMCDDA (Európai Drogmonitorozó Központ) 2001-es (az új tagállamok csatlakozása előtti) felmérése szerint a droghasználó fogva tartottak aránya az Európai Unióban 15 és 50% között mozog, a legmagasabb Portugáliában (37,7–70%), a legalacsonyabb pedig Ausztriában, ahol „mindössze” 10–20%. Tekintve a fogva tartotti populáció gyakori cseréjét, a becslések szerint évente mintegy 180 000–600 000 drogfogyasztó kerül az Unió büntetés-végrehajtási intézményeibe (Stöver–Ossietzky 2001).

Az európai börtönökben végzett felmérések tanúsága szerint a droghasználók legalább fele a szigorú ellenőrzési procedura ellenére is sikeresen jut hozzá illegális drogokhoz a börtönökben. A drogok előfordulása nagyban függ az egyes intézmények jellemzőitől: így például a droghasználati mutatók magasabbak a nagyobb intézetekben, mint a kisebbekben; a női részlegeken, mint a férfi részlegeken; és a városi környezetben, mint a vidéki környezetben. A kutatók szerint a feketepiacon elérhető drogok minden fajtája utat talál a fegyintézetekbe is, bár a kínálat akadozó, a minőség és a mennyiség változékonyabb, a használati minták pedig ennek megfelelően gyakran politoxikomán jellegűek. Szakértők szerint „a börtön mint olyan nem motiválja az egyéneket arra, hogy felhagyjanak a drogfogyasztással” (Muscat 2000).

A droghasználó fogva tartotti populáció legjelentősebb kockázati csoportját az intravénás droghasználók alkotják, mivel a fecskendők megosztása a vér útján terjedő betegségek egyik fő fertőzési módjának számít (Stöver 2001). Egy 1997-ben, hét európai ország 21 börtönében elvégzett felmérés szerint az intravénás droghasználók 16–60%-a a börtönben is folytatja a droghasználatot. A használt fecskendők megosztása az EMCDDA adatai szerint a börtönökben gyakoribb (70%), mint az általános népesség körében (EMCDDA 2000).

2. HIV-/AIDS- és hepatitis C-járvány a börtönökben

A steril fecskendők korlátozott hozzáférhetősége miatt a büntetés-végrehajtási intézményekben fokozott a vér útján terjedő betegségek, főleg a HIV/AIDS és a Hepatitis C terjedésének kockázata. Ennek a kockázatnak a mértékét két tényező alapján lehet felmérni: 1. azoknak a fogva tartottaknak az aránya, akik bebörtönzésük előtt intravénásan használtak drogokat; 2. az intravénás droghasználók aránya az általános népesség körében (Lines et al. 2004). A börtönökben összezsúfolódnak a különböző társadalmi háttérrel, iskolázottsággal rendelkező drogfogyasztók, akik máskülönben soha nem találkoznának, ideális feltételeket teremtve a fertőzéseknek.

Különösen súlyos a HIV-járvány azoknak az országoknak a büntetés-végrehajtási intézményeiben, amelyek szigorú drogpolitikával és ennek megfelelően nagy börtönpopulációval rendelkeznek. Az Amerikai Egyesült Államokban a fogva tartottak mintegy 20%-a HIV-pozitív, az AIDS-szel kapcsolatos halálos esetek száma 1995 és 2001 között 75%-kal nőtt a fogva tartottak között (Bureau of Justice Statistics 2001). Egy 2002-ben megjelent tanulmány szerint a HIV-pozitív populáció 25%-a kerül valamilyen korrekciós intézetbe élete során (Hammett–Harmon–Rhodes 2002). Oroszországban, ahol a börtönpopuláció aránya megközelíti az amerikaiakét (665:100.000), a hivatalos statisztikák szerint 2003-ban 36 000 HIV-pozitív töltötte szabadságvesztés büntetését. A statisztikák szerint az oroszországi HIV-pozitívak mintegy 20%-a töltött már szabadságvesztés büntetést valamelyik korrekciós intézményben, a HIV-pozitív fogva tartottak aránya 1996 és 2000 között kétszázszorosára nőtt (Roschupkin 2003).

Az Európai Unió országaiban a HIV-fertőzöttség mértéke országonként és börtönönként is eltérhet. Egyes dél-európai országokban a HIV prevalenciája magasabb, így Spanyolországban 16,7%, Olaszországban 17% a HIV-pozitív fogva tartottak aránya. Az átlagosnál magasabb a HIV-prevalencia az újonnan csatlakozott balti tagállamok büntetés-végrehajtási intézményeiben is, így Lettországon a HIV-pozitív populációnak mintegy egynegyede van rács mögött, Litvániában a börtönpopuláció 15%-a HIV-pozitív. A legtöbb európai uniós országban ugyanakkor ez az arány jóval 10% alatt marad (Lines et al. 2004). A kutatók hasonlóan alacsony prevalenciáról számoltak be az ausztrál börtönökkel kapcsolatban (Fortuin 1992; Heilpern–Egger 1989). Kanadában a 2002-es hivatalos adatok szerint a börtönpopuláció 2,01%-ról derült ki, hogy HIV-pozitív (CSC 2003).

A nemzetközi tapasztalatokból tudjuk, hogy a büntetés-végrehajtási intézményekben a HIV-/AIDS-járványok megjelenése és lefolyása drámai hirtelenséggel és gyorsasággal történhet. Így például egy malajziai fegyintézetben egyetlen év leforgása alatt 80%-kal nőtt a HIV-pozitív fogva tartottak aránya (Reid–Costigan 2002). Nem kell azonban Ázsiában keresnünk példákat, elég, ha az Európai Unióban velünk együtt felvételt nyert tagállamokat vizsgáljuk. Litvániában 2002 májusa és júniusa között szintén egyetlen büntetés-végrehajtási intézményben (Alytus fegyintézet) 207 új HIV-pozitív fogva tartottat regisztráltak, 2002 júliusában pedig további 77-et (MacDonald 2004).

Különösen veszélyessé teszi a HIV-járványok lefolyását a tuberkulózissal (tbc) együtt jelentkező ko-morbiditás. A HIV-fertőzés jelentősen megnöveli a tbc-fertőzés kockázatát. A tbc terjedéséhez a rosszul szellőztetett, túlszűfolt börtönök nyújtanak kedvező feltételeket, a betegség pedig egyes esetekben ellenáll a hatékony gyógyszeres kezelésnek is (WHO 2001). Az egyik legsúlyosabb tbc-járvány az oroszországi büntetés-végrehajtás intézményeiben alakult ki, ahol becslések szerint az összes tbc-betegek 25%-a fogva tartott; egyes régiókban

100000 fogva tartottból 144-en haltak meg a kór következményeként (Roschupkin 2003).

A Hepatitis C-vírus napjainkban világszerte gyorsan terjed az intravénás droghasználók között, ugyanakkor jóval kevesebb figyelmet kap, mint a HIV/AIDS, ezért az EMCDDA a XXI. század „rejtett járványának” nevezi (EMCDDA, Drugs in Focus 2003). A felmérések szerint a börtönpopulációnak világszerte átlagosan mintegy 20–40%-a hepatitis C-fertőzött, a vírus terjedésének egyik fő módja pedig a HIV-hez hasonlóan a fecskendők megosztása (Macalino et al. 1999).

3. Ártalomcsökkentés a börtönökben: paradoxon?

A nemzetközi szakirodalom mára már egyértelműen bizonyította az ártalomcsökkentő technikák hatékonyságát a drogfogyasztással kapcsolatos kockázatok csökkentésében, így a vér útján terjedő fertőzések prevenciójában. Ilyen módszerek a metadonfenntartó terápia, a fecskendők fertőtlenítésére alkalmas felszerelés terjesztése, a tűcsere-program, az anonim és önkéntes HIV-szűrés, illetve az ártalomcsökkentő tanácsadás. Számos kormányzat hivatalos drogstratégiájának szerves részévé tette ezeket a technikákat, és azok széles körben elérhetőek az általános népesség számára. Gyakran azonban ugyanezen kormányzatok mégis makacs ellenállást tanúsítanak ugyanezen technikáknak a büntetés-végrehajtási intézményekbe való bevezetésével kapcsolatban. A növekvő drogfogyasztási trendekre a leggyakrabban egyre szigorúbb biztonsági eljárások bevezetésével reagálnak, melyek ez idáig sehol nem akadályozták meg tartósan és hatékonyan a drogok beáramlását. A politikai döntéshozók úgy gondolják, a büntetés-végrehajtás „korrekciós” funkciója sérül, ha egy bűncselekmény előfordulását a börtönhatóságok „elismernék” vagy eltűrnék intézményeiken belül. Egyes vélemények szerint az ártalomcsökkentő programok drogfogyasztásra „buzdítanak” a fogva tartottakat.

A börtönök egészségügyi viszonyai ugyanakkor nem kezelhetők függetlenül az általános népesség közegészségügyi állapotától: a büntetés-végrehajtási intézmények nem képeznek hermetikusan elszigetelt „zárványt” a társadalomban. Bár a fogva tartottak bizonyos jogai korlátozhatók (pl. szabad mozgás), a legtöbb emberi joguk, így például az általános népességgel egyenlő színvonalú egészségügyi ellátáshoz való joguk nem sérülhet. Nem pusztán liberális eszmék doktrínér alkalmazása miatt fontos azonban, hogy a fogva tartottak ezen emberi jogait tiszteletben tartsuk, hanem össztársadalmi érdekből. A fogva tartottak túlnyomó többsége ugyanis előbb vagy utóbb visszakerül a „külső” társadalomba, így bármilyen egészségügyi vagy szociális ártalom, amely a büntetés-végrehajtási intézményekben érte, az általános népesség egészségét és jólétét rontja. A börtönök

tönben elterjedt kockázattaláló magatartásformáktól (pl. védekezés nélküli szex, fecskendőmegosztás, tetoválás) és az ezek hatására kialakult problémáktól (pl. HIV/AIDS, hepatitis C) a fogva tartott szabadulása után sem válik meg.

A büntetés-végrehajtásban elharapózó HIV-járvány jelentősen elősegítheti a vírus terjedését az általános népesség körében is. Thaiföldön például az intravénás droghasználók között 1988-ban még csak elenyésző számban fordultak elő HIV-pozitív esetek. Az év elejétől szeptemberig azonban a HIV-prevalencia az intravénás droghasználó fogva tartottak között 40%-kal nőtt, nem kis részben a HIV-pozitív droghasználók börtönökből való kiáramlása miatt (Lines et al. 2004). Egy, a skóciai Glenochil börtönből szabaduló intravénás droghasználók körében végzett vizsgálat kimutatta, hogy a szabadulás után a HIV-teszten pozitív eredményt mutató droghasználók jelentős része a börtönben fertőződött meg (Jürgens 1996a). Hasonló eredményt hozott egy ausztráliai kutatás is (Dolan et al. 1994). A következő fejezetekben azonban bemutatjuk, hogy az ártalomcsökkentő módszerek hatékony működtetésével a börtönök nem csupán az intravénás drogfogyasztók körében dúló HIV-/AIDS- és hepatitis C-járvány kiindulópontjai lehetnek, hanem a prevenció kulcsfontosságú bástyáivá is válhatnak.

4. Nemzetközi ajánlások

Az ártalomcsökkentő módszerek büntetés-végrehajtásba való bevezetését nemzetközi ajánlás szorgalmazza. Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO) már 1993-ban azt javasolta a kormányszakhatóságoknak, hogy a fogva tartottak számára ugyanazokat a HIV-megelőző és -terápiás lehetőségeket tegye elérhetővé, mint az általános népesség számára. Az ajánlás szerint a fogva tartottak kötelező HIV-szűrésének gyakorlata „etikátlan és nem hatékony, ezért be kell tiltani”. Ezzel szemben a dokumentum a névtelen, önkéntes tesztelési lehetőségek biztosítását javasolja. A WHO szerint a metadonterápián részt vevő drogfogyasztók számára a szabadságvesztés időtartama alatt is biztosítani kell a terápia folytonosságát, ezenkívül azokban az országokban, ahol a metadon elérhető az általános népesség számára, a börtönökben is biztosítani kell a jelentkezés feltételeit. Hasonló álláspontot fogalmaz meg a világszervezet a tűcsere-programokkal kapcsolatban is (WHO 1993).

Az Európa Tanács 1993-as ajánlása (European Council 1993) szorgalmazza a fecskendő fertőtlenítésére szolgáló anyagok elérhetővé tételét a fogva tartottak számára:

„18. A prevenció megköveteli az olyan egészségügyi oktatási programok bevezetését és fejlesztését, amelyek magukba foglalják az injekciós felszerelés fertőtlenítéséről vagy egyszeri használatáról szóló ismeretek terjesztését. A fogva tartottak számára elérhetővé kell tenni a

fertőtlenítő anyagokat, nemcsak a fertőző betegségek elleni védelem, hanem a higiénia szabályainak betartása miatt is.”

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

- „1. A drogkezelési lehetőségek széles körét kell elérhetővé tenni a börtönökben, a helyi és egyéni igények figyelembevételével.*
- 2. A fogva tartottak számára ugyanazon egészségügyi szolgáltatásokat kell elérhetővé tenni, mint a börtönökön kívül.*
- 3. Biztosítani kell a folyamatosságot a börtönbe érkező és a börtönt elhagyó emberek kezelésében, beleértve a börtönök és a külső intézmények közötti együttműködést.*
- 4. Tréningeket kell tartani a börtönben dolgozók számára a drogról és az azokhoz kapcsolódó egészségügyi problémákról.*
- 5. A börtönök droggal kapcsolatos szolgáltatásait monitorozni és értékelni kell.”*

1999-ben az Európai HIV- és Hepatitisprevenció a Börtönökben Hálózat (*European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison*) milánói ülésén kidolgozta a börtönök HIV-/hepatitis-politikájának irányelveit (HIPP 2001). Ennek egyik fő alapelve az önkéntes és anonim HIV-tesztek rendszerének bevezetése. A javaslat szerint a teszt eredményeit semmilyen szín alatt nem szabad megosztani a börtön vezetésével a fogva tartott hozzájárulása nélkül. Elítéli ezenkívül a HIV-pozitívok szegregációját a börtönökben:

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

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

a kevésbé tehetős országokat a hatékony prevenciós és kezelési eljárások bevezetésében.

A drogmentes kezelési formák hatékonyak lehetnek egyeseknél, azonban a drogfogyasztók jelentős része nem reagál pozitívan ezekre. Az WHO, az UNODC és az UNAIDS a szubsztitúciós kezeléstről szóló 2004-es közös nyilatkozata rámutat arra, hogy „nincs olyan kezelési forma, amely minden egyén esetében hatékony lehetne, ezért a kezelési formák megfelelő választékát és rugalmasságát kell biztosítani a kliensek igényei, függőségük súlyossága, személyes motivációik és az alkalmazott intervenciók hatékonysága szerint. Az ópiátfüggőség racionális kezelése megköveteli a gyógyszeres kezelés, a pszichoterápia, a pszichoszociális rehabilitáció és kockázatcsökkentés kiegyensúlyozott kombinációját.” (WHO/UNODC/UNAIDS 2004) Ez a megközelítés vonatkozik a börtönökre is.

5. Szubsztitúciós terápia

A fenntartó célzatú szubsztitúciós kezelés csökkenti a fogva tartott ópiátfogyasztó illegális drogok iránti sóvárgását, segít egészségügyi és szociális helyzetének stabilizálásában, ezenkívül fogékonyabbá teszi az egyéb kezelési formák igénybe vételére, ezért gyakran egy integrált pszichoszociális kezelés részeként alkalmazzák. Mivel a szubsztitúciós szerek (metadon, buprenorfin, LAAM) orális úton fogyasztandók, jelentősen csökkenthetők a fecskendőmegosztásból fakadó kockázatok is (Ward et al. 1997). A fenntartó kezelés azonban csak úgy alkalmazható sikerrel, ha megfelelő dózisban és megfelelő folyamatossággal történik; megszakítása jelentősen csökkenti a hatékonyságot. A börtönöket egyes kutatók ideális színhelynek tartják a szubsztitúciós terápia számára, mivel a fogva tartottal állandó, rendszeres kapcsolat tartható fent (Bossong 1995). Ugyanakkor fontos, hogy a börtönbe kerülő és a börtönből szabaduló fogva tartottak szubsztitúciós terápiájának folytonosságát biztosítsák, ez pedig a büntetés-végrehajtási intézményekben és azokon kívül működő kezelőintézmények szoros együttműködését teszi szükségessé. Különösen fontos ez az együttműködés a fenntartó kezelésben részt vevő fogva tartott reszocializációjának az előkészítésében. Számos kutatási eredmény szól amellett, hogy a metadonfenntartó kezelésben részt vevő ópiátfüggők körében jelentősen csökken a bűnelkövetések száma (Ward et al. 1997).

Kanadában 1996-ban vezették be az első metadonfenntartó kezelési programot British Columbia állam börtöneiben, majd 1997-ben kiterjesztették azt a szövetségi börtönrendszer intézményeire. Jelenleg majdnem minden börtönben lehetséges a fenntartó kezelés folytatása a börtönbe kerülő ópiátfogyasztók számára, ugyanakkor korlátozott azon intézmények száma, ahol a kezelést a

fogva tartott a börtönben is elkezdheti (Lines 2002). Az Egyesült Államokban csupán egy fegyintézet (Riker's Island, New York) teszi lehetővé, hogy a metadonfenntartó terápiát a fogva tartott a szabadságvesztés ideje alatt is folytassa az ún. Key Extended Entry Program (KEEP) keretében, amely mintegy 3000 klienszt szolgál ki minden nap (Ostergard 1997). Egy a kilencvenes évek elején végzett kutatás kimutatta, hogy a fenntartó kezelésben részt vevő fogva tartottak szignifikánsan nagyobb arányban vettek részt terápiás programokban a szabadulásuk után (Magura et al. 1992). A kutatók ugyanakkor azt találták, hogy a szabadulás után a metadonfenntartó kezelésen részt vevő fogva tartottak majdnem ugyanolyan arányban kezdenek újra illegális drogokat használni, mint a terápiában részt nem vettek. Ennek lehetséges okai egyesek szerint a nem megfelelő dózisokban vagy a kezelési folyamatosságának hiányában keresendők. Egy 1996 és 1997 között végzett vizsgálat szerint a magasabb dózisban (70 mg) részesülő kliensek a szabadulás után kisebb arányban követtek el bűncselekményeket, mint az alacsonyabb dózisban (30 mg) részesülők (Bellin et al. 1999). Ausztráliában a Büntetés-végrehajtás Ópiátszubsztitúciós Programjának keretében számos börtönben juthatnak metadonhoz és buprenorfinhoz a fogva tartottak. Egy New South Walesben végzett kutatás eredményei szerint a fenntartó kezelésben részt vevő fogva tartottak körében csökkent az általános drogfogyasztás és az erőszakos bűnelkövetések száma, ugyanakkor viszonylag kevesen maradtak a kezelésben a szabadulás után (Hall et al. 1993).

Az Európai Unió tagállamait a szubsztitúciós kezelés büntetés-végrehajtási intézményében való hozzáférhetősége szempontjából három csoportra oszthatjuk:

A) *Egyáltalán nem létezik szubsztitúciós terápia, mivel a jogszabályok szerint a szabadságvesztés a fenntartó kezeléssel való kizáráshoz vezet.* A régi tagállamok közül ide tartozik Svédország és Görögország, illetve az újonnan csatlakozott tagállamok többsége (Stöver 2002).

B) *Létezik szubsztitúciós kezelés, de az szórványos vagy korlátozott, és többnyire nem fenntartó jelleggel történik.* Németországban elsősorban az észak-nyugati szövetségi államok büntetés-végrehajtása jár élen a metadonfenntartó kezelés terén, az államok többségében (10-ben a 16-ból) azonban a szubsztitúciós anyagokat még mindig főleg detoxifikációs célra használják a börtönökben. A metadonfenntartó terápia gyakorlata tulajdonképpen nagyban függ az adott államban a „külső” közösségben alkalmazott gyakorlattól: ahol a metadont szabadon fel lehet írni az általános népesség körében, ott a börtönökben is ez a helyzet. Belgiumban a szabadságvesztésük előtt metadonterápiában részesülő fogva tartottak folytathatják a kezelést a börtönben; a tervek szerint hamarosan buprenorfin- és metadonfenntartó programokat vezetnek be a többi ópiátfogyasztó fogvatartott számára is. Finnországban a fenntartó kezelést 1997-ben vezették be a börtönökben, de ma még meglehetősen ritkának számít: 14 finn büntetés-végre-

hajtási intézményben mintegy 116 fogva tartottat kezeltek metadonnal 1998 és 2003 között, 2001-ben 45 fogva tartott részesült fenntartó kezelésben. A terápiát a fogva tartott a börtönben is elkezdheti; a kliensek vizeletét rendszeresen ellenőrzik. A program bővítése itt is tervbe van véve. Franciaországban az általános népességhez képest 5 évvel később (2000) vezették be a szubsztitúciós terápiát a börtönökben, és az még ma is csak igen korlátozottan hozzáférhető – nem kis részben az egészségügyi személyzet elutasító magatartásának köszönhetően (Stöver–Hennebel 2004).

Lengyelországban problémákat okoz az, hogy az országnak nincs egységes metadon-stratégiája, így a metadonellátás a börtönökön kívül sem biztosított minden területen. 2004 áprilisában négy lengyel büntetés-végrehajtási intézetben folyt metadonterápia (egy krakkói és három varsói intézményben). A krakkói Montelupich börtön korlátozott számban (10–15) tesz lehetővé metadon-fenntartó terápiát a fogva tartottak számára. A bekerüléshez a kliensnek be kell töltenie 21. életévét, legalább 3 éves intravénás droghasználói múlttal kell rendelkeznie és 3 sikertelen detoxifikációs kezelési kísérleten kell átesnie. A metadonkezelést a börtönhatóságok a MONAR drogterápiás civil szervezettel együttműködésben valósítják meg (MacDonald 2004b).

C) *A fenntartó kezelés széles körben hozzáférhető az ország büntetés-végrehajtási intézményeiben.* Ausztriában 1991 óta minden büntetés-végrehajtási intézményben elérhető a szubsztitúciós terapia, egyes fegyintézetekben speciális körleteket is létrehoztak a metadonfenntartó kezelésen résztvevők számára. 2002-ben 531 fogva tartott részesült fenntartó kezelésben: az összes fogva tartott 7,5%-a. Dániában a börtönön belüli és kívüli kezelőintézetek közötti együttműködésnek köszönhetően a fogva tartottak majdnem minden büntetés-végrehajtási intézményben folytathatják vagy el is kezdhetik a fenntartó kezelést. 1998-ban 232 fogva tartott vett részt fenntartó terápiában, az összes fogva tartott 6,5%-a. 2003-ra a számuk mintegy 300 főre emelkedett, 2004-re pedig már 500-ra. Írországban 2000 óta már mind a három nagyobb fegyintézetben speciális körleteket hoztak létre a metadonfenntartó kezelésen résztvevők számára. Bár Nagy-Britanniában egyre több börtönben alkalmazzák a metadont, többnyire még mindig detoxifikációs, és nem fenntartó célzattal. Spanyolországban és Hollandiában a metadonfenntartó kezelés majdnem minden fegyintézetben hozzáférhető, az ópiátfogyasztók többsége igénybe is veszi azt (Stöver–Hennebel 2004).

Szlovéniában minden fegyintézetben elérhetők a szubsztitúciós kezelési programok a fogva tartott ópiátfogyasztók számára, ezeket a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága finanszírozza. A büntetés-végrehajtás metadon-programját a börtönök egészségügyi személyzete a „külső” kezelőintézetekkel folytatott konzultáció során hozta létre. A metadont mind detoxifikációs, mind fenntartó célzattal alkalmazzák a terápiában. A fenntartó kezelésben minden 16. életévét betöltött fogva tartott részesülhet, aki igazoltan ópiátfüggő, és korábban

sikertelenül próbálták detoxifikálni. A szabadságvesztést megelőzően fenntartó kezelésben részt vevő kliensek a büntetés letöltése alatt is folytathatják a metadonterápiát, a kezelést azonban a fogva tartott a börtönben is elkezdheti (MacDonald 2004a).

6. Tűcsere-programok

A steril fecskendőkhöz való hozzáférés biztosítása kulcsfontosságú a vér útján terjedő fertőzések megelőzésének területén, hatékonyságát számos bizonyíték támasztja alá. Az általános népesség számára ma már a világ országainak jelentős részében elérhetőek a tűcsere-programok, a büntetés-végrehajtásban azonban ez idáig csak hat ország alkalmazta őket. Ennek elsősorban az az oka, hogy a börtönök személyzete különféle aggályokat fogalmaz meg ezzel kapcsolatban. Ezek egy része biztonsági jellegű (a tűket a fogva tartottak fegyverként használhatják), más része az ártalomcsökkentő módszerekkel szemben megfogalmazott általános kritikához kapcsolódik (a fecskendőkhöz való szabad hozzáférés növeli a drogfogyasztást). Ezek a kockázati tényezők azonban a büntetés-végrehajtási intézményekben már jelenleg is működő tűcsere-programok tapasztalatai alapján alaptalannak bizonyultak: a tűcsere-programok nem növelték a drogfogyasztást a fogva tartottak között, és ahelyett, hogy a börtön és a személyzet biztonságát veszélyeztették volna, valójában segítettek abban, hogy a fegyintézetek biztonságosabbá és élhetőbbé váljanak. A tűcsere-programok másik alapvető funkciója ugyanis például a használt fecskendők begyűjtése, így annak a kockázatnak a csökkentése, hogy a személyzet a körletekben végzett munka során használt fecskendővel érintkezzen. Egy százsországi börtönökben végzett felmérés szerint például a fogva tartottak a használt fecskendők 99%-át visszaszolgáltatták a kihelyezett automatákba, ugyanakkor *egyetlen esetben sem* fordult elő, hogy fegyverként használták volna a fecskendőket a börtönőrök ellen (Dolan–Rutter–Wodak 2001; Lines et al. 2004).

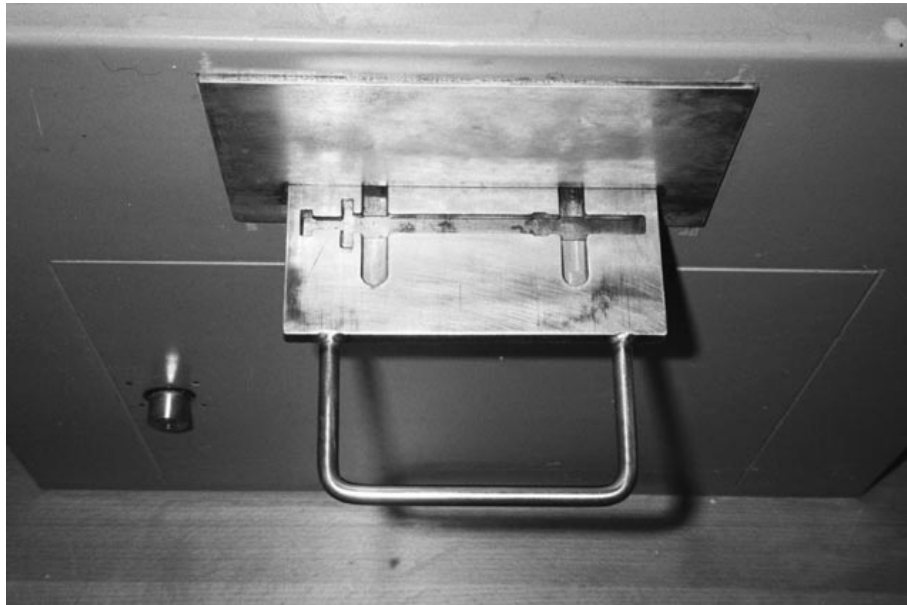
Az első fegyintézetben létesített tűcsere-programot 1992-ben hozta létre Franz Probst pszichiáter a svájci Oberschönggrün börtönben. Mivel akkor még nem álltak rendelkezésére nemzetközi tapasztalatok, Probst számára komoly dilemmát jelentett a steril fecskendők terjesztésének kérdése. Mivel azonban tudta, hogy a fogva tartottak több mint 20%-a (70-ből 15) a fecskendőket megosztó intravénás droghasználó, az első számú kockázatnak a HIV-/AIDS- és hepatitis C-vírusok terjedését tartotta, így először saját felelősségére, majd a kantonális hatóságok jóváhagyásával kezdett a steril fecskendők terjesztéséhez. Probst évente megközelítőleg 700 steril fecskendőt osztott szét. Bár a börtön vezetősége kezdetben rendkívül szkeptikus volt a programmal kapcsolatban, az eredmények hamarosan meggyőzték őket annak hatékonyságáról, mivel az elhagyott hasz-

nált fecskendők előfordulása jelentősen csökkent az intézményben (Nelles–Dobler–Mikola–Kaufman 1997; Jürgens 1996b).

1994-ben az oberschöngrüni sikereken felbuzdulva a svájci kormányzat kísérleti tűcsere-program bevezetését kezdeményezte a Hindelbank női börtönben, ahol egy tűcsere-automatát állítottak fel. Ez az automata a használt fecskendőkért cserébe adott ki steril fecskendőket, a munka állítás első évében 5335 darabot. A börtönbe érkező intravénás droghasználók egy „álfecskendőt” kaptak, amelynek segítségével az automatából steril darabhoz juthattak. A fertőzések elkerülése érdekében a fogva tartottaktól megkövetelték, hogy a fecskendőket a biztonsági műanyag tasakban tartsák (Jürgens 1994). 1996–97 során tűcsere-programot indítottak be a Champ Dollon (Genf) és a Realta (Graubünden) börtönökben is, az előbbi az oberschöngrüni, az utóbbi a hindelbanki modell alapján működik. 1998-ban további két tűcsere-program indult meg két berni börtönben (Witwil és Thorberg); mindkettőben az egészségügyi személyzetten keresztül juthatnak steril fecskendőhöz a rászorulóknak. 2000-ben a Saxerriet (Salez) börtönben megnyitották a hetedik tűcsere-programot a svájci büntetés-végrehajtásban.

A hindelbanki kísérleti program bevezetését kiterjedt felmérések és eredményességi vizsgálatok követték. A kutatók azt találták, hogy a fecskendőmegosztás jelensége minimálisra csökkent az intézményben. A program beindítása előtt 19 nő számolt be arról, hogy megosztottan használta a fecskendőit, a prog-

1. kép. Tűcsere-automata a svájci Hindelbank női börtönben (Rick Lines et al. 2004)



ram bevezetése utáni 12 hónapban pedig mindössze egy ilyen női fogva tartott akadt. Eközben a drogfogyasztási mutatók nem növekedtek, nem történt új HIV- vagy hepatitiszfertőzés sem. A fecskendők a felmérés szerint nem jelentettek kockázatot a börtön biztonságára. Hasonló eredményekhez vezetett a Realta börtönben végzett hatásvizsgálat is (Nelles–Dobler–Mikola–Kaufman 1997).

Németországban a HIV- vagy hepatitisz C-pozitív fogva tartottak 90%-a intravénásan használ(t) drogokat, és megosztotta a fecskendőjét. Egy – 2001-ben, két berlini börtönben készített – felmérés szerint a HIV-prevalencia elérte a 18%-ot (German Reference Centre for the EMCDDA 2002). Az első 2 éves kísérleti tűcsere-programot az alsó-szászországi igazságügyi miniszter határozata alapján vezették be a Vechta női börtönben és a Lingen I férfi börtönben 1995-ben. A Vechta fegyintézetben, ahol mintegy 100 intravénás droghasználó fogva tartott tartózkodott, 5 tűcsere-automatát állítottak fel az épület különböző olyan pontjain, ahol a fogva tartottak névtelenségük megőrzésével férhettek hozzá a fecskendőkhöz. A férfi börtönben az egészségügyi személyzet osztotta a fecskendőket az intravénás droghasználók között. Minden elítélt csupán egy fecskendő tarthatott magánál egyidejűleg, a fecskendők adásvételét tiltották. A Vechta börtönben a kétéves kísérleti szakaszban 16 390 fecskendőt cseréltek be az automa-

2. kép. Ártalomcsökkentő csomag a lichtenbergi börtönben (Rick Lines et al. 2004)



táknál, a használt fecskendők visszaszolgáltatási rátája elérte a 98,9%-ot. 1996-ban egy hamburgi (Vierlande) és két berlini (Lichtenberg és Lehrter Str.) fegyintézetben is bevezették a szolgáltatást. A lichtenbergi női börtönben minden beérkező fogva tartottnak egy „ártalomcsökkentő csomagot” adnak, amely egy „álfecskendőt” és különféle fertőtlenítőszereket tartalmaz. 2000-ben még egy tűcsere-programot hoztak létre a hamburgi Am Hasenberge férfi fegyintézetben.

A Vechta és a Linden I börtönökben a tűcsere-programok működését hasonló hatásvizsgálatokkal elemezték, mint amilyeneket Svájcban is lefolytattak, és ezek is hasonlóan pozitív eredményekről számoltak be (Stöver 2000). 2001-ben a konzervatív (CDU/CSU) kormányzatok mégis általános támadást intéztek a börtönben működő tűcsere-programok ellen, azt a véleményüket hangoztatván, hogy a kutatások nem igazolják ezek hatékonyságát. Ennek a nyilvánvalóan ideológiai alapokon folytatott kampánynak az eredményeként a tűcsere-programokat sorra zárták be a német börtönökben, anélkül hogy erről akár a fogva tartott droghasználókkal, akár a börtönök személyzetével konzultációt folytattak volna. Bár a kormányzat a börtönökben dolgozó személyzet érdekeinek védelmére hivatkozva zárta be a tűcsere-programokat, érdekes módon a Vechta börtön személyzete 2003-ban petícióban kérte a kormányzatot arra, hogy a programot indítsák újra! A kezdeti ellenállás után tehát a börtönben dolgozó személyzet a tűcsere-programok fő támogatói közé lépett elő. Így történt ez a berlini Lichtenberg börtönben is, ahol kezdetben a személyzet 85%-a ellenezte a tűcsere-program beindítását, jelenleg pedig azért lobbiznak a kormányzatnál, hogy a programot indítsák újra.

Spanyolországban az európai uniós átlagnál nagyobb (közel 40%) a HIV prevalenciája az intravénás droghasználók körében, az AIDS-es megbetegedések 65%-át kapcsolatba hozzák az intravénás droghasználattal (Ministerio del Interior 2002). Ennek megfelelően a börtönökben is súlyosabb problémát jelent a vér útján terjedő betegségek megelőzése. Az intravénás droghasználó fogva tartott népesség körében folytatott 2002-es vizsgálat szerint 15%-uk HIV-pozitív-nak, 40%-uk pedig hepatitis C-pozitív-nak bizonyult (Rick Lines et al. 2004). A politikai döntéshozók ezért Spanyolországban jóval nyitottabbakká váltak a tűcsere-programok bevezetése iránt, mint más uniós tagállamokban. Az első kísérleti program a baszkföldi Centro Penitenciario de Basauri intézményben civil szervezetek bevonásával került bevezetésre 1997-ben, ahol a mintegy 180 fogva tartott kétharmada saját bevallása szerint használt drogokat intravénásan, ezek közel fele HIV-pozitív volt. A két és fél éves kísérleti szakaszban a börtönben rendszeresen megjelenő civil szervezetek 16500 fecskendőt osztottak ki mintegy 600 fogva tartott számára. A vizsgált időszakban semmilyen a börtön biztonságára veszélyt jelentő esemény sem fordult elő a fecskendőkkel kapcsolatban (Menoyo–Zulaica–Parras 2000).

1. táblázat. A tűcsere-programok hatása a droghasználatra, a fecskendőmegosztásra és a HIV-prevalenciára (Rick Lines et al. 2004)

Börtön/ország	Droghasználat	Fecskendőmegosztás	HIV-prevalencia
Am Hasenberg/ Németország	Nem növekedett	Jelentősen csökkent	Nincs adat
Basauri/ Baszkföld	Nem növekedett	Nincs adat	Jelentősen csökkent
Hannöverstand/ Németország	Nem növekedett	Jelentősen csökkent	Jelentősen csökkent
Hindelbank/ Svájc	Csökkent	Jelentősen csökkent	Nem nőtt
Lehrter Strasse/ Németország	Nem növekedett	Jelentősen csökkent	Nincs adat
Lichtenberg/ Németország	Nem növekedett	Jelentősen csökkent	Nincs adat
Lingen I/ Németország	Nem növekedett	Jelentősen csökkent	Nem nőtt
Realta/ Svájc	Csökkent	Egyedi esetek	Nincs adat
Saxerriet/ Svájc	Nem növekedett	Nincs adat	Nincs adat
Vechta/ Németország	Nem növekedett	Jelentősen csökkent	Nem nőtt
Vierlande/ Németország	Nem növekedett	Nincs változás	Nincs adat

3. kép. Ártalomcsökkentő csomag a madridi Soto de Real börtönben (Lines et al. 2004)



1998-ban Pamplonában, majd 1999-ben Tenerife, San Sebastian és Orense büntetés-végrehajtási intézményeiben vezettek be tüssere-programokat. 2000-re már 9 börtönben működött tüssere-program az országban, 2001-re ez a szám 11-re nőtt. A sikereken felbuzdulva a spanyol kormány olyan határozatot hozott, amely gyakorlatilag minden büntetés-végrehajtási intézet számára kötelezően előírta a tüssere-programok bevezetését. Az egészségügyi minisztérium 2002-ben megjelentette a „Tüssere a börtönökben: Keretprogram” című kiadványt, amely általános irányelveket kínál a börtönszemélyzet számára a tüssere-programok bevezetésével és működtetésével kapcsolatban. 2002 végére már 12970 fecskendő került kiosztásra az ország 27 büntetés-végrehajtási intézményében.

A legtöbb tüssere-program keretében az egészségügyi személyzet vagy külső civil szervezetek tagjai terjesztik a steril fecskendőket a fogva tartottak között. A tüssere-programot az integrált kezelési struktúra egyik fontos elemének tekintik, melyet minden esetben tájékoztatási, tanácsadási és kezelési lehetőségekkel társítanak. A nem hivatalos forrásból vagy nem megfelelően tárolt fecskendőket a személyzet elkobozza. A németországi példával ellentétben a metadonfenntartó kezelésben részt vevő spanyol fogva tartottakat nem zárják ki automatikusan a tüssere-programokból, mivel ez ellentmondana a HIV-prevenciónak, ezenkívül más drogokat is lehet injektálni, nemcsak az opiátszármazékokat. A „Tüssere a börtönökben: Keretprogram” a programok hatásvizsgálatainak elemzésére alapozva a következő megállapításokat teszi:

- A tüssere-programok börtönökbe való bevezetése éppolyan ésszerű és hasznos intézkedés, mint a börtönökön kívül élő populáció körében.
- A tüssere-programok, akár csak a külső népesség körében, a börtönökben is megváltoztatják a droghasználó magatartásformát, amely a intravénás droghasználathoz vezető kockázatok minimalizálását eredményezi.
- A tüssere-programok megkönnyítik a problémás droghasználók kezelési programokra való irányítását.
- A tüssere-programok bevezetése a börtönökben nem vezet szükségszerűen a droghasználat növekedéséhez, és főképpen nem az új kipróbálók számának növekedéséhez.
- A tüssere-programoknak rugalmasan kell működniük a börtönben, hozzáigazodva a fogva tartottak egyéni igényeihez.
- Hasznos, ha a tüssere-programok más prevenciók és kezelési programokkal egészülnek ki.

A tüssere-programok azonban nemcsak a nyugat-európai országok büntetés-végrehajtási intézeteinek humánusabb és kulturáltabb körülményei között működőképesek. Ezt bizonyítja, hogy az utóbbi években egyes jóval elmaradottabb kelet-európai ország börtöneiben is bevezetésre kerültek. Moldovában például

egy jórészt volt és jelenlegi börtönorvosokból álló civil szervezet a kormányszattal való jó együttműködésnek és a Nyílt Társadalom Intézet anyagi támogatásának köszönhetően 1999-ben általános HIV-prevenációs programot indított a börtönökben. Ennek részeként továbbképzésben részesítették a börtönök személyzetét, felvilágosító kampányokat indítottak a fogva tartottak számára, illetve megkezdték a steril fecskendők terjesztését az intravénás droghasználók között. A fecskendőket először egy kísérleti program keretében kezdték terjeszteni a 18. sz. börtönkolónián (Branesti), ahol akkor 18 HIV-pozitív intravénás droghasználó elítélt tartózkodott, és egy anonim felmérés szerint gyakran 8–12 fogva tartott osztozott egyetlen fecskendőn. Az első időkben az orvosi személyzet terjesztette a steril fecskendőket, ez a rendszer azonban alacsony hatékonysággal működött, a droghasználók jelentős része nem vette igénybe a szolgáltatást. Ezért új módszert dolgoztak ki, melynek részeként a fogva tartottak közül önkéntes segítőket képeztek ki a fecskendők szétosztására. Ez a rendszer már hatékonynak bizonyult: 2002 első kilenc hónapjában az intravénás droghasználók mintegy 70%-a igénybe vette a tűcsere-szolgáltatást, az önkéntesek pedig több mint 7000 steril fecskendőt juttattak el a rászorulóknak. A programot ma már kiterjesztették más börtönökre is, így a 4. sz. börtönkolóniára, ahol az első hónapokban még csak 40–45, egy év múlva viszont már mintegy 160 fogva tartott vette igénybe a szolgáltatást (Harm Reduction News 2002, 2004; Lines et al. 2004).

4. kép. A branesti 8. sz. börtönkolónia egyik túlzsúfolt barakkja
(Rick Lines et al. 2004)



Kirgiztánban 2002 októberében vezették be az első kísérleti tűcsere-programot az IK-47 szigorított börtönben. Az intézetben mintegy 50 intravénás droghasználó napi rendszerességgel cseréli használt fecskendőjét steril fecskendőre, melyet az egészségügyi szárny munkatársaitól szerezhetnek be. 2003-ra már hat börtönben működött tűcsere a 11 kirgiztáni büntetés-végrehajtási intézményéből, a szolgáltatást országos szinten 470 droghasználó fogva tartott veszi igénybe. Hasonló fejlemények figyelhetők meg Fehéroroszországban, ahol 2003-ban indították az első kísérleti programot egy 2000-es létszámú minszki fegyintézetben, ahol az intravénás droghasználók számát a hivatalos statisztikák 18-ra, a nem hivatalos becslések 200 főre teszik, köztük 50 fő HIV-pozitív. A programot a moldovai modell alapján vezették be; 20 önkéntes osztja szét a fecskendőket (Savischeva 2003).

7. Fertőtlenítő felszerelés terjesztése

Bár nem helyettesíthetik a tűcsere-programokat, egyes esetekben a fecskendők újrahasznosítást megelőző sterilizálására alkalmas vegyületek biztosítása (pl. szódium hipoklorit) növelheti a prevenciók erőfeszítések hatékonyságát. Megjegyzendő, hogy a fecskendők fertőtlenítése nem jelent 100%-os védelmet sem a HIV-, sem a hepatitisz C-vírusok ellen (Lines 2002). Ugyanakkor a börtönökben gyakran alacsony higiénia körülmények között végzett tetoválással együtt járó bakteriális fertőzések elkerülése érdekében a fertőtlenítőszer terjesztése erősen javasolt.

Európa számos börtönében létezik ilyen szolgáltatás, Ausztriában például egyes börtönök egészségügyi részlegén jódhoz juthatnak a fogva tartottak, Dániában egyes börtönök mosdóiban közvetlenül hozzáférhetnek nátrium-hipoklorithoz. Finnországban minden beérkező elítélt kap egy személyes készletet, Franciaországban 15 naponként elérhető a rabok számára 120 ml fertőtlenítőfolyadék (Stöver–Ossietzky 2001). Skóciában a fogva tartottak 1993 óta hozzájuthatnak fertőtlenítő tablettákhoz, melyeket egy videokazettával együtt vehetnek át a személyzettől. A kazettán egy oktatófilm található a tabletták helyes használatáról. Számos országban ugyanakkor a fertőtlenítőszerhez nem csatolnak semmiféle használati utasítást, mivel attól félnek, hogy azokat a fogva tartottak az illegális praktikákra való buzdításként értelmezik.

8. Anonim és önkéntes HIV-szűrés

A HIV-prevenció egyik fontos eleme a fogva tartottak számára rendszeresen és önkéntes alapon elérhető szűrés. Az anonimitás megőrzése fontos egy olyan

környezetben, ahol az AIDS-fóbia rendkívül erős, és a HIV-pozitív emberek számára a *bizalom* az egyik legfontosabb érték. A kötelező HIV-tesztek bevezetése ellen mind emberi jogi, mind költségvetési érvek szólnak. A kötelező tesztek a HIV-pozitív fogva tartottak szegregációját segíthetik elő, ez pedig ellentétes a nemzetközi közegészségügyi alapelvekkel, és nem szolgálja a járvány megfékezését. A tesztek ajánlatos egy külső szervezetnek, és nem a fegyintézet egészségügyi szárnyának elvégeznie, hogy a bizalom további megerősítést nyerjen. Megjegyzendő, hogy a HIV-tesztek sosem működnek 100%-os megbízhatósággal, mivel a fertőzés és a kimutathatóság közötti „ablak-periódus” akár 4 hónapig is tarthat.

Az Egyesült Államokban a HIV-tesztelés vegyes képet mutat. Míg a legtöbb börtönben működnek anonim és önkéntes HIV-tesztek, 18 állam kötelező HIV-szűrést ír elő a fogva tartottak számára, a pozitív eredményt mutatókat pedig valamilyen formában szegregálják a negatív eredményt produkálóktól. Egyes börtönökben ugyanakkor csak a már szimptomákkal rendelkező betegeket különíti el, míg a börtönök egy kisebb része az összes HIV-pozitív fogva tartott szegregációját megvalósítja. Ugyanakkor számos börtön, amely az 1980-as években vezette be a fogva tartottak kötelező HIV-tesztelésének gyakorlatát, mára már felhagyott ezzel a gyakorlattal, ugyanis az hosszú távon költségesnek és alacsony hatékonyságúnak bizonyult. Így például New York, Maryland és Connecticut államokban, ahol korábban elkülönített AIDS-szárnyakat tartottak fenn a börtönökben, mára már megszüntették a szegregációt (Harding–Schaller 1992).

Kanadában a 90-es években számos kísérlet történt a fogva tartottak kötelező HIV-szűrésének bevezetésére, melyekkel az indítványozók az ártalomcsökkentő módszerek bevezetését próbálták „helyettesíteni” illetve elodáztatni. Az ország vezető szervezetei (NAC-AIDS, Royal Society of Canada, Expert Committee on AIDS in Prisons) azonban a kérdés elemzése után mind elvetették ezeket a követeléseket, mondván, hogy a HIV-szűrésnek a fogva tartottak tájékozott beleegyezésén kell alapulnia (Jürgens 1998). Az Albert Herceg börtönben (Saskatchewan) egy, a szexuális úton terjedő betegségek szűrésével foglalkozó klinika végez tesztelési és tanácsadási szolgáltatást 1994 óta (Lines 2002).

Nyugat-Ausztráliában a 90-es évek elejéig a fogva tartottakat kötelező HIV-teszteknek vetették alá, a pozitív eredményt mutatókat pedig szigorúan őrzött, elkülönített szárnyakban helyezték el. Az Emberi Jogi és Esélyegyenlőségi Bizottság vizsgálata azonban megállapította, hogy „a HIV-pozitív fogva tartottak szegregációja és szigorú felügyelete elvetendő, mivel az érintett fogva tartottak stigmatizációjához vezet”. A Bizottság ezért elrendelte, hogy oldják fel a szegregációt, és a sértettek 3–8 ezer dolláros vigaszdíjat kaptak. Azóta Nyugat-Ausztrália börtönei önkéntes és anonim tesztelési lehetőséget biztosítanak a fogva tartottaknak, a HIV-pozitív fogva tartottak kezelését pedig az önkéntesség, a bizalom és a biztonság elvei alapján oldják meg (Fortuin 1992; Harding–Schaller 1992).

Az Európai Unió legtöbb országában léteznek névtelen, önkéntes HIV-tesztek a börtönökben. Egyes országokban (Hollandia) csak ilyen szűrés található, Németországban a börtönbe felvett rabok számára javasolják a HIV-tesztet, ugyanakkor azt vissza lehet utasítani. A HIV-teszteknek a legtöbb börtönben nincsen következménye a fogva tartottak helyzetére, kivéve egyes német szövetségi államokban, ahol a HIV-pozitívokat külön cellákban helyezik el (Stöver 2001).

9. Ártalomcsökkentő tanácsadás

A fentebb bemutatott ártalomcsökkentő módszerek egyike sem működhet hatékonyan anélkül, hogy ne párosulna információterjesztéssel és tájékoztatással. A szubsztitúciós anyagok vagy a steril fecskendők terjesztése csupán a megfelelő információk átadásával képes a kockázatvállaló magatartásformák előfordulását csökkenteni. Különösen fontos a szűrővizsgálatot megelőző, illetve azt követő tanácsadás biztosítása, mivel a teszten negatív eredményt produkáló fogva tartottak csak így maradhatnak továbbra is egészségesek, a pozitívoknak pedig rendszerint komoly traumát jelent az eredmény kézhez vétele, amelyet gyakran csak pszichoterápiás eszközökkel képesek feldolgozni.

Az ártalomcsökkentő tanácsadás lényegi különbsége az absztinenciaorientált (vagy magasküszöbű) tanácsadással szemben az, hogy nem törekszik feltétlenül a kezelték szermentességére, csupán segíteni kívánja őket a börtöntársadalomba való jobb integrációban és az egészségügyi kockázatok csökkentésében. Az ártalomcsökkentő megközelítés a HIV-prevenció más ágazataiban is hatékonyan működik. Egy kézenfekvő hasonlattal élve, a magas küszöbű prevenció szexmentességre, vagy legalábbis a szexuális kapcsolatok jelentős redukciójára próbálja rávenni a célcsoportot, míg az ártalomcsökkentő megközelítést alkalmazók inkább kondomokat terjesztenek a célcsoport tagjai között.

Hollandiában Cramer és Schippers kidolgoztak egy ártalomcsökkentő tanácsadási rendszert, az ún. önkontroll információs programot (SCIP). A program öt célkitűzése: 1. segíteni a drogfogyasztókat a drogfogyasztás és az absztinencia előnyeinek és hátrányainak realisztikus felmérésében; 2. segíteni abban, hogy a leszokást a fogva tartottak lépcsőzetes folyamatnak lássák, ne csupán „mindent vagy semmit” elven alapulónak; 3. segítséget nyújtani abban, hogy a droghasználók a kontrollált droghasználatot a konvencionális élet felé vezető lépcsőnek lássák; 4. segíteni azoknak a különbségeknek a felismerésében, amelyek jelenlegi életmódjukat elválasztják az általuk vágyott életmódtól; 5. segíteni egy, az életminőség javításához vezető, lépésről lépésre végrehajtható stratégia kidolgozásában (Cramer 2002).

Konklúziók

Az ártalomcsökkentés a 90-es években behatolt a büntetés-végrehajtás intézményeibe, a XXI. század elején pedig egyre több ország egyre több börtönében válik mindennapos, a kormányzat által támogatott gyakorlattá. A kezdeti ellenállás után a büntetés-végrehajtási intézmények személyzete a legtöbbször az ártalomcsökkentő programok támogatójává válik, mivel belátja azt, hogy ezek a kezdeményezések valóban segítenek a börtönök élhetőbbé és biztonságosabbá tételében. A Kelet-Európában napjainkban dúló nagyarányú HIV-/AIDS-járvány egyre több politikai döntéshozót döbbsent rá arra, hogy a kockázatok csökkentésében hatékonyan bizonyult HIV-prevenációs technikák nem lehetnek a fejlett országok kiváltságai. Ma már számos bizonyíték van arra, hogy ezek a módszerek nemcsak a fejlett Nyugaton működőképesek, hanem az olyan elmaradott országok börtöneiben is, mint amilyen Moldova vagy Kirgiztán. A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a börtönökben alkalmazott drogmentes kezelési módszerek nem elégítik ki az összes drogfogyasztó fogva tartott igényeit, ezért szükség van a kezelési lehetőségek minél szélesebb körének biztosítására. Általában azok a megközelítések bizonyulnak a legsikeresebbnek, melyek egy komplex, integrált kezelési stratégia szerves részeként kezelik az ártalomcsökkentést, melyet szükség esetén pszichoszociális terápiával egészítenek ki. Az egyes módszereket az egyes intézmények sajátos körülményeinek megfelelően kell működtetni, gondosan monitorozva a programok hatékonyságát. A nagyobb eredményességet szavatolhatja a „külső” kezelőintézetekkel és civil szervezetekkel fenntartott szoros munkakapcsolat, mivel a drogfogyasztó népesség kezelésének folyamatosságát biztosítani kell a fogva tartás idején és a szabadulás után is. A börtönök egészségügyi állapotainak javítása a társadalom egészének közegészségügyi érdeke.

Irodalom

- Bellin et al. 1999: High Dose Methadone Reduces Criminal Recidivism in Opiate Addicts. *Addiction Research*, 7 (1): 19–29.
- Bureau of Justice Statistics 2003: *Prisoners in 2002*. Washington DC, Bureau of Justice Statistics Bulletin NCJ-200248.
- Council of Europe 1996: Recommendation No. R (93) 6 of the Committee of Ministers to Member States Concerning Prison and Criminological Aspect of the Transmissible Diseases Including AIDS and Related Health Problems in Prisons.
- Correctional Service of Canada 2003: *Infectious Diseases Prevention and Control in Canadian Federal Penitentiaries 2000–01*. Ottawa: CSC.
- Cramer, Edith 2002: Implementation and Evaluation of the Dutch Self-Control Information Programme (SCIP) in other European Countries. Abstract, 13th Conference on the Reduction of Drug Related Harm.

- Csernus E. – Dénes B. 2004: *Intravénás droghasználat és közegészségügy*. TASZ.
- Dolan et al. 1994: Evidence of HIV Transmission in an Australian Prison. *Medical Journal of Australia*, 160: 734.
- Dolan, K. – Rutters, S. – Wodak, A. 2003: Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*, 98 (2): 153.
- Dublin 2004: Dublin Declaration on HIV/AIDS: Prison Health is Public Health. During the Conference Breaking the Barriers: Partnership in the Fight Against HIV/AIDS in Europe and Central Asia (Dublin, 2004. február 23.).
- EMCDDA 2003: *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. EMCDDA.
- Fortuin, J. 1992: *Issues in HIV/AIDS in the Australian prison system*. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- German Reference Centre for the EMCDDA 2002: Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point of Germany: Drug Situation 2001.
- Hall, W. et al. 1993: Methadone Maintenance Treatment in Prisons: The NSW Experience. *Drug and Alcohol Review*, 12: 193–203.
- Hammett, Theodore – Harmon, Patricia – Rhodes, William 2002: The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *American Journal of Public Health*, 92: 1789–1794.
- Harding, S. – Schaller, G. 1992: HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners? In: J. Mann et al. (eds.): *AIDS in the World*. Cambridge, MA & London, England: Harvard University Press. 761–769.
- Heilpern, Hans – Egger, Sandra 1989: *AIDS in Australian Prisons: Issues and Policy Options*. Canberra, Department of Community Services and Health.
- HIPP 2001: European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison, European Guidelines on HIV/AIDS and Hepatitis in Prison (Milanó, 1999. május).
- Jacob, J. – Stevens, A. – Stöver, H. 1998: Report on the Conference Prison and Drugs: Toward European Guidelines (12–14th March 1998).
- Jürgens, R. 1994: HIV prevention taken seriously: provision of syringes in a Swiss prison. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 1.
- Jürgens, R. 1996a: *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Network and Canadian AIDS Society.
- Jürgens, R. 1996b: Needle Exchange in Prisons: An Overview. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 4: 40–42.
- Jürgens, R. 1998: *HIV Testing and Confidentiality: Final Report*. Canadian HIV/AIDS Legal Network & Canadian AIDS Society.
- Lines, Rick 2002: *Action on HIV/AIDS in Prisons: Too Little, Too Late – A Report Card*. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Lines, Rick 2004: *Pros and Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV/AIDS Programs for Prisoners*. Toronto, PASAN.
- Lines, Rick et al. 2004: *Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*. Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Lines, Rick et al. 2004: *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*. Canadian HIV/AIDS Legal Network.

- Macalino et al. 2004: Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy*, 15: 103–114.
- Magura, Stephen et al. 1992: Evaluation of In-Jail Methadone Maintenance: Preliminary Results. In C. Leukefeld–F. Tims (eds.): *Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails*. Rockville, Maryland. /NIDA Research Monograph, 118./
- MacDonald, Morag 2004a: „Country Report for Poland”. In: *A Study of Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries in Central and Eastern Europe*. London–Varsó, Cranstoun Drug Services.
- MacDonald, Morag 2004b: „Country Report for Slovenia”. In: *A Study of Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries in Central and Eastern Europe*. London–Varsó, Cranstoun Drug Services.
- McSweeney, Tim 2002: *Review of Criminal Justice Interventions for Drug Users in Other Countries*. London, Criminal Policy Research Unit.
- Menoyo, C.–Zulaica C.–Parras, F. 2000: Needle exchange programs in prisons in Spain. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*, 5 (4): 20–21.
- Muscat, Richard 2000: Drug Use In Prison. 30th Meeting Of The The Group Of Experts In Epidemiology Of Drug Problems.
- Nelles, J.–Dobler–Mikola A.–Kaufman B. 1997: Provision of Syringes and Prescription of Heroin in Prison: The Swiss Experience in the Prisons of Hindelbank and Oberscöngrün. In J. Nelles (eds.): *Harm Reduction in Prison*. Bern, Peter Lang.
- Ostergard, Judith 1997: Methadone Treatment in Jail: A Decade Into It. *Methadone Today*, 10.
- Ministerio del Interior 2002: Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Spain Drug Situation 2001.
- Roschupkin, G. 2003: HIV/AIDS Prevention in Prisons in Russia. In: *Situation of Prisoners in Contemporary Russia*. Szerk. T. Lokshina. Moszkva, Moszkvai Helsinki Bizottság.
- Savicsheva, L. 2003: Needle exchange in Belarussian prisons: A joint UNDP-UNAIDS pilot project. *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison*, 2003 (13): 8.
- Stöver, Heino–Ossietzky, Carl von 2001: *Study On Assistance to Drug Users in Prisons*. EMCDDA.
- Stöver, H. 2000: Evaluation of needle exchange pilot projects show positive results. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 5 (2/3): 60–64.
- Ward, Jeff et al. 1997: *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood Academic.
- WHO 1993: *WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons*. UNAIDS.
- WHO 2001: *HIV in Prisons: A Reader with Particular Relevance to Newly Independent States*. WHO Regional Office for Europe.
- WHO–UNODC–UNAIDS 2004: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention.