

RITTER ILDIKÓ

Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézetekben¹

„Maga tudja, hogyan lehet elkapni ezt a hepatitisfertőzést? [...] Remélem, hogy én nem kaptam el tőlük (*az elítéltektől – a szerző megj.*), félek, ezért is mentem szűrésre! [...] El kéne őket különíteni, mert így az örök is veszélyben vannak; nem akarok fertőzést hazavinni a családomba!” (Egy fegyőr a hepatitis C-fertőzött elítéltekről)

Bevezetés

A fertőző betegségek és az ezektől való félelem gyakorlatilag egyidős az emberiséggel. Már az ókori irodalmi művekben is olvashatunk járványokról, bár ma már pontosan nem állapítható meg, hogy jellemzően milyen fertőző betegségekről volt szó. Feltételezhető, hogy himlő, pestis, maláriaepidémia szedte akkortájt az áldozatait. A középkor meghatározó járványa a pestis, a himlő és a lepra volt. A pestis a XI. század elején Egyiptomból indult el, és rövid idő alatt eljutott Európába. Hazánkat a tatárjárás körül érte el. A himlőt és a leprát a hazatérő keresztes hadak hurcolták Európába. Az újkor pusztító járványa a szifilisz, a flekktífusz és a kolera volt. Utóbbi 1817-ben tört be Európába. Hazánkban mintegy félmillióan betegedtek meg az 1831-es nagy kolerajárványban. A diftéria és a tuberkulózis több ezer gyermek halálát okozta ez idő tájt. A XX. század járványai közül kiemelendő az 1918–1919-es influenzajárvány, amely kiterjedt csaknem a világ összes országára, és hat hónap alatt a Föld lakosságának ötven százalékát betegítette meg, továbbá húszmillió ember halálát okozta. Említést érdemel még a vírushepatitis. A heveny fertőző betegségben elhunytak ötven százalékát még ma is a vírushepatitisben meghaltak

¹ Ezúton szeretném megköszönni *dr. Újhelyi Eszter*nek, a Szent László Kórház V. Fertőző Belosztály Immunológiai Laboratórium vezetőjének, hogy együttműködött a vizsgálat megvalósításában és azt, hogy fontos információkkal és megelőzés-központú attitűddel vértezett fel a jelenség vizsgálatát illetően. Tovább köszönöm *Csóti András* bv. vezérőrnagynak, a büntetés-végrehajtás országos parancsnokának, hogy nyitott volt e kényes probléma mélyebb megismerése iránt, és megelőzésorientált személetével, bölcsességével lehetővé tette a vizsgálat megvalósulását.

száma adja. Az utóbbi egy-két évtizedben újabb fertőző betegségek léptek fel; kiemelkedik ezek közül az AIDS, amelyet első ízben 1981-ben írtak le, és amely Középpnyugat-Afrikából kiindulva pandémiává fejlődött².

Napjainkban a hepatitis vírus – a malária és az AIDS mellett – a leggyakrabban előforduló fertőző kór a világon. Habár hazánkban a járványügyi helyzet kedvező, a nemzetközi epidemiológiai helyzet óvatosságra int. Kiváltképp olyan nehezen kontrollálható társadalmi jelenségekkel összefüggő fertőző betegségeket illetően, mint az intravénás kábítószer-fogyasztáshoz társuló hepatitis B és C, valamint a rossz szociális-higiénés helyzettel, hajlék-talansággal összefüggő hepatitis A vírusfertőzés.

A hepatitisvírus-fertőzések incidenciája³ erősen emelkedő tendenciát mutat. Az Országos Epidemiológiai Központ *Epidemiológiai Információs Hetilapjának* 24. száma szerint 2013 1–24. hetében a hepatitisvírus-fertőzések incidenciája több mint kétszeresére (218 új esetről 477-re) nőtt a 2012-es év hasonló időszakához képest⁴.

Felvetődik azonban a kérdés: miért fontos foglalkoznunk a hepatitisvírus-fertőzések epidémiájának alakulásával a *Belügyi Szemle* hasábjain?

Nem szeretnék vészmadár lenni, de egyebek között azért, mert a jelenlegi országos epidemiológiai helyzet, kiváltképp az új esetek számának ugrásszerű növekedése, jelentős részben a büntetés-végrehajtási intézetekben történő szűréskor detektált fertőzöttek számosságán alapul. A hazai büntetés-végrehajtási rendszerében, legalábbis az intézetek egy részében, az elmúlt négy évben – gyógyszergyártó cégek nem minden érdek nélküli, de annál hathatósabb anyagi támogatásával – megoldott az elítéltek önkéntes és költségmentes hepatitis B- és C- (2012-ben HIV-) szűrése.

A 2012-ben végzett szűrések vizsgálati eredményei alapján a konfirmáltan pozitív új esetek száma, illetve a mintán belüli aránya jelentősen felülmúlja a 2010-es és a 2011-es év eset- és arányszámát. Míg 2010-ben az első két negyedévben végzett szűrővizsgálatok során a konfirmáltan hepatitis C-pozitív esetek aránya 4,2, 2011-ben pedig 4,7 százalék volt, addig 2012-ben ez 7,0 százalék lett, azaz gyakorlatilag minden tizenegyedik szűrésre önként jelentkező elítélt hepatitis C vírus hordozó volt⁵.

² Ember István (szerk.): *Fertőző betegségek epidemiológiája*. Egyetemi jegyzet. Pécsi Orvostudományi Egyetem Közegészségtani Intézet, Pécs, 2003, 6–7. o.

³ Prevalencia: egy adott populációt érintő jelleg (például betegség) előfordulási gyakorisága; incidencia: az új megbetegedések aránya a teljes vagy vizsgált népességben.

⁴ Epinfo, 2013/24., 11. o.

⁵ A Szent László Kórház V. Fertőző Belosztály Immunológiai Laboratóriumában végzik a szűrővizsgálatra beérkező minták elemzését, így a büntetés-végrehajtás intézményeiben végzett hepatitis B- és C-

Mivel e szűrővizsgálatok a hazai népesség körében nem kötelezők⁶, ellenben térítéskötelesek, emiatt még a kockázati csoportokból is kevesen mennek el. Így vélelmezhetően a populáció egészében számolnunk kell a latens hepatitisvírus-fertőzések incidenciájának emelkedésével.

A hepatitisvírus-fertőzések kockázati csoportjai a kórokozók vonatkozásában különböznek: a három leggyakrabban előforduló hepatitis vírus az A, B, C. Míg a hepatitis A terjedésének módja enterális, azaz fertőzött széklettel szennyezett élelmiszerrel, ivóvízzel, használati tárgyakkal, nem kielégítő személyi higiénié esetén közvetlen érintkezéssel történik⁷, így a kockázati csoportot elsősorban a rossz higiéniés körülmények között élők, hajléktalanok alkotják, addig a hepatitis B vírus szexuális úton fertőz, de terjedhet vér és testvadászok útján is. Így olyan közös használatú tárgyak segítségével, mint a borotva, a fogkefe vagy akár a körömvágó olló. A hepatitis C vírus vér, vérszítványok útján, valamint fertőzött vérrel szennyezett tüvel terjed.

Míg a hepatitis B vírus incidenciája az Európai Unió tagállamaiban százezer főre vetítve⁸ 1,5 alatt maradt, addig a hepatitis C vírusé megközelítette százezer főre jutó kilencet. Az elmúlt három évben a hazai büntetés-végrehajtási intézetekben hepatitis B vírusra végzett szűrővizsgálatok alapján mért incidencia a vizsgált populációban szintén 1,5 alatt volt (2010: 0,8; 2011: 1,4), míg a hepatitis C vírus incidenciája a korábbi évek relatíve alacsony értékeitől (2010: 4,1; 2011: 4,7 az első félévben mért konfirmáltan pozitív minták alapján) elmozdulva 2012-ben egyre jobban megközelítette az európai uniós átlagot.

Másrészt azért kívánczok e lap hasábjaira, mert a hatályos a büntető törvénykönyv (2012. évi C. törvény) 180. §-a értelmében elterelésen (vádemelési elhatalasítása, amelynek során a delikvensnek igazolnia kell, hogy legalább hat

szűrővizsgálatok mintáinak vizsgálatát is. Az esetszámok és az arányszámok e vizsgálatok eredményeit tartalmazzák. Az adatok forrása a Szent László Kórház V. Fertőző Belosztály Immunológiai Laboratóriuma. Jelen tanulmányban csak az adott év első és második negyedévében végzett vizsgálati eredményeket vetem össze, hiszen 2010-ben és 2011-ben is a vizsgálati mintát kitevő populáció jelentős többségének szűrésére ekkor került sor.

6 Kivéve a 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló jogszabály 18. § (1) bek. szerint a várandós nők és a 22. § 59. b) pontja alapján önkéntes, ám térítésköteles, részben foglalkozás-egészségügyi vizsgálatokhoz kötődő hepatitis B vírusra történő szűréseket.

7 Ember István (szerk.): i. m. 91. o.

8 A WHO Európai Regionális Szervezetének tájékoztatása szerint a European Centre for Disease Prevention and Control 2012. évi jelentése azt tartalmazza, hogy az Európai Unió tagállamaiban összességében a százezer lakosra jutó hepatitis B vírus incidenciája 1,49, míg a hepatitis C-é 8,7. <http://www.euro.who.int>

hónapig folyamatos kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt) csak azok a csekély mennyiségű kábítószer saját használatra termeszto, előállító, megszerző vagy tartó, valamint olyan kábítószer fogyasztó delikvensek vehetnek részt, akik az elkövetést megelőző két éven belül nem vettek részt „elterelésen”, illetve nem állapították meg büntetőjogi felelősségüket kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer-birtoklás miatt⁹.

Értelmezzük a vonatkozó jogszabályi rendelkezést a 2012. évi Enyübs-adataok fényében! 2012-ben a 4757 ismertté vált visszaélés kábítószerrel bñncselekményt elkövető bñnelkövető 34 százaléka vett részt elterelésen. Közülük minden negyedik (27,8 százalék) volt bñnismétlő. A bñnismétlők 27,2 százaléka az elkövetés idején már vádemelés elhalasztása hatálya alatt állt. Sőt az elterelt bñnismétlők kilenc százaléka különös visszaeső volt. Ők tehát bizonyosan nem vehetnének részt a 2012. évi C. törvény 180. §-a alapján elterelésen: ez $92 + 41 = 133$ fő. Ezen felül a maradék bñnismétlő jelentős része is kábítószerrel visszaélést követett el korábban, így vélelmezhetően ez a szám legalább a duplája, ami azt jelenti, hogy a 2013. július 1. után elkövetett csekély mennyiségű kábítószer saját használatra termesztes, előállítás, megszerzés vagy tartás, illetve a kábítószer-fogyasztás miatt eljárás alá vont, vádhalasztásban részt vevő bñnelkövetők száma prognosztizálhatóan mintegy felére csökken.

Az elterelésből „kiszoruló” köre jellemzően a kábítószer-problémával küszködők, kábítószerfüggők közül kerül ki, jelentős részükre jellemző az intravénás kábítószer-használat is, továbbá hogy magatartásukat elsősorban nem a büntetőjogi fenyegetettség, hanem az addikciójuk mértéke befolyásolja.

Ők azok, akiknek egy része vélelmezhetően bekerül a büntetés-végrehajtás intézményrendszerébe, és egy részük még itt sem hagy majd fel a droghasználattal. Jelen vizsgálat eredményei megerősítették ugyanis, hogy a büntetés-végrehajtás intézményeibe (bárhol a világon) a legjobb biztonsági ellenőrzések ellenére is bekerülnek a kábítószeres, és előfordul intravénás

⁹ 180. § (1) Nem büntethető, aki csekély mennyiségű kábítószer saját használatra termeszti, előállít, megszerz vagy tart, illetve aki kábítószer fogyaszt, ha a bñncselekmény elkövetését beismeri, és az elsőfokú ítélet meghozataláig okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt. (2) Az (1) bekezdés nem alkalmazható, ha a bñncselekmény elkövetését megelőzően két éven belül a) az elkövetővel szemben a vádemelést azért halasztották el, illetve a nyomozást vagy az eljárást azért függesztették fel, mert vállalta a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt, vagy b) az elkövető büntetőjogi felelősségét kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklása miatt megállapították.

droghasználat. A körülmények miatt pedig elkérülhetetlen az osztott tú- és fecskendőhasználat.

A vizsgálati mintákba kerülő elítéltek 3,7 százaléka jelezte, hogy a börtönben használt már intravénásan kábítószer (jellemzően amfetaminokat) úgy, hogy előtte más már használta ugyanazt a tűt és/vagy fecskendőt. A hepatitis C-fertőzött elítéltek 27,5 százaléka injektált már kábítószer a börtönben. Ehhez képest a fertőzötteknek csak a 10,5 százaléka nyilatkozta, hogy osztott tú- és/vagy fecskendőhasználatra került sor más elítéltekkel.

Ha tovább nő a drogproblémával küszködő, ezen belül is az intravénás droghasználó elítéltek száma a büntetés-végrehajtás rendszerén belül (és mint tudjuk, a világon még sehol nem sikerült teljes mértékben megakadályozni a börtönbe történő kábítószer-csempészetet), továbbá ismert, hogy a hepatitis C vírus egyik leggyakoribb terjedési módja az intravénás kábítószer-használat, akkor a hatályos büntetőjogi rendelkezések – akaratlanul, de – felerősíthetik a hazai büntetés-végrehajtás rendszerében detektálható meredeken emelkedő hepatitis C-prevalenciát és -incidenciát.

Tehát azért szükséges foglalkozni a hepatitis B- és C-epidémia büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belüli alakulásával, mert a vizsgálati eredményeink is azt jelzik, hogy ha nem születnek hathatós intézkedések és a jelenlegi tendenciát, elsősorban a hepatitis C-fertőzések incidencianövekedésének mértékét nem sikerül visszafordítani, akkor a hazai börtönrendszer súlyos és költséges epidémia elé néz.

De mi is az a hepatitis vírus?

A hepatitis fertőző májgyulladás, amelyet több kórokozó is előidézhet, de általában vírusfertőzés következtében alakul ki. A májgyulladást okozó vírusokat az ábécé betűivel jelölik: hepatitis A, B, C, D, E, G, e vírusok mikrobiológiai tulajdonságaikban, felépítésükben jelentősen különböznek egymástól, különböző mechanizmusokon keresztül betegítenek meg. A hepatitis A hazánkban a heveny májgyulladások leggyakoribb oka. Még manapság is rendszeresen jelentkeznek kisebb-nagyobb járványok¹⁰. Védőoltással a hepatitis A-fertőzés megelőzhető.

10. „2012 nyarán vált nyilvánvalóvá, hogy Budapestén márciustól kezdődően területi hepatitis A járvány bontakozott ki. Az év végéig a fővárosban 182, laboratóriumi vizsgálattal megerősített hepatitis A esetet regisztráltak, a megelőző öt évre jellemző mediánhoz képest (21) mintegy kilencszeresére emelkedett a megbetegedések száma.” Epiinfo, 2013/8–9.

A WHO a világon mintegy háromszáz-háromszázötven millió krónikus hepatitis B-fertőzöttet tart nyilván. A világon ez a leginkább elterjedt fertőző megbetegedés. A világ népességének csaknem harmadában kimutatható a lezajlott vírusfertőzés nyomán termelődött hepatitis B vírus elleni antitest. Az oltás bevezetése nyomán az amerikai kontinensen és Európában a fertőzöttek száma egy százalékra vagy az alá csökkent. A hepatitis C mellett a B vírus a krónikus májbetegségek, májzsugor és májrák legfőbb okozója. Hazánkban évente mintegy háromszázötven új fertőzésre derül fény. A virushordozók aránya fél, legfeljebb egy százalék, európai átlagban is alacsonynak számít. Az új megbetegedők elsősorban az intravénás kábítószeresek és a homoszexuális kapcsolatot létesítők köréből kerülnek ki. Magyarországon 1999 óta oltják a 14 éveseket hepatitis B ellen, 2010 óta már 13 éves koruktól kapnak oltást a fiatalok¹¹.

„...évente egymillió ember hal meg a fertőzés következtében. A tünetmentes fertőzés és az akut hepatitis általában gyógyul, utóbbi 1 százalék halálózással jár, 10 százalék krónikussá válik. A krónikus B-hepatitis kevés tünettel járó, évekig tartó enyhe betegség, a beteg meggyógyulhat vagy – 10–30 százalékból – cirrhosisba (májzsugor – a szerző megj.) torkollik.”¹²

Szintén az Egészségügyi Világszervezet adataiból derül ki, hogy mintegy 170 millió krónikus hepatitis C-fertőzött él világszerte¹³, „mely jelentős pandémiát jelent, mivel ez az össznépesség kb. 3 százaléka, és ötször magasabb arányt jelent, mint a HIV1 vírus elterjedtsége. A véradók szűrése jelentősen csökkentette az infekció átvitelének gyakoriságát a korábbi 17 százalékról a jelenlegi 0,001 százalékra, de az új esetek megjelenése folyamatos, és elsősorban az intravénás kábítószer-fogyasztás során használt közös fecskendő- és/vagy tűhasználat valamint az egyéb parenterális átviteli lehetőségek miatt. A krónikus hepatitis C vírus fertőzés a leggyakoribb oka a májátültetéseknek. A hazai fertőzöttek több mint 98 százalékánál – a 6 ismert genotípus közül – az 1a, 1b genotípus mutatható ki. Bizonyos fokozottan veszélyeztetett populációkban az előfordulás magas: hemofiliások között 50–80 százalék, hemodializáltaknál 30–40 százalék, intravénás droghasználók esetében 70-90 százalék a hepatitis C szeropozitívak aránya.

Az intravénás kábítószer használatok közös tű- és fecskendő használata eredményezi egy-egy iv. drogos közösség magas hepatitis C-prevalenciáját. A

11 Máriáss Márta: Hepatitis B. http://www.hazipatika.com/betegsegek_a_z/hepatitis_b/175

12 Telegydy László: A vírushepatitisek epidemiológiája, diagnosztikája és kezelési lehetősége. <http://archive.is/SL3lh>

13 Horváth Balázs: Hepatitis C. http://www.webbeteg.hu/cikkek/fertozo_betegseg/109/hepatitis-c

*fertőzés eredete a betegek 40–50 százalékában nem deríthető ki.*¹⁴ A kórokozó ellen jelenleg nem létezik védőoltás. Mivel a kórokozót mindössze 1989 óta ismerik, a fertőzöttek felénél nem is tudható, hogyan és mikor fertőződtek. Hosszan lappangó betegségről van szó, ezért a fertőzötteknek csak a tervedéke tud a betegségéről.

A legnagyobb problémát a hepatitis vírusok közül, hazai és európai viszonylatban is, a hepatitis C jelenti, hiszen ez az a vírusfertőzés, amely ellen jelenleg nem létezik védőoltás, miközben a prevalenciája és incidenciája egyes kockázati csoportokban, így kiemelten az intravénás kábítószer-használók körében, rendkívül magas.

Az Országos Kriminológiai Intézetben 2012-ben indított vizsgálatunkat hét hazai büntetés-végrehajtási intézményben, a hepatitisszűrő-vizsgálaton részt vevő fogvatartotti populáció teljes mintáján végeztük. Az volt a célunk, hogy megismerjük a fogvatartottak érintettségét, az érintettség oksági tényezőit és az elítéltek attitűdjét és véleményét a büntetés-végrehajtási intézeten belül előforduló hepatitis C-fertőzésről és fertőző betegekről.

A vizsgálat időszerűsége

*Nelson és munkatársai*¹⁵ egy hetvenhét országra kiterjedő tanulmányban kimutatták, hogy a vizsgált huszonöt országban az intravénás droghasználók között a hepatitis C-fertőzés aránya hatvan és nyolcvan százalék közötti. Tizenkét országban ez az arány nagyobb, mint nyolcvan százalék. Világszerte több millió intravénás droghasználó fertőződhetett meg hepatitis C-vel, legtöbben Kínában (1,6 millió), az Egyesült Államokban (1,5 millió) és Oroszországban (1,3 millió).¹⁶

Európában is az intravénás kábítószer-használat a hepatitis C vírus egyik leggyakoribb terjedési módja. A becslések szerint az EU-ban megközelítőleg egymillió olyan hepatitis C-fertőzött él, aki korábban valamilyen kábítószerrel injektált. A tagállamok jelentései szerint az intravénás szerhasználók jellemzően negyven–kilencven százaléká hepatitis C-fertőzött. Többen nem sokkal

¹⁴ Hepatitis C vírus okozta krónikus májgyulladás diagnosztikája és terápiájának finanszírozási protokollja. Országos Egészségbiztosítási Pénztár Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály, 2010.

¹⁵ Paul K. Nelson – Bradley M. Mathers – Benjamin Cowie – Holly Hagan – Don Des Jarlais – Danielle Horyniak – Louisa Degenhardt: Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *The Lancet*, vol. 378, iss. 9791, 2011, pp. 83–571.

¹⁶ Uo.

az első injektálás után megfertőződnek, ami elsősorban a nem biztonságos injektálási módszereknek – egyebek között a tűk, fecskendők és az egyéb injektáló eszközök közös, illetve többszöri használatának – tulajdonítható. Az intravénás kábítószer-használók magas hepatitis C-fertőzöttségi aránya súlyos közegészségügyi gond, amelyet súlyosbít az a tény is, hogy közülük sokan nem járnak szűrésre.

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (*European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction; EMCDDA*) 2003 óta gyűjt adatokat az intravénás droghasználók hepatitis C vírussal történő fertőzöttségének elterjedtségéről és jellemzőiről. Az uniós tagállamokból beérkező adatok azt jelzik, hogy az új hepatitis C-fertőzöttek (akut esetek) negyven, míg az újonnan diagnosztizált (akut és krónikus esetek) nyolcvan százalékában volt detektálható az intravénás drogozáskor közös tűs/vagy fecskendőhasználat.¹⁷

Magyarországon az Országos Epidemiológiai Központ 2006 óta szervez országos szűrővizsgálatokat az intravénás kábítószer-fogyasztók körében az általuk látogatott kezelőhelyeken, illetve tűcsereprogramokban. Az epidemiológiai központ adatai alapján az injektáló kábítószer-használók körében a hepatitis C-prevalencia évek óta huszonöt százalék körül alakul, ez Európában alacsonynak mondható. Területi bontásban azonban szélesebb skálán mozognak a fertőzöttségi arányok: a legutóbbi vizsgálat adatai szerint bár vidéken alacsonyabb a hepatitis C-fertőzöttség (nyolc százalék), Budapesten a megszürt intravénás kábítószer-fogyasztók negyven százaléka volt hepatitis C-fertőzött, egy VIII. kerületi tűcsereprogramban pedig nagyjából hetvenszázalékos fertőzöttséget mértek. Hazánkban a hepatitis C-fertőzöttség gyakoribb a női intravénás szerhasználók esetében, életkor tekintetében pedig a huszonöt évesnél idősebb intravénás szerhasználók körében. Magasabb a fertőzöttségi arány azoknál is, akik már hosszabb ideje injektálnak, illetve az elsődlegesen opiátszármazékokat használók között¹⁸.

Mivel a vírust csak 1989-ben fedezték fel, a vérvérvételmenteseket csak 1992 óta ellenőrzik. Még ma is jelentős azon fertőzöttek száma, akik ez előtt kaptak vért. Éppen a hosszú tünetmentesség miatt sokan csak jóval később szereztek tudomást a betegségükről.

¹⁷ European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability. *Eurosurveillance*, vol. 13, iss. 21, 22 May 2008.

¹⁸ Drog Fókuszpont: Hírlevél, 2011/07.

A hepatitis C-fertőzöttek terápiájában interferon készítmények és ribavirin hatóanyagú készítmények kombinációját alkalmazzák leggyakrabban.¹⁹

2011 nyarán törzskönyvezték az előbbieket kiegészítésére adható proteázgátló gyógyszert, amely jelentősen növeli a terápia hatékonyságát. A jelenleg elérhető kettős kezeléssel a gyógyulási arány harminc–negyven százalék, míg a hármas kombinációval hetven–nyolcvan százalék is elérhető. Ennek a költsége azonban a jelenlegi terápiás költség triplája.²⁰

Hepatitis C-szűrés a hazai büntetés-végrehajtási intézetekben

Az Egyesült Államokban a börtönlakók között tízszer-hússzor gyakoribb a hepatitis C előfordulása, mint az átlagpopulációban. Tanulmányok szerint ez a magas kockázatú viselkedési formáknak – például az intravénás droghasználatnak és a nem steril eszközökkel végzett tetoválásnak – tulajdonítható.²¹

¹⁹ Az ellátás igénybevételének rendjét és módszerét részletesen tartalmazza az Egészségügyi Közlönyben 2008. február 21-én megjelenő és hatályossá váló szakmai protokoll.

²⁰ Jelenleg a kezelt hepatitis C vírusfertőzöttek kezelése – szakemberek elmondása szerint – nagyjából ötmillió forintba kerül, az új terápiás eljárás ennek a háromszorosába kerülne és gyakoribb gyógyszereszedést, ellenőrzőtebb terápiát igényelne. A jelenlegi kezelés negatív mellékhatásai azonban jelentősen mérséklődnének. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár hepatitis C víruskezelésre fordítható éves költségvetése lehetővé teszi, hogy gyakorlatilag minden terápiát igénylő esetben a hepatitis C vírus-szeropozitív beteg ingyen megkaphassa az interferont. Kérdés, hogy jövőre hasonló és/vagy emelkedő incidencia mellett (a betegség kezelésére fordítható éves költségvetés jelentős növekedésének hiányában) miként lesz biztosítható e betegek részére a terápiás ellátás, illetve ha szükséges, minek alapján történhet a „kiválasztás”. „Évente körülbelül ezer kezelésre (új és ismételt kezelés összesen) volt eddig keret, és egy kezelés ára 4,5-5 millió forint volt. Az elmúlt tíz évben a két gyógyszerrel kombinált kezelést körülbelül 8-10 ezer beteg kapta meg, a gyógyultak száma körülbelül 4500-ra tehető – azaz 3500 embernél a kezeléseket nem hatották. (Az itthon eddig felismert 21 ezer betegből 8 ezer már egyáltalán nem kezelhető.) Májustól azonban itthon is OEP-támogatással elérhető lesz két új, az eddigieknél hatékonyabb gyógyszeres kezelés (boceprevir és telaprevir hatóanyagokkal) [...] A kezelés ára betegenként 14-15 millió forint. 2013-ban az új kezelésre 4,5 milliárd forint áll rendelkezésre, jövő évtől 6 milliárd forint lesz rá. Az új – három gyógyszerből álló – kezeléseket az új, mással még nem kezelt betegek esetében 63-75 százalékos gyógyulást ígérnek, szemben a jelenlegi 40-50 százalékkal. Azt, hogy ki részesülhet először az új kezelésből, rászorultsági lista dönti el.” Új kezelés itthon is hepatitis-C ellen. [origo], 2013. március 22. <http://www.origo.hu/egeszseg/20130321-nemcsak-az-alkohol-miatt-romolhat-a-majfunccio-hepatitisis.html>

²¹ Joanne C. Imperial: Chronic hepatitis C in the state prison system: insights into the problems and possible solutions. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, vol. 4, no. 3, 2010, pp. 355–364.; Maria Fencia Vescio – Benedetta Longo – Sergio Babudieri – Giulio Starnini – Sergio Carbonara – Giovanni Rezza – Roberto Monarca: Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 62, no. 4, 2008, pp. 305–313.

Hazánkban 2003-ban személyiségi jogokra hivatkozással megszüntették a kötelezően elrendelhető szűrések többségét, így a büntetés-végrehajtási intézetekbe bekerülők HIV- és hepatitiszszűrését is. Az utána következő években csak a szervezett, önkéntes alapon működő véradásokon volt lehetőség ilyen jellegű vizsgálatra, ám uniós ajánlások miatt mára jóformán ez is megszűnt a börtönökben²².

2007 óta gyógyszergyártó cégek rendszeresen szerveznek anonim módon szűrővizsgálatot (hepatitis B vírus és hepatitis C) a hazai büntetés-végrehajtási intézetekben. A hepatitiszszűrések a börtönökben önkéntes alapon működnek, azaz a fogvatartottak nem kötelezhetők a szűrésen történő részvételre²³. Emiatt, valamint a programra fordított anyagi erőforrások korlátozott mértéke következtében, jellemzően csak az összes fogvatartott tizenöt–húsz százaléka vesz részt szűrésen. Lényeges szempont, hogy a szűrővizsgálat az elítéltek számára ingyenes.²⁴ Továbbá szükség esetén a kezelés költségeinek teljes finanszírozása is megoldott.

Az első két évben az Országos Epidemiológiai Központ végezte a hepatitis C és hepatitis B vírusszűrését a büntetés-végrehajtási intézetekben. Ezután gyógyszergyártó cégek vették át a szűrés megoldását, és finanszírozták a költségeit. Ezek a gyógyszergyártók, 2012-ben a Bristol-Myers Squibb Kft., érdekeltek a szűrésben, ugyanis maguk is forgalmazznak a hepatitis C és/vagy hepatitis B vírus terápiájához szolgáló interferon és ribavirin hatóanyagú készítményeket. Mivel

- ezek a készítmények meglehetősen drágák, de a terápiát az állam finanszírozza, vagyis „biztos üzlet”;
- a büntetés-végrehajtási intézeteken kívül szűrésre jelentkezők köre meglehetősen alacsony;
- és hol is lehetne nagy valószínűséggel delikvenseket találni, mint az egészségbiztosítási pénztár által is rizikócsoporthoz tartozó „börtönlakók” körében.

Nyilvánvalóan jól jár a gyógyszergyártó cég, mert kis befektetéssel relatíve nagy haszonra tesz szert (alig kerül többbe a szűrés támogatási költsége, mint egy beteg kezelésének költsége!). Mindazonáltal itt az a szerencsés helyzet

²² Európa Tanács Miniszteri Bizottságának ajánlása a börtönegészségügy etikai és szervezeti aspektusairól. Recommendation No. R(98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison; A Miniszteri Bizottság Európai Börtönszabályokról szóló Rec(2006) 2. ajánlása a tagállamok számára (európai börtönszabályok).

²³ Az 1997. évi CLIV. törvény 15. §-a szerint „... az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni”.

²⁴ Betegjogok a börtönben. Aszklépiosz-fórum, 2010. október 28.

állt elő, hogy jól jár a gyógyszergyártó cég mellett a büntetés-végrehajtás intézményrendszere, az elítéltek köre és közvetve a társadalom is. Figyelembe kell venni azonban, hogy a szűrésre jelentkezők a fogvatartotti populációnak mindössze tizenöt–húsz százalékát teszik ki. Mindezek fényében érdemes elgondolkozni azon, hogy pusztán ezekkel a szűrésekkel, ekkora mintaszámmal megállítható, kontrollálható-e a büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül a hepatitis C vírus terjedése.

Mennyivel olcsóbb és egyszerűbb lenne, ha egy teljes körű szűrés után (a részvételi hajlandóságot különböző kedvezményekkel erősen lehet motiválni, mint az történik a hepatitis B vírus- és hepatitis C-szűrések alkalmával jó néhány büntetés-végrehajtási intézetben), mindig csak az új bekerülőket kellene szűrni. Így nemcsak lényegesen olcsóbb és egyszerűbb lenne a szűrés, de egyben a büntetés-végrehajtási intézetek biztonságosabbá válhatnának a hepatitis C-fertőződés vonatkozásában. Sokkal kevésbé kellene tartani e fertőzések terjedésétől, epidémiájától, az incidencia növekedésétől. Habár ez elmentmond a személyiségi és önrendelkezési jogokra hivatkozó uniós ajánlásoknak, mindazonáltal lehetővé teszi az R(98) 7-es Európa tanácsi ajánlásban foglaltak érvényesülését a nem fertőzött elítéltek biztonságára vonatkozóan.

Ennek a felállásnak a gyógyszergyártó cégek lennének a nyilvánvaló vesztesei, de ha a jelenlegi helyzet tovább romlik, akkor az egyértelmű vesztes a büntetés-végrehajtás, az elítéltek köre, és közvetve a társadalom. A kutatás eredményei azt mutatták, hogy a konfirmáltan hepatitis C-pozitív személyek közül többen (háromról tudható biztosan) a börtönben fertőződtek meg: az azt megelőző évben még negatív volt a szűrési eredményük.

A kutatás eredményei

A 2012-ben végzett *Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási intézményekben* című vizsgálat célja annak feltárása volt, hogy megismerjük a fogvatartottak érintettségét, az érintettség oksági tényezőit és az elítéltek véleményét a büntetés-végrehajtási intézeteken belül előforduló hepatitis C-fertőzésről és a fertőző betegekről.

A mintavételi keretet a Bristol-Myers Squibb Kft. által 2012-ben finanszírozott és lebonolyított hepatitis C, hepatitis B vírus anomin szűrésen részt vevő hét – random módszerrel választott – büntetés-végrehajtási intézet²⁵ elítélt-

²⁵ Mivel a vizsgálat finanszírozása nem volt biztosított, így nem volt lehetőségünk teljes mintán végezni a kutatást. Ezért csak a szűrésben részt vevő intézmények felében végeztük el a megkérdezést a

jei alkották. A mintába azok az elítéltek kerültek, akik részt vettek a szűrésen és egyben hajlandók voltak részt venni a vizsgálatban is, és kitölteni az anonim kérdőívet, illetve akik már hepatitis C-fertőzöttek voltak és részt kívántak venni a vizsgálatban. A mintanagyság 852 fő volt²⁶. A kérdőíves adatgyűjtés mellett mélyinterjú készült fogvatartottakkal és nevelőkkel is a jelenségről és a szűrésről. Jelen vizsgálat eredményei tulajdonképpen az oksági összefüggések feltárásán túl a hepatitis C-szűrés egyfajta evaluálásaként is értelmezhetők.

A hepatitis C-fertőzés kockázatainak egyike a közös tűvel történő intravénás droghasználat, és köztudott, hogy az európai hepatitis C-fertőzöttek zöme intravénás droghasználó. Így prognosztizálható volt, hogy az ügyben jellemzően a börtönpopuláció bekerülése előtt intravénás droghasználó része érintett. Kérdés volt azonban, hogy ez valóban így van-e; igaz-e, hogy a mintába kerülő konfirmáltan hepatitis C-pozitív elítéltek jelentős része intravénás droghasználó volt a bekerülése előtt, és/vagy injektált kábítószerrel a fogva tartása idején szennyezett, nem steril eszközökkel. További kérdés, hogy mit kezd a büntetés-végrehajtás a hepatitis C-pozitív elítéltekkel, illetve milyen intézkedéseket tesz a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében.

A mintába kerülők intravénás droghasználatának jellemzői

Jelen vizsgálat eredményei szerint a vizsgálati mintába kerülők 8,2 százaléka volt hepatitis C-fertőzött. Itt jegyzem meg, hogy ebbe a mintába olyan elítéltek is bekerültek, akik nem „új” betegek voltak, hanem tudomásuk volt már

részvevő elítéltek között. Az intézmények közül minden második – random módszer – került be a mintavételi keretbe. Így a szűrésen részt vevő fogvatartottak megkérdezésére a következő büntetés-végrehajtási intézményekben került sor: Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézete, Sopronkőhidai Fegyház és Börtön, Sátoraljaújhelyi Fegyház és Börtön, Váci Fegyház és Börtön, Kalocsai Fegyház és Börtön, Pálhalmi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet (Mélykút, Sándorháza, Bernátkút).

²⁶ A szűrésen részt vevő és a vizsgálat idején az adott objektumban tartózkodó elítéltek kilencvenhat százaléka töltötte ki a kérdőívet. A kérdőíves adatfelvétellel jellemzően a szűrés után napokkal vagy hetekkel később került sor. Ez nem a bv. intézetek, hanem a szűrést végző cég kívánsága volt, amelynek nem állt érdekében együttműködni velünk. Az adatelemzés a levett vérminták vizsgálatát végző Szent László Kórház immunológiai osztályával együttműködve zajlott. Mivel a mintavételi keretet a szűrésen részt vevő elítéltek alkották, így a vizsgálati cél elérése érdekében szükség volt arra, hogy az anonim kérdőívekhez hozzáférhessük adott esetben a hepatitis C-fertőzöttséget. Ehhez egy azonosítót használtunk, amely mind az anonim kérdőíven, mind pedig a mintán szerepelt. Ezt az azonosítót kaptam meg az immunológiai osztálytól, ha konfirmáltan hepatitis C-pozitív mintát találtak. A kérdőíves adatgyűjtést és adatelemzést a személyiségi jogok és az adatvédelmi rendelkezések maximális betartásával végeztük.

hepatitis C-fertőzöttségükről, sőt kezelés alatt is álltak. Ezek az elítéltek jellemzően a bekerülés előtt fertőződtek meg, a fertőzés oka pedig többségében intravénás kábítószer-használat volt.

Az összes megkérdezett 20,7 százaléka jelezte, hogy használt az életében intravénásan kábítószer; azaz minden ötödik megkérdezett (!). De „csak” 24,8 százalékuk, azaz a valaha intravénásan drogot használó megkérdezettek közül minden negyedik volt hepatitis C-fertőzött.

Aggasztó azonban, hogy a vizsgálati mintába kerülők 4,2 százaléka a börtönben is használt már intravénásan kábítószer, a megkérdezettek 3,7 százaléka az injektláskor másokkal közösen használta a tűt, illetve a fecskendőt.

Sőt a hepatitis C-fertőzött elítéltek közül – saját bevallásuk szerint – minden negyedik használt intravénásan kábítószer a fogva tartása idején úgy, hogy tudatában volt fertőző betegségének, és mégis megosztotta másokkal az injektláshoz alkalmazott tűt és fecskendőt.

A börtönben intravénásan kábítószer használók jellemzően amfetamin-származékot injektláltak a bekerülés előtt is, és bent is. A heroinhasználók aránya jóval kevesebb, mint az amfetamin típusú szereket injektlálóké, mindössze kilencen kerültek a mintába.

Figyelmet érdemel azonban, hogy a hepatitis C-fertőzött fogvatartottak 17,1 százaléka, azaz minden hatodik vírusfertőzött jelezte, hogy soha nem használt még intravénásan kábítószer.

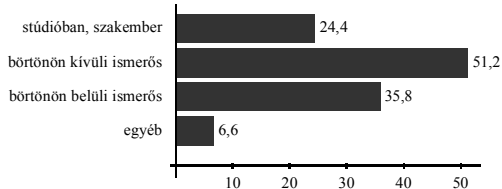
Tetoválás és közös tűhasználat a mintába kerülőknél

Az intravénás droghasználaton kívül a hepatitis C-fertőzés tekintetében magas kockázatú a nem steril eszközökkel végzett tetoválás is a fogvatartotti populációban, amint arra *Vescio és munkatársai* is rámutattak²⁷.

Vizsgálatunkban a megkérdezett elítéltek hatvanhat százaléka jelezte, hogy van tetoválása. A tetováltak nagyjából fele jelezte, hogy a bekerülése előtt olyan baráti társaság tagja volt, ahol a csoporttagok szinte mindegyikének volt tetoválása. És minden második ilyen csoportba tartozó arról számolt be: a tetoválást gyakran egymásnak végezték a csoporttagok. *Az 1. számú ábra* azt mutatja, hogy a tetovált megkérdezettek milyen módon varratták magukra a tetoválásaikat.

²⁷ Maria Fencia Vescio – Benedetta Longo – Sergio Babudieri – Giulio Starnini – Sergio Carbonara – Giovanni Rezza – Roberto Monarca: i. m.

1. számú ábra
**A tetoválások felhelyezésének helye és módja
a tetovált fogvatartottak körében (százalék, N = 562)**



A tetovált elítéltek nagyjából harmada (31,4 százalék) egynél több tetoválást viselt a testén. Figyelmet érdemel, hogy a tetovált megkérdezettek tetoválásainak 35,8 százaléka, azaz minden „harmadik tetoválás” a börtönben került fel(!), miközben csak minden negyedik készült stúdióban, relatíve sterilebb körülmények között, szakemberek által.

A megkérdezett tetovált populáció 45,3 százalékának esetében a legutolsó tetoválás vagy az adott börtönben, vagy korábban egy másik büntetés-végrehajtási intézetben történt, míg 54 százalék esetében a bekerülés előtt.

A tetováltak 24,4 százaléka számolt be arról, hogy életében legalább egyszer előfordult már, hogy úgy került tetoválás a testére, hogy a tüt előtte más is használták már. Háromszor olyan gyakori volt a börtönben az így felhelyezett tetoválás, mint kint.

A hepatitis C-fertőzöttek 60,5 százaléka – saját bevallása szerint – tetetett fel magára tetoválást úgy, hogy előtte más is ugyanazt a tetoválótűt használták, sőt 20,6 százalékuk a börtönben is varratott magára tetoválást úgy, hogy korábban a tűt már más is használta, és nem volt fertőtlenítve.

A mintába kerülő hepatitis C-fertőzöttek 17,1 százaléka – saját bevallása szerint – soha nem használt intravénásan kábítószer, közülük ketten soha nem fogyasztottak semmiféle drogot. De mindannyiukra került már fel tetoválás sterilizálatlan tűvel, osztott tűhasználatlaltal.

A mintába kerülő hepatitis C-fertőzött intravénás droghasználók 71,8 százalékának volt tetoválása, de csak harmaduk (32,4 százalék) jelezte, hogy a tetoválás felhelyezéséhez nem használt másokkal közös tűt(!). Kétharmaduk esetén a hepatitis C-fertőződés történhetett akár intravénás szerfogyasztás, akár tetoválás során használt közös tű miatt is. Mivel a kinti baráti társaság esetükben jellemzően egy intravénás droghasználó csoport is volt egyben, így bármely kockázat oka lehet a megfertőződésnek.

Kábítószer-használat elterjedtsége és jellemzői

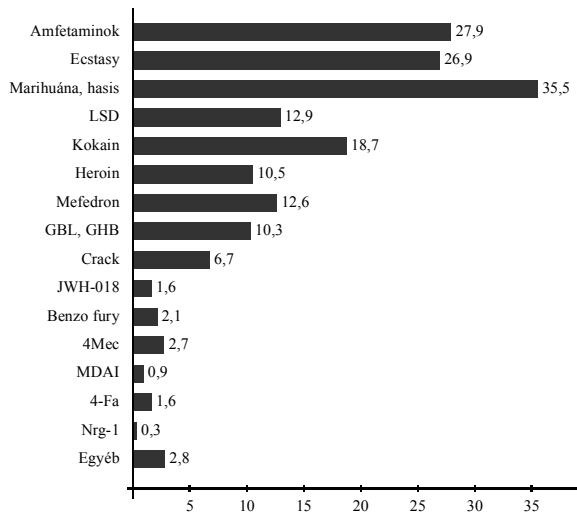
A megkérdezettek 49,7 százaléka saját bevallása szerint fogyasztott már életében valamilyen kábítószerrel. A legtöbben amfetaminszármazékot (42,8 százalék), cannabisszármazékot (35), kokaint (18,7), illetve mefedront (12,6).

Megdöbbenő képet mutat a 2. számú ábra, határozottan jelzésértékű tendenciát vázol ugyanis az új pszichoaktív szerek használatának elterjedtségéről a bűnöző szubkultúrában, illetve a fogvatartotti populációban. Ezt erősíti, hogy a megkérdezettek 6,2 százaléka jelezte, hogy rendelt már kábítószerrel interneten.

A vizsgálat eredményei alapján az amfetaminszármazékok átvették a cannabisszármazékok helyét a prevalencia vonatkozásában, miközben az opiátfogyasztás visszaszorul. Erősödik azonban a kokain és az új pszichoaktív szerek elterjedtsége.

A megkérdezettek 50,3 százaléka állította, hogy életében soha nem fogyasztott kábítószerrel, míg 8,1 százalékuk kábítószerfüggőnek, 9,9 százalékuk

2. számú ábra
A mintába kerülő fogvatartottak körében
a kábítószer-fogyasztás életprevalencia-értékei, szertípusok szerint (százalék; N = 423)



rendszeres kábítószer-használónak minősítette magát. A magukat kábítószerfüggőnek tartók közül a mintában kétszer annyian voltak, akik amfetamin-származékok és egyéb stimulánsok fogyasztása miatt váltak addiktív drog-használókká, mint azok, akik opiátfogyasztás következtében.

Tulajdonképpen a megkérdezett populáció 18 százaléka, azaz minden hatodik mintába kerülő fogvatartott kábítószerfüggő vagy rendszeres droghasználó volt. Ezek az adatok arra figyelmeztetnek, hogy a bűnözői szubkultúrában egyre határozottabban jelen van a kábítószer-használat, illetve a drogszekvencia előrehaladtával – az addiktív szerhasználat kialakulásával – a bűnöző magatartás, a bűnelkövetés is kényszerűen megjelenik. Esetükben az elkövetett bűncselekmény(ek) típusa nagymértékben függ a rendszeresen használt szertípustól vagy szercsoporttípustól, hiszen bizonyos stimulánsok (amfetaminok, metamfetaminok), illetve egyes új pszichoaktív anyagok fogyasztása szorosan összefügg a szerhatás alatt történő bűnelkövetéssel, míg másokra a szer megszerzése vagy a szer megvásárlásához szükséges pénz megszerzése érdekében történő, jellemzően jövedelemszerző bűncselekmények elkövetése jellemző.

A mintába kerülő hepatitis C-fertőzött elítéltek szociodemográfiai jellemzői

A mintába kerülő intravénásan kábítószerrel használó hepatitis C-fertőzött elítéltek mindössze 23,3 százaléka jelezte, hogy heroint (is) használt, többségük (56,3 százaléka) elsősorban amfetaminokat injektált.

E csoport átlagéletkora harminckét év, 95,4 százalékuk negyven év alatti volt. Egy személy kivételével magyar állampolgárok voltak. 60,4 százalékuk Budapesten lakott a bekerülése előtt, 18,5 százalékuk Borsod-Abaúj-Zemplén, 7,9 százalékuk Fejér megyében. A fennmaradó 13,2 százalék a többi megye között oszlott el.

Ez az adat azért is érdemel figyelmet, mert a vizsgálati eredmények jól tükrözik az intravénás kábítószer-használat szempontjából leginkább veszélyeztetett két nagyváros (Budapest és Miskolc) érintettségét, hiszen itt vannak detektált, relatíve hosszú ideje létező intravénás droghasználó csoportok, ráadásul azt sem szabad elfelejteni, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben többségben vannak a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei elítéltek.

A mintába kerülő hepatitis C-fertőzött elítéltek 85 százaléka városban lakott a bekerülése előtt.

Az iskolázottságról elmondható, hogy 73,2 százalékuk vagy nem fejezte be az általános iskolát, vagy nyolc általános a legmagasabb iskolai végzettsége; 9,8 százalékuknak azonban volt érettségije, egy hepatitis C-fertőzött elítéltnak pedig felsőfokú végzettsége. Ezek az arányok jóval elmaradnak a vizsgálati minta egészében mért iskolázottság mutatóitól, azaz a hepatitis C-fertőzöttek csoportja az átlag fogvatartotti mintánknál iskolázatlanabb volt.

Csupán minden ötödik (22,5 százalék) hepatitis C-fertőzött volt büntetlen előéletű, míg a mintába kerülők körében ez az arány 44,6 százalék volt.

A hepatitis C-fertőzöttek negyven százaléka korábban erőszakos és/vagy garázda bűncselekmény, 42,5 százalékuk vagyon elleni bűncselekmény, 7,5 százalékuk kábítószer-bűncselekmény elkövetése miatt volt a vizsgálat idején börtönben.

A 3. számú ábra azt mutatja, hogy a mintába kerülő hepatitis C-fertőzött elítéltek meglátása a fogva tartásuk ideje szerint (százalék; N = 70)



A hepatitis C-fertőzöttek 31 százaléka nő. Érintettségük a hepatitis C-fertőzöttség kapcsán magas, ráadásul közülük mindenki használt intravénásan kábítószerrel sterilizálatlan, osztott tűvel. Jellemzően az élettársuk, barátjuk volt intravénás kábítószer-használó, rajtuk keresztül sodródtak ők is a drogfogyasztásba, és többségük azt nyilatkozta, hogy valószínűleg tőlük kapták el a fertőzést. A nők 81,8 százaléka, míg a férfiak 53,8 százaléka budapesti.

A szűrésre vonatkozó fogvatartotti vélemények

Szerettük volna megtudni, hogy a szűrés előtt vagy az után milyen tájékoztatást kapnak a részt vevő fogvatartottak a hepatitis C-fertőzésről, annak kocká-

zatairól, valamint a megelőzés eszközeiről, továbbá kíváncsiak voltunk arra is, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben milyen intézkedések történnek a fertőzött fogvatartottak védelme és a környezetük megóvása érdekében.

A megkérdezett fogvatartottak 61,2 százaléka jelezte, hogy kapott már valamilyen tájékoztatást a hepatitisvírus-fertőzésekről a börtönben, mindössze 41,5 százalékuk mondta azonban azt, hogy ez a mostani vizsgálathoz kapcsolódott.

Azok, akiket tájékoztattak, azt vagy a nevelőtől, vagy az adott büntetés-végrehajtási intézet egészségügyi osztálynak szakemberétől kapták. Több helyen a nevelőtől függött, hogy az alá rendelt elítéltek kaptak-e valamilyen tájékoztatást.

Megdöbbenő azonban, hogy a szűrésen részt vevők 38,8 százaléka semmiféle információt nem kapott. Ezt erősíti, hogy a vizsgálat idején nem volt olyan intézet, amelyben a kérdőíves adatfelvételt ne kellett volna összekötnünk a felmérésben részt vevők tájékoztatásával. Számos esetben nemcsak a fertőzőforrásra vonatkozó alapismeretekről nem volt tudomásuk, de az sem volt ismert az elítéltek számára, hogy mikor, milyen módon és kitől kapnak visszajelzést a vizsgálati eredményekről!

Ha negatív a szűrés eredménye, a legtöbb helyen egyáltalán nem közlik a résztvevővel, az egészségügyi osztály csak a pozitív eredményű fogvatartottakat rendeli fel, és tájékoztatja őket az esetleg szükséges kezelés menetéről.

Ez alapjaiban sérti a szűrésen részt vevők jogát a tájékoztatáshoz. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 13. § (1) bekezdése szerint ugyanis „*a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra*”. A (4) bekezdés szerint „*a betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait*”. A tájékoztatáshoz fűződő jogok gyakorlásához szükséges feltételeket a (7) bekezdés alapján „*a fenntartó biztosítja*”. Sőt „*a betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára...*” (8. bek.)

Sok helyen szintén a nevelőtől függ, hogy a hepatitis C-s fogvatartott zárkatársai kapnak-e tájékoztatást a rabtársuk betegségéről, magáról a hepatitis C-fertőzésről, illetve a fertőzés elkerülésének módjairól.

Egyik vizsgált intézményben sem került sor a hepatitis C-fertőzöttek elkülönítésére. Megelőző intézkedésként azt jelezte egy nevelő, hogy „*amennyiben tudjuk, hogy a fogvatartott hepatitis C- vagy hepatitis B-vírusfertőzött, nem osztjuk be konyhaszolgálatra*”.

Itt jegyzem meg, hogy a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet szerint az akut hepatitis C-fertőzés esetén „*a beteget a klinikai állapotától függően infektológiai osztályon, otthonában, vagy tartózkodási helyén a standard izoláció szabályai szerint kell elkülöníteni*”. Továbbá biztosítani kell a folyamatos fertőtlenítést, valamint „*azokat a személyeket, akik a betegség inkubációs idejében a beteggel olyan kapcsolatba kerültek, hogy tőle fertőződhetnek, fel kell kutatni*”.

Vajon mi valósul meg ebből a büntetés-végrehajtási intézetekben? A börtönbeli egészségügyi gondozásra vonatkozó Európa tanácsi rendelet III. szakaszának 39. pontja²⁸ szerint egy fertőző beteg izolációjára csak akkor kerülhet sor, ha a börtönön kívül is hasonló elkülönítést lenne indokolt alkalmazni.

Nem gondolom, hogy az izoláció lehet a megoldás. Elgondolkodtató azonban, hogy ha nem megoldott a fogvatartotti populáció teljes körű hepatitis C-szűrése, miközben a szűrt mintán az incidencia egy év alatt a kétszeresére nőtt, tehát bizonyítottan vannak börtön belül megfertőződő elítéltek, és a jogszabály-módosításból adódóan a fogvatartottak körében számolni lehet a hepatitis C-fertőzés tekintetében potenciális rizikócsoporthoz, az intravénás droghasználók számának emelkedésével – az egyetlen prevenció intézkedés a hepatitis C-fertőzött elítéltek konyhai szolgálatának korlátozása?! Vajon ez elégséges lehet a hepatitis C-prevalencia és -incidencia visszaszorítására a büntetés-végrehajtási intézetekben?

Nyilvánvaló, hogy a prevenció első pillére a tájékoztatás és a tanácsadás kellene hogy legyen mind a fogvatartotti, mind pedig a nevelői és fegyőri állomány körében.

A fegyőrök sok helyen még a fogvatartottaknál is tájékoztatlanabbnak bizonyultak. Az információhiány pedig fokozza a fertőződéstől való félelmüket, egyszersmind növeli a – nem csak a hepatitis C-fertőzött – fogvatartottakra vonatkozó ellenérzéseiket.

Intézményenként különböző a személyzet és a fogvatartottak tájékozottsága, ismerete a vírusfertőzés terjedéséről és megelőzéséről, ahogy a szűrés, valamint a hepatitis C terjedésének megakadályozásával kapcsolatos attitűd is. Volt, ahol az intézményvezetés lényegesnek ítélte, és így is viszonyultak

²⁸ Council of Europe Committee of Ministers: Recommendation no. R(98) 71 of the Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Adopted by the Committee of Ministers on 8 April 1998 at the 627th meeting of the Ministers' Deputies.

hozza, máshol „nem értek rá ezzel foglalkozni”, vagy nem érezték úgy, hogy indokolt lenne a feltétlenül szükségesnél nagyobb figyelmet fordítani rá.

Ez kiválóan megmutatkozott a szűrésen történő részvételt motiváló intézkedések és a részvételi arány kapcsolatán. Egyes intézményekben az intézményvezetés hangsúlyosnak tartotta, hogy a fogvatartottak minél szélesebb köre részt vegyen a szűrésen, ezért parancsnoki dicsérettel jutalmazta az önként jelentkezőket. Máshol, ahol nem volt semmiféle motiváció, a szűrésen történő részvételi hajlandóság detektálhatóan alacsony maradt. Sajnos számos esetben azok nem vettek részt szűrésen, akiknek pedig a kockázati magatartásaik alapján indokolt lett volna.

Így a szűréskor mért kétszeres incidencია- és prevalencianövekedés valószínűleg csak a jéghegy csúcsa.

Összegzés

A vizsgálat eredményei alapján kijelenthető, hogy a hazai büntetés-végrehajtási intézetekben hepatitis C-fertőződés szempontjából – a nemzetközi vizsgálatok eredményeihez hasonlóan – rizikócsoporthoz tekinthetők azok az intravénás droghasználók, akik vagy a bekerülésük előtt vagy az után használtak vérrrel szennyezett tűt vagy fecskendőket, továbbá azok, akik a bekerülésük előtt vagy utána tetováláskor alkalmaztak vérrrel szennyezett tűt. A vizsgálati mintába kerülő hepatitis C-fertőzött fogvatartottak 39,4 százalékánál nem állapítható meg egyértelműen a fertőződés módja, mert mindkét említett magatartás megvalósult. Mindazonáltal 17,1 százalékuk, azaz minden hatodik hepatitis C-fertőzött azt jelezte, hogy soha nem használt még intravénásan kábítószerrel.

Így a vizsgálati eredmények arra engednek következtetni – habár valószínűsíthető, hogy szennyezett tűvel/fecskendővel történt intravénás droghasználat miatt határozottan többen fertőződtek meg, mint tetoválás folytán –, hogy a hazai börtönpopulációban határozottan kell számolni, sok esetben éppen a börtönön belül, osztott, vérrrel fertőzött tűvel végzett tetoválás miatt történő hepatitis C-incidencia-emelkedéssel.

A mintába kerülők 45,6 százaléka már a korábbi években is részt vett a börtönben hepatitiszűrésen. Miközben tudjuk, hogy a fogvatartotti populáció tizenöt-húsz százaléka élhetett éves szinten a szűrés lehetőségével, és az is érthető, hogy a kiemelkedően sok elítéltet fogva tartó büntetés-végrehajtási intézetekben évről évre indokolt elvégezni a szűrést, szükséges megjegyez-

ni, hogy számos bv. intézet még egyáltalán nem vett részt a programban. Sőt, mivel az 1997. évi CLIV. törvény 15. §-a szerint „...az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni”, így abban is dönthet, hogy kíván-e hepatitis B- és hepatitis C-szűrésen részt venni. Hiszen a vonatkozó jogszabályi környezet nem minősíti a hepatitis C-fertőzést olyan fertőző betegségnek, amely indokolná az önrendelkezési jog korlátozását. Ez pedig azt jelenti, hogy a fogvatartottak egyelőre nem kötelezhetők, csak motiválhatók a szűrésen való részvétellel, ezért számos olyan elkövető nem él ezzel a lehetőséggel, akiknél ez akár a büntetés-végrehajtási intézeten belüli, akár az azon kívüli kockázati magatartásuk alapján indokolt lenne.

Az említett körülmények között megduplázódó hepatitis C-incidencia-érték azt jelzi, hogy – hacsak nem szeretne szembesülni epidémiaszerű problémával – a büntetés-végrehajtás intézményrendszerének és vele együtt az Országos Epidemiológiai Központnak is át kell gondolnia a „hepatitis C-politikáját”.

Mivel a zárt, totális intézetekben lévő emberek között a fertőzések terjedése mindig jóval gyakoribb és gyorsabb, sőt a hepatitis C-fertőzettek szociodemográfiai jellemzői alapján azt is tudjuk, hogy ez az a réteg, amelyik kint nem megy el szűrésre – hacsak nem helyben van rá lehetőség, mint az intravénás droghasználók egyes csoportjai esetében –, a többi fogvatartott és a büntetés-végrehajtásban dolgozó személyzet védelme érdekében nem lenne-e indokolt sort keríteni a fogvatartotti populáció teljes körű szűrésére?

Ez után már mindig csak az új bekerülőket kellene szűrni, ami jóval egyszerűbb lehetne, mint a jelenlegi rendszer. Nyilván ehhez a jogszabályi környezet változtatására lenne szükség: a büntetés-végrehajtásba bekerülő fogvatartottak esetén korlátozni kellene a hepatitis C-szűrésen történő részvételre vonatkozó önrendelkezési jogot.

Ezzel együtt nyilván szükség lenne tájékoztató és a tanácsadó típusú programokra a fogvatartottak, célzottan pedig a személyzet esetében. Ugyanilyen lényeges, hogy az önrendelkezési jog esetleges korlátozásának lehetősége mellett az 1997. évi CLIV. törvény egyéb, a betegek jogait érintő rendelkezése, kiemelten a tájékoztatáshoz való jog (13. §) érvényesüljön a fogvatartottak körében.

E nélkül ugyanis gyorsan elérjük az uniós szintet, és nem könnyen várható a helyzet jelentős javulása.

IRODALOM

- Allen, Scott A.:** Developing a systematic approach to hepatitis C for correctional systems: Controversies and emerging consensus. *HEPP Report*, vol. 3, nos. 1–4, 2003, <http://www.hivcorrections.org/archives/april03/mainarticle.html>
- Betegjogok a börtönben. Aszklépiosz-fórum, 2010. október 28.
- Betteridge, Glenn – Dias, Giselle:** Hard Time: Promoting HIV and Hepatitis C Prevention Programming for Prisoners in Canada, Canadian HIV/AIDS Legal Network, PASAN, Toronto, 2007, http://www.pasan.org/Toolkits/Hard_Time.pdf
- Crofts, Nick – Aitken, Campbell K. – Kaldor, John M.:** The force of numbers: Why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not. *Medical Journal of Australia*, no. 170, 1999
- Crofts, Nick – Caruana, Sonia – Kerger, Michael – Bowden, Scott:** Minimizing harm from hepatitis C virus needs better strategies. *British Medical Journal*, vol. 321, no. 7, 2000
- Dolan, Kate A.:** Can hepatitis C transmission be reduced in Australian prisons? *Medical Journal of Australia*, no. 174, 2000
- Ember István (szerk.):** Fertőző betegségek epidemiológiája. Egyetemi jegyzet. Pécsi Orvostudományi Egyetem Közegészségtani Intézet, Pécs, 2003
- Horváth Balázs:** Hepatitis C. http://www.webbeteg.hu/cikkek/fertozo_betegseg/109/hepatitis-c
- Imperial, Joanne C.:** Chronic hepatitis C in the state prison system: insights into the problems and possible solutions. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, vol. 4, no. 3, 2010
- Máriáss Márta:** Hepatitis B. http://www.hazipatika.com/betegsegek_a_z/hepatitis_b/175
- Nelson, Paul K. – Mathers, Bradley M. – Cowie, Benjamin – Hagan, Holly – Jarlais, Don Des – Horyniak, Danielle – Degenhardt, Louisa:** Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *The Lancet*, vol. 378, iss. 9791, 2011
- Patrick, David M. – Tyndall, Mark W. – Cornelisse, Peter G. A., Li, Kathy – Sherlock, Chris H. – Rekart, Michael L. – Strathdee, Steffanie A. – Currie, Sue L. – Schechter, Martin T. – O’Shaughnessy, Michael V.:** Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, iss. 7, 2001
- Plourde, Chantal – Brochu, Serge:** Drugs in prison: A break in the pathway. *Substance Use and Abuse*, vol. 37, no. 1, 2002
- Post, Jeffrey J. – Dolan, Kate A. – Haber, Paul S. – Lloyd, Andrew R.:** Acute hepatitis C virus infection in an Australian prison inmate: tattooing as a possible transmission route. *Medical Journal of Australia*, vol. 174, no. 4, 2001
- Prithwish, De – Connor, Nancy – Bouchard, Françoise – Sutherland, Donald:** HIV and hepatitis C virus testing and seropositivity rates in Canadian federal penitentiaries: A critical opportunity for care and prevention. *Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, vol. 15, no. 4, 2004

Rotily, Michel et al.: Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred *British Medical Journal*, no. 316, 1998

Telegdy László: A vírushepatitisek epidemiológiája, diagnosztikája és kezelési lehetősége. <http://archive.is/SL3lh>

Új kezelés itthon is hepatitis-C ellen. *[origo]*, 2013. március 22.

<http://www.origo.hu/egeszseg/20130321-nem-csak-az-alkohol-miatt-romolhat-a-majfunccio-hepatitisc.html>

Vescio, Maria Fenicia – Longo, Benedetta – Babudieri, Sergio – Starnini, Giulio – Carbonara, Sergio – Rezza, Giovanni – Monarca, Roberto: Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 62, no. 4, 2008