

Ritter Ildikó

**Fertőzések és félelmek a büntetés-végrehajtási
intézményekben**

Kutatási jelentés

2013

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	3
De mi is az a hepatitis vírus?.....	8
A vizsgálat időszerűsége.....	11
HCV szűrés a hazai büntetés-végrehajtási intézményekben.....	13
A kutatás eredményei.....	16
A mintába kerültek intravénás droghasználatának jellemzői.....	17
Tetoválás és közös tűhasználat a mintába kerültek körében.....	18
Kábítószer-használat elterjedtsége és jellemzői	20
A mintába került hepatitis C vírusfertőzött elítéltek szocio-demográfiai jellemzői	22
A szűréssel kapcsolatos fogvatartotti vélemények.....	24
Összefoglalás.....	27

„– Maga tudja, hogyan lehet elkapni ezt a Hepatitis fertőzést? [...] Remélem, hogy én nem kaptam el tőlük [az elítéltektől – R.I.], 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 HCV-fertőzött elítéltekről)

Bevezetés¹

A fertőző betegségek és az ettől való félelem gyakorlatilag egyidős az emberiséggel. Már az ókori irodalmi művekben is olvashatunk járványokról, bár pontosan nem állapítható meg ma már, hogy jellemzően milyen fertőző betegségekről volt szó. Feltételezhető, hogy himlő, pesti, 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 typhus exanthematicus és a kolera volt. Ez utóbbi 1817-ben tört be Európába. Hazánkban az 1831-es nagy kolerajárványban mintegy félmillióan betegedtek meg. A gyermekek körében a diftéria és a tuberculosis több ezer gyermek halálát okozta ez idő tájt. A XX. század járványai közül kiemelendő az 1918-19-es influenza járvány, amely kiterjedt csaknem a világ összes országára és hat hónap alatt a Föld lakosságának 50 %-át betegítette meg, továbbá 20 millió ember halálát okozta. Említést érdemel még a vírushepatitis. Ugyanis a heveny fertőző betegségben elhunytak 50%-át még ma is a vírus-hepatitisben meghaltak száma teszi ki. Az

¹ Ezúton szeretném megköszönni Dr. Újhelyi Eszternek, 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 Parancsnoksága parancsnokának, hogy nyitott volt e kényes probléma mélyebb megismerése iránt és megelőzés-orientált személetével, bölcsességével lehetővé tette a vizsgálat megvalósulását

utóbbi egy-két évtizedben újabb fertőző betegségek léptek fel; kiemelkedik ezek közül az AIDS, melyet első ízben 1981-ben írtak le, és amely Közép-Nyugat-Afrikából kiindulva pandémiává fejlődött².

Napjainkban a hepatitis vírus - a malária és az AIDS mellett - a leggyakrabban előforduló fertőző kórnak tekinthetők a világon. Habár hazánkban a járványügyi helyzet kedvezőnek tekinthető, 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 (HBV, HCV), valamint a rossz szociális-higiénés helyzettel, hajléktalansággal összefüggő hepatitis A vírusfertőzés.

A hepatitis vírusfertőzések (Hepatitis infectionsa) incidenciája³ erősen emelkedő tendenciát mutat. Az Országos Epidemiológiai Központ Epidemiológiai Információs Hetilapjának 24. száma szerint 2013. év 1-24 hetében a hepatitis vírusfertőzések incidenciája több mint kétszeresére (218 új esetről 477-re) nőtt a 2012. évi hasonló időszakához képest⁴.

Felmerül azonban a kérdés: miért fontos foglalkoznunk a hepatitis vírusfertőzések epidémiájának alakulásával?

1.) Nem szeretnék vészmadár lenni, de többek között azért, mert a jelenlegi országos epidemiológiai helyzet, kiváltképp az új esetek számának ugrásszerű növekedése, jelentős részben a büntetés-végrehajtási intézetekben történt szűrés során detektált fertőzöttek számosságán alapul. Ugyanis a hazai büntetés-végrehajtás rendszerében az elmúlt 4 évben – gyógyszergyártó cégek nem minden érdek nélküli, de

² *Fertőző betegségek epidemiológiája.* (Szerk. Dr. Ember István). Egyetemi jegyzet. Pécsi Orvostudományi Egyetem Közegészségtani Intézet. Pécs, 2003. 6-7. old.

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

⁴ Epiinfo 20. évfolyam. 24. szám. Országos Epidemiológiai Központ, 2013. június 21. 11. old.

annál hathatósabb anyagi támogatásával - biztosított az elítéltek önkéntes és költségmentes hepatitis B és C (2012-ben HIV) szűrése, legalábbis az intézetek egy részében.

A 2012. évben végzett szűrések vizsgálati eredményei alapján a konfirmáltan pozitív új esetek száma, illetve a mintán belüli aránya a 2010. és a 2011. évi eset- és arányszámot jelentősen felülmúlja. Míg 2010-ben az első két negyedében végzett szűrővizsgálatok során a konfirmáltan HCV pozitív esetek aránya 4,2%, 2011-ben pedig 4,7% volt, addig 2012-ben ez az arány 7,0% lett, azaz gyakorlatilag minden 14. szűrésre önként jelentkezett elítélt HCV vírushordozó volt⁵.

Mivel e szűrővizsgálatok a hazai népesség körében nem kötelezőek⁶ ellenben térítéskötelesek, emiatt még a kockázati csoportokból is kevesen mennek el. Így vélelmezhetően számolnunk kell a látens hepatitis vírusfertőzések incidenciájának emelkedésével a populáció egészében.

A hepatitis vírusfertőzések kockázati csoportjai a kórokozók vonatkozásában különböznek: a három leggyakrabban előforduló hepatitis vírus az A, B, C, D és E. Míg a hepatitis A és E terjedésének módja: enterális, azaz fertőzött széklettel szennyezett élelmiszerrel, ivóvízzel, használati tárgyakkal, nem kielégítő személyi higiéné esetén közvetlen érintkezéssel történik⁷, így a kockázati csoportot elsősorban a rossz higiénés körülmények között élők, hajléktalanok alkotják, addig a hepatitis B vírus szexuális úton fertőz, de terjedhet vér és testvázadékok által is. Így olyan közös használatú tárgyak segítségével, mint a borotva, a

⁵ A Szent László Kórház V. Fertőző Belosztály Immunológiai Laboratóriumában végzik a szűrővizsgálatra beérkezett minták elemzését, így a büntetés-végrehajtás intézményeiben végzett hepatitis B és C szűrővizsgálatok mintáinak vizsgálatát is. Az esetszámok és az arányszámok e vizsgálatok eredményeit tartalmazzák. Az adatok forrásgazdája a Szent László Kórház V. Fertőző Belosztály Immunológiai Laboratóriuma. Jelen tanulmányban csak az adott év I. és II. negyedében végzett vizsgálati eredményeket vetem össze, ugyanis jellemzően 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 *Fertőző betegségek epidemiológiája.* (Szerk. Dr. Ember István). Egyetemi jegyzet. Pécsi Orvostudományi Egyetem Közegészségtani Intézet. Pécs, 2003. 91. old

fogkefe vagy akár a körömvágó olló. A hepatitis C vírus vér, vérkészítmények útján, valamint fertőzött vérrrel szennyezett tűvel terjed. Míg a hepatitis B vírus incidenciája az Európai Unió tagállamaiban 100.000 főre vetítve⁸ 1,5 alatt maradt, addig a hepatitis C vírusé megközelítette a 9/100.000 főt. Az elmúlt 3 évben a hazai büntetés-végrehajtási intézetekben végzett hepatitis B vírusra végzett szűrővizsgálatok alapján mért incidencia a vizsgált populációban szintén 1,5 alatt volt (2010-ben 0,8; 2011-ben 1,4), míg a hepatitis C vírus incidenciája a korábbi évek relatíve alacsony értékeitől (2010-ben 4,1; 2011-ben 4,7 az első félévben mért konfirmáltan pozitív minták alapján) elmozdulva 2012-ben egyre jobban megközelítette az Európai Unió átlagot.

2.) Másrészt azért, mert a hatályos a Büntető Törvénykönyv (2012. évi C. törvény), 180. §-a értelmében „elterelésen” (vádemelés elhalasztása, amelynek során a delikvensnek igazolnia kell, hogy legalább hat 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 természető, előállító, megszerző vagy tartó, illetve aki kábítószer fogyasztó delikvensnek vehetnek részt, akik az elkövetést megelőző két éven belül nem vettek részt „elterelésen”, illetve nem állapítottak meg velük szemben büntetőjogi felelősséget kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer-birtoklás miatt⁹.

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 100.000 lakosra jutó hepatitis B vírus incidenciája 1,49, míg a hepatitis C-jé 8,7/100.000 lakos. In: <http://www.euro.who.int>

⁹ 180. § (1) Nem büntethető, aki csekély mennyiségű kábítószer saját használatra természető, előállít, megszerz vagy tart, illetve aki kábítószer fogyaszt, ha a bűncselekmény 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 bűncselekmény 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.

Értelmezzük a vonatkozó jogszabályi rendelkezést a 2012. évi ENyÜBS adatokon keresztül: 2012-ben a 4757 ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető bűnelkövető 34%-a vett részt „elterelésen”. Az „eltereltek” közül minden negyedik (27,8%) volt bűnismétlő. A bűnismétlők 27,2%-a az elkövetés idején már vádemelés elhalasztása hatálya alatt állt. Sőt az elterelt bűnismétlők 9%-a különös visszaeső volt. Ők tehát bizonyosan nem vehetnének részt a 2012. évi C. törvény 180.§-a alapján elterelésen: ez $92 + 41 = 133$ főt jelent. Ezen felül a maradék bűnismétlő jelentős része is kábítószerrel visszaélést követett el korábban, így vélelmezhetően ez a szám legalább duplájára emelkedik, ami azt jelenti, hogy a 2013. július 1-e után elkövetett csekély mennyiségű kábítószer saját használatra termesztés, előállítás, megszerzés vagy tartás, illetve aki kábítószer fogyasztás miatt eljárás alá vont, vádhalasztásban résztvevő bűnelkövetők száma prognosztizálhatóan mintegy felére fog csökkenni.

Az elterelésből „kiszoruló” köre jellemzően a kábítószer-problémával küzdők, kábítószerfüggők közül fog kikerülni, akinek jelentős részére jellemző az intravénás kábítószer-használat is, továbbá az, hogy magatartásukra nem a büntetőjogi fenyegetettség, hanem az addikciójuk mértéke bír elsődleges befolyással.

Ők azok, akiknek egy része vélelmezhetően be fog kerülni a büntetés-végrehajtás intézményrendszerébe, és akiknek egy része – még itt sem fog felhagyni a droghasználattal. Ugyanis jelen vizsgálat eredményei megerősítették, hogy a büntetés-végrehajtás intézményeibe (bárhon a világon), még a legjobb biztonsági ellenőrzések ellenére is – bekerülnek a kábítószeresek, és történik intravénás droghasználat. A körülmények miatt pedig elkerülhetetlen az osztott tű és fecskendőhasználat.

A vizsgálati mintánkba került elítéltek 3,7%-a jelezte, hogy a börtönben használt már intravénásan kábítószer (jellemzően amfetaminokat), úgy, hogy előtte más már használta ugyanazt a tűt és/vagy fecskendőt. A HCV fertőzött elítéltek 27,5%-a injektált már kábítószer a börtön belül. Ehhez

képest a fertőzöttek 10,5%-a nyilatkozta „csak”, hogy osztott tű és/vagy fecskendő-használatra került sor más elítéltekkel.

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

Tehát azért szükséges foglalkozni a HBV és HCV epidémia alakulásával a büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül, mert a vizsgálati eredményeink is azt jelzik, hogy amennyiben nem születnek hathatós intézkedések és a jelenlegi tendenciát, elsősorban a HCV vírusfertőzések incidencia-növekedésének mértékét nem sikerül visszafordítani, úgy a hazai börtönrendszer komoly és költséges epidémiával néz farkasszemet.

De mi is az a hepatitis vírus?

A hepatitis, fertőző májgyulladás, amelyet több kórokozó is okozhat, de általában vírusfertőzés következtében alakul ki. A májgyulladást okozó vírusokat az ABC betűivel jelölik: hepatitis vírus A, B, C, D, E, G, mely 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 Budapesten márciustól kezdődően területi hepatitis A járvány bontakozott ki. Az év végéig a fővárosban 182, laboratóriumi vizsgálattal megerősített hepatitis A esetet

A világon mintegy 300-350 millió krónikus *hepatitis B* fertőzöttet tartanak nyilván (WHO). Ez a világon a legelterjedtebb fertőző megbetegedés. A világ népességének csaknem harmadában kimutatható a lezajlott vírusfertőzés nyomán termelődött HBV elleni antitest. Az oltás bevezetésének köszönhetően az amerikai kontinensen és Európában a fertőzöttek száma 1%-ra vagy az alá csökkent. A hepatitis C mellett a B vírus a krónikus májbetegségek, májzsugor és májrák legfőbb okozója. Hazánkban évente mintegy 350 ismertté vált új fertőzés történik. A vírushordozók aránya 0,5%, legfeljebb 1%, európai átlagban is szerencsésen alacsonynak számít. Az új fertőzések 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 kortól kapnak oltást a fiatalok ¹¹.

„...évente egymillió ember hal meg a fertőzés következtében. A tünetmentes fertőzés és az akut hepatitis általában gyógyul, utóbbi 1% halálozással jár, 10% krónikussá válik. A krónikus B-hepatitis kevés tünettől járó, évekig tartó enyhe betegség, a beteg meggyógyulhat vagy – 10–30%-ban – cirrhosisba (májzsugor – R.I.) torkollik” (Telegdy, 2005)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%-a, és ötször magasabb arányt jelent, mint a HIV1 vírus elterjedtsége. A véradók szűrése jelentősen csökkentette az infekció átvitelének gyakoriságát a korábbi 17%-ról a jelenlegi 0,001%-ra, de az új esetek megjelenése folyamatos, és elsősorban az intravénás kábítószer-fogyasztás során használt közös fecskendő- és/vagy tűhasználat valamint az egyéb

regisztráltak, a megelőző öt évre jellemző mediánhoz képest (21) mintegy kilenc-szeresére emelkedett a megbetegedések száma” - írta az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) az Einfo 8-9. számában. (2013.03.01.)

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

¹² dr. Telegdy László: A vírushepatitisek epidemiológiája, diagnosztikája és kezelési lehetősége. In: <http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/VII/2/088main.htm>

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

parenterális átviteli lehetőségek miatt. A krónikus hepatitis C vírus fertőzés a leggyakoribb oka a májátültetéseknek. A hazai fertőzöttek több mint 98%-ánál - a 6 ismert genotípus közül - az 1a, 1b genotípus mutatható ki. Bizonyos fokozottan veszélyeztetett populációkban az előfordulás magas: hemofiliások között 50–80%, hemodializáltaknál 30–40%, intravénás droghasználók esetében 70-90% a HCV szeropozitívak aránya.

Az intravénás kábítószer használók közös tű- és fecskendő használata eredményezi egy-egy iv. drogos közösség magas HCV-prevalenciáját. A fertőzés eredete a betegek 40–50%-ában nem deríthető ki¹⁴. 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 töredéke tud a betegségéről.

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

Az Országos Kriminológiai Intézetben 2012-ben indított vizsgálatunkat 7 hazai büntetés-végrehajtási intézményben, a hepatitis szűrővizsgálaton részt vett fogvatartotti populáció teljes mintáján végeztük. Az volt a célunk, hogy megismerjük a fogvatartottak érintettségét, az érintettség okai tényezőit és az elítéltek attitűdjét és véleményét a büntetés-végrehajtási intézeteken belül előforduló HCV fertőzésről és fertőző betegekről.

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

A vizsgálat időszerűsége

Nelson és mtsai (2011) egy 77 országra kiterjedő tanulmányban kimutatták, hogy a vizsgált 25 országban az intravénás droghasználók között a hepatitis C fertőzés aránya 60 és 80% közötti. Tizenkét országban ez az arány nagyobb, mint 80%. 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).¹⁵

Európában is az intravénás kábítószer-használat a hepatitis C vírus egyik leggyakoribb terjedési módja. A becslések szerint az EU-ban közel egymillió olyan HCV fertőzött él, aki korábban valamilyen kábítószerrel injektált. A tagállamok jelentései szerint az intravénás szerhasználók jellemzően 40-90 százaléka HCV fertőzött. Sokan nem sokkal az első injektálás után megfertőződnek, ami elsősorban a nem biztonságos injektálási módszereknek – többek között a tűk, fecskendők és az egyéb injektáló eszközök közös, illetve többszöri használatának – tudható be. Az intravénás kábítószer-használók magas HCV fertőzöttségi aránya komoly közegészségügyi problémát jelent, amelyet súlyosbít az a tény is, hogy közülük sokan nem járnak szűrésre.

Az EMCDDA (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction) 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) 40%-ában, míg az újonnan diagnosztizált (akut

¹⁵ Nelson, PK, Mathers, BM, Cowie, B, Hagan, H, Des Jarlais, D, Horyniak, D, Degenhardt, L., „Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews.”. *Lancet* 378 (9791), 2011. 83-571. o.

és krónikus esetek) 80%-ában volt detektálható az intravénás droghasználat során alkalmazott közös tű és/vagy fecskendő használat.¹⁶

Magyarországon az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) 2006 óta szervez országos szűrővizsgálatokat az intravénás kábítószer-fogyasztók körében az általuk látogatott kezelőhelyeken, illetve tűcsere programokban. Az OEK adatai alapján az injektáló kábítószer-használók körében a HCV prevalencia évek óta 25 százalék körül alakul, amely Európában alacsonynak mondható. Területi bontásban azonban szélesebb skálán mozognak a fertőzöttségi arányok: a legutóbbi vizsgálat adatai szerint bár vidéken alacsonyabb a HCV fertőzöttség (8 százalék), Budapesten a megszárt intravénás kábítószer-fogyasztók 40 százaléka volt hepatitis C fertőzött, egy VIII. kerületi tűcsere programban pedig közel 70%-os fertőzöttséget mértek. Hazánkban a HCV fertőzöttség gyakrabban fordul elő a női intravénás szerhasználók esetében, életkor tekintetében pedig a 25 évnél idősebb intravénás szerhasználók körében. Magasabb a fertőzöttségi arány azoknál is, akik már hosszabb ideje injektálnak, illetve az elsődlegesen opiát -származékokat használók között¹⁷.

Mivel a vírust csak 1989-ben fedezték fel, a vérvételeket csak 1992-től kezdődően ellenőrzik. Jelentős még ma is azon fertőzöttek száma, akik ezt megelőzően kaptak vért. Sokan éppen a hosszú tünetmentesség miatt csak sokkal később szereztek tudomást betegségükről.

A HCV fertőzöttek terápiájában interferon készítmények és ribavirin hatóanyagú készítmények kombinációját alkalmazzák leggyakrabban. Az ellátás igénybevételének rendjét és módszerét az Egészségügyi Közlöny LVIII. évfolyamának 10. számában 2008. február 21-én megjelent és hatályossá vált szakmai protokoll részletesen tartalmazza.

¹⁶ '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, Volume 13, Issue 21, 22 May 2008).

¹⁷ Drog Fókuszpont: Hírlevél, 2011/07.

2011 nyarán törzskönyvezték a fentiek kiegészítésére adható proteázgátló gyógyszert, mely a terápia hatékonyságát jelentősen növeli. A jelenleg elérhető kettős kezeléssel a gyógyulási arány 30-40 százalék, míg a hármas kombinációval 70-80 százalék is elérhető. Azonban ennek költsége a jelenlegi terápiás költség tripláját teszi ki.¹⁸

HCV szűrés a hazai büntetés-végrehajtási intézményekben

Az Egyesült Államokban a börtönlakók között 10-20-szor nagyobb 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 – tudható be.¹⁹

Hazánkban személyiségi jogokra való hivatkozással szüntették meg 2003-ban a kötelezően elrendelhető szűrések többségét, így a büntetés-végrehajtási intézetekbe bekerülő HIV és hepatitis szűrését is. Az azt

¹⁸ Jelenleg a kezelt HCV fertőzöttek kezelése – szakemberek elmondása szerint – közel 5 millió Ft-ot tesz ki, az új terápiás eljárás ennek triplájába kerülne és gyakoribb gyógyszereszedés, ellenőrzöttebb terápiát igényelne. Azonban a jelenlegi kezelés negatív mellékhatásai jelentősen mérséklődnének. Jelenleg az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) HCV kezelésre fordítható éves költségvetése lehetővé teszi, hogy gyakorlatilag minden terápiát igénylő esetben a HCV szeropozitív beteg ingyenesen megkaphassa az interferont. Kérdés, hogy jövőre hasonló és/vagy növekvő incidencia mellett (a betegség kezelésére fordítható éves költségvetés jelentős növekedésének hiányában) miként lesz biztosítható e betegek részére a terápiás ellátás, illetve ha szükséges, mi 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 kezelések nem hatottak. (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 (sofosbuvir és ledipasvir 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 - kezelések 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” – írta az Origo. In: <http://www.origo.hu/egeszseg/20130321-nem-csak-az-alkohol-miatt-romolhat-a-majfunkcio-hepatitisc.html>

¹⁹ Imperial, JC: „Chronic hepatitis C in the state prison system: insights into the problems and possible solutions.”. *Expert review of gastroenterology & hepatology* 4 (3), (2010. június 1.). 64-355. o.
Vescio, MF, Longo, B, Babudieri, S, Starnini, G, Carbonara, S, Rezza, G, Monarca, R: „Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis.”. *Journal of epidemiology and community health* 62 (4), (2008. április 1.). 13-305. o.

követő években csak a szervezett, önkéntes alapon működő véradások alkalmával volt lehetőség ilyen jellegű vizsgálatra, ám uniós ajánlások miatt mára gyakorlatilag ez is megszűnt a börtönökben²⁰.

2007 óta gyógyszergyártó cégek rendszeresen szerveznek anonim módon szűrővizsgálatot (HBV és HCV) a hazai büntetés-végrehajtás intézetekben. A hepatitisz-szűrések a börtönökben önkéntes alapon működnek, azaz nem kötelezhetők a szűrésen történő részvételre²¹. Emiatt, valamint a programra fordított anyagi erőforrások korlátozott mértéke következtében, jellemzően csak a fogvatartotti összlétszám 15-20%-a vesz részt szűrésen. Ugyanakkor lényeges szempont, hogy a szűrővizsgálat az elítélt résztvevők számára ingyenes.²² Továbbá szükséges esetben a kezelés költségeinek teljes finanszírozása is biztosított.

Az első két évben az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) végezte a HCV és HBV szűrést a büntetés-végrehajtási intézetekben. Ezután gyógyszergyártó cégek vették át szűrés lehetőségének biztosítását és finanszírozták költségeit. Ezek a gyógyszergyártó cégek, 2012-ben a Bristol-Myers Squibb Kft., érdekeltek a szűrésben, ugyanis maguk is forgalmazznak HCV és/vagy HBV 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 delikvenszeket találni, mint az OEP által is rizikócsoporthoz nevezett „börtönlakók” körében.

²⁰ Európa Tanács Miniszteri Bizottság 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).

²¹ 1997. évi CLIV. törvény 15.§-a szerint „...az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni”.

²² Betegjogok a börtönben. *Aszklépiosz-fórum, 2010. október 28.*

Nyilvánvalóan jól jár a gyógyszergyártó cég, mert kis befektetéssel relatíve nagy hasznot realizál (alig kerül többbe a szűrés támogatási költsége, mint egy beteg kezelésének költsége!). Ugyanakkor itt az a szerencsés helyzet állt elő, hogy jól jár a gyógyszergyártó cég mellett a büntetés-végrehajtás intézményrendszere, az elítéltek köre és közvetve a társadalom is. Azonban figyelembe kell venni, hogy a szűrésre jelentkezők a fogvatartotti populációnak mindössze 15-20%-át teszik ki. Mindezek fényében érdemes elgondolkodni azon, hogy pusztán ezekkel a szűrésekkel, ekkora mintaszámmal megállítható, kontrollálhat-e a büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül a hepatitis C vírus terjedése?

Mennyivel olcsóbb és egyszerűbb lenne, ha egy teljes körű szűrést követően (a részvételi hajlandóságot különböző kedvezményekkel erősen lehet motiválni, mint az történik a HBV és HCV szűrések alkalmával jó pár büntetés-végrehajtási intézetben), mindig csak az új bekerülőket kellene szűrni. Így nemcsak lényegesen olcsóbb és egyszerűbb lenne a szűrés, de egyben biztonságosabbá válhatnának a HCV fertőződés vonatkozásában a büntetés-végrehajtási intézetek. Sokkal kevésbé kellene tartani ezen vírusfertőzések terjedésétől, epidémiájától, az incidencia növekedésétől. Habár ez ellentmond a személyiségi és önrendelkezési jogokra hivatkozó uniós ajánlásoknak, ugyanakkor lehetővé teszi a Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States-ben foglaltak érvényesülését a nem fertőzött elítéltek biztonságára vonatkozóan.

Nyilvánvaló vesztesei ennek a felállásnak a gyógyszergyártó cégek lennének, de ha a jelen helyzet nem tovább romlik, akkor az egyértelmű vesztes a büntetés-végrehajtás rendszere, az elítéltek köre, és közvetve a társadalom. A kutatás eredményei azt mutatták, hogy a konfirmáltan HCV pozitív személyek közül többen (3 főről tudható biztosan) a börtönön belül kapták el a fertőzést úgy, hogy az azt megelőző évben még negatív volt a szűrési eredményük.

A kutatás eredményei

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

A mintavételi keretet a Bristol-Myers Squibb Kft. által 2012-ben finanszírozott és lebonyolított HCV, HBV anomin szűrésen részt vett 7 - random módszerrel választott - büntetés-végrehajtási intézmény elítéltejei alkották²³. 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 vírusfertőzöttek voltak és részt kívántak venni a vizsgálatban. A mintanagyság 852 fő volt²⁴. A kérdőíves adatgyűjtés mellett mélyinterjú készült fogvatartottakkal és nevelőkkel is a jelenségről és a szűrésről. Jelen vizsgálat eredményei gyakorlatilag az oksági összefüggések feltárásán túl értelmezhetők a HCV szűrés egyfajta evaluálásaként is.

²³ Mivel a vizsgálat finanszírozása nem volt biztosított, így nem volt lehetőségünk teljes mintán végezni a kutatást. Ezért a szűrésben résztvevő intézmények felében végeztük csak el a megkérdezést a részvevő elítéltek között. Az intézmények közül minden második – random módszer - került be a mintavételi keretbe. Így a szűrésen részt vett fogvatartottak megkérdezésére az alábbi büntetés-végrehajtási intézményekben került sor: Fiaalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézete, Sopronkőhidai Fegyház és Börtön, Sátoraljaújhegyi Fegyház és Börtön, Váci fegyház és Börtön Kalocsai Fegyház és Börtön, Pálhalmi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet (Mélykút, Sándorháza, Bernátkút)

²⁴ A szűrésen részt vett és a vizsgálat idején az adott objektumba tartózkodó elítéltek 96%-a töltötte ki a kérdőívet. A kérdőíves adatfelvételre jellemzően a szűrést követően került sor, napokkal vagy hetekkel később. Ez nem a bv. intézetek, hanem a szűrést végző cég óhaja volt, akinek nem állt érdekében együttműködni velünk. A levett vérminták vizsgálatát végző Szent László Kórház Immunológiai Osztályával együttműködve zajlott az adatelemzés. Mivel a mintavételi keretet a szűrésen részt vett elítéltek alkották, így a vizsgálati cél elérése érdekében szükség volt arra, hogy az anonim kérdőívekhez hozzárendelhesük adott esetben a HCV 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 HCV pozitív mintát találtak. Az kérdőíves adatgyűjtést és adatelemzést a személyiségi jogok és az adatvédelmi rendelkezések maximális betartásával végeztük.

A HCV fertőzés kockázati magatartásainak egyike a közös tűvel történő intravénás (iv.) droghasználat és köztudott, hogy a HCV fertőzöttek zöme Európában intravénás droghasználó. Így prognosztizálható volt, hogy a börtönpopuláció bekerülés előtt iv. droghasználó része érintett jellemzően a helyzet kapcsán. Azonban kérdés volt, hogy ez valóban így van-e; igaz-e, hogy a mintába került konfirmáltan HCV pozitív elítéltek jelentős része intravénás droghasználó volt a bekerülése előtt és/vagy injektált kábítószerrel a fogvatartása alatt szennyezett, nem steril eszközökkel. Továbbá kérdésként merült fel, hogy mit kezd a büntetés-végrehajtás a HCV pozitív elítéltekkel, illetve a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében milyen intézkedéseket foganatosít?

A mintába kerültek intravénás droghasználatának jellemzői

Jelen vizsgálat eredményei szerint a vizsgálati mintába kerültek 8,2%-a volt HCV fertőzött. Itt jegyzem meg, hogy ebbe a mintába olyan elítéltek is bekerültek, akik nem „új” betegek voltak, hanem tudomásuk volt már HCV 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%-a jelezte, hogy használt élete során valaha intravénásan kábítószerrel; azaz minden ötödik megkérdezett (!) Azonban „csak” 24,8%-uk azaz a valaha intravénásan drogot használt megkérdezettek közül minden negyedik volt HCV fertőzött.

Aggasztó azonban, hogy a vizsgálati mintába kerültek 4,2%-a a börtönön belül is használt már intravénásan kábítószerrel, a megkérdezettek 3,7%-a az injektálás során másokkal közösen használta a tűt, illetve a fecskendőt.

Sőt a HCV fertőzött elítéltek közül - saját bevallásuk szerint - minden negyedik használt intravénásan kábítószerrel a fogvatartása alatt, úgy, hogy tudatában volt fertőző betegségének és mégis megosztotta másokkal az injektáláshoz alkalmazott tűt és fecskendőt.

A börtönben intravénásan kábítószer használók jellemzően amfetamin-származékot injektáltak a bekerülés előtt is és bent is. A heroin-használók aránya messze alatta maradt az amfetamin-típusú szereket injektálóknak, mindössze 9 fő került a mintába(!)

Figyelmet érdemel azonban, hogy a HCV fertőzött fogvatartottak 17,1%-a, azaz minden 6. vírusfertőzött azt jelezte, hogy soha nem használt még intravénás kábítószer.

Tetoválás és közös tűhasználat a mintába kerültek körében

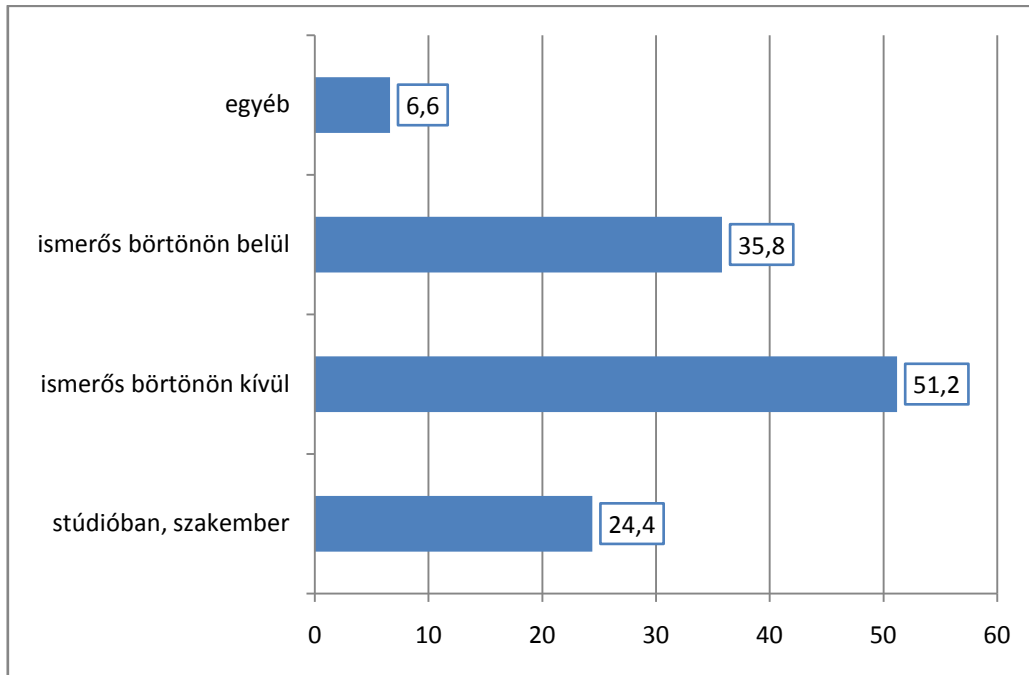
Az intravénás droghasználaton kívül magas kockázatú viselkedési forma a HCV vírusfertőzés tekintetében a nem steril eszközökkel végzett tetoválás is a fogvatartotti populációban, amint arra *Vescio és mtsai* (2008²⁵) is, az Egyesült Államokban végzett vizsgálatukban, rámutattak.

Vizsgálatunkban a megkérdezett 66%-a jelezte, hogy van tetoválása. A tetováltak fele (48,6,2%) jelezte, hogy bekerülése előtt olyan baráti társaság tagja volt, ahol a csoporttagok közül szinte mindenkinek volt tetoválása. És minden második ilyen csoportba tartozó megkérdezett arról számolt be, hogy gyakori volt, hogy a tetoválást a csoporttagok egymásnak végezték. A következő ábra azt mutatja, hogy a tetoválással rendelkező megkérdezettek milyen módon „tetették fel” a tetoválásaikat:

²⁵ *Vescio, MF, Longo, B, Babudieri, S, Starnini, G, Carbonara, S, Rezza, G, Monarca, R: „Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis.”. Journal of epidemiology and community health 62 (4), 2008. 13-305. o.*

1. ábra

A tetoválások felhelyezésének helye és módja a tetoválással rendelkező fogvatartottak körében (% , N=562)



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

A legutolsó tetoválás, a megkérdezett tetovált populáció 45,3%-ának esetében vagy az adott börtönben vagy korábban egy másik büntetés-végrehajtási intézetben történt. Míg 54,%%- esetében kint, a bekerülés előtt.

A tetováltak 24,4%-a számolt be arról, hogy életében legalább egyszer előfordult már, hogy úgy került tetoválás a testére, hogy a tetováláshoz használt tűt előtte máson is használták már. *Háromszor olyan gyakori volt a börtön belül az így felhelyezett tetoválás, mint kint.*

A HCV fertőzöttek 60,5%-a – saját bevallása szerint – tetetett fel magára tetoválás úgy, hogy előtte máson is ugyanazt a tetováló tűt használták, sőt 20,6%-uk a börtönben is tetetett fel tetoválást úgy, hogy azt megelőzően a tűt már más is használta és nem volt fertőtlenítve.

A mintába került HCV fertőzöttek 17,1%-a - saját bevallása szerint - soha nem használt intravénásan kábítószer, közülük ketten soha nem fogyasztottak semmiféle drogot. Azonban mindannyijukra került már fel sterilizálatlan tűvel, osztott tűhasználattal tetoválás.

A mintába került HCV fertőzött intravénás droghasználók 71,8%-ának volt tetoválása, azonban csak harmaduk (32,4%) jelezte, hogy a tetoválás felhelyezéséhez nem használt másokkal közös tűt(!) Kétharmaduk esetén a HCV fertőződés történhetett akár intravénás szerfogyasztás, akár tetoválás során használt közös tű útján is. Mivel jellemzően a kinti baráti társaság esetükben egy iv. droghasználó csoport is volt egyben, így bármely kockázati magatartás oka lehet a megfertőződésnek.

Kábítószer-használat elterjedtsége és jellemzői

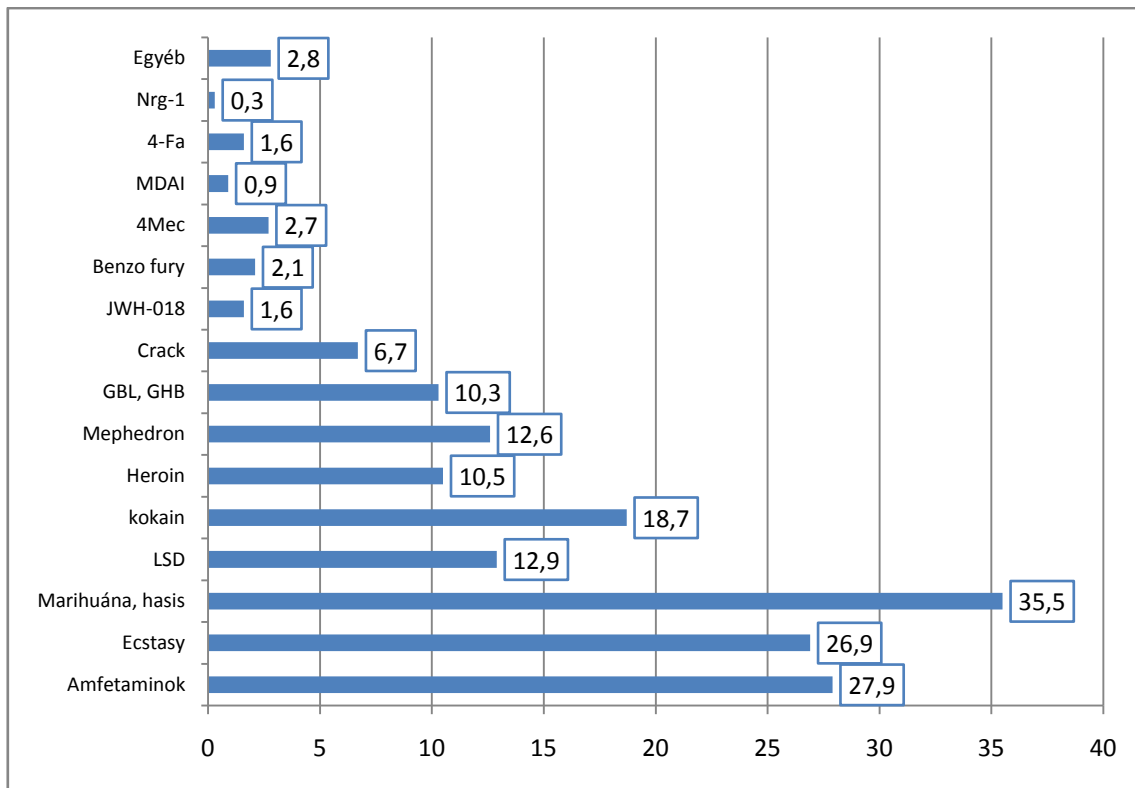
A megkérdezettek 49,7%-a saját bevallása szerint fogyasztott már életében valaha valamilyen típusú kábítószer. A legtöbben amfetamin-származékot (42,8%), kannabisz-származékot (35,%), kokaint (18,7%), illetve mephedront (12,6%).

Megdöbbentő képe mutat az 1. ábra, ugyanis határozottan jelzés értékű tendenciát vázol fel az új pszichoaktív szerek használatának elterjedtségéről a bűnöző szubkultúrában, illetve a fogvatartotti populációban. Ez erősíti, hogy a megkérdezettek 6,2%-a jelezte, hogy rendelt már kábítószer interneten keresztül(!)

A következő ábra azt mutatja, hogy a mintába került fogvatartottak életük során legalább egyszer milyen típusú kábítószereket fogyasztottak:

2. ábra

A mintába került fogvatartottak körében a kábítószer-fogyasztás életprevalencia értékei, szertípusok szerint (%; N=423)



A vizsgálat eredményei alapján az amfetamin-származékok átvették a kannabisz-származékok helyét a prevalencia vonatkozásában, miközben az ópiát-fogyasztás visszaszorul. Erősödik azonban a kokain és az új pszichoaktív szerek elterjedtsége.

A megkérdezettek 50,3%-a vallotta, hogy soha nem fogyasztott életében kábítószer, míg 8,1%-uk kábítószerfüggőnek, 9,9%-uk rendszeres kábítószer-használónak minősítette saját magát. A magukat kábítószerfüggőnek minősítők közül, a mintában, kétszer annyian voltak, akik amfetamin-származékok és egyéb stimulánsok fogyasztása miatt váltak addiktív droghasználókká, mint akik ópiátfogyasztás következtében.

Gyakorlatilag a megkérdezetti populáció 18%-a, azaz minden 6 mintába került fogvatartott kábítószerfüggő vagy rendszeres droghasználó volt.

Ezek az adatok arra figyelmeztetnek, hogy a bűnözői szubkultúrában egyre markánsabban 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 szercsoport-típustól, hiszen bizonyos stimuláns szerek (amfetaminok, metamfetaminok), illetve egyes új pszichoaktív anyagok fogyasztása szoros összefüggést mutat a szerhatás alatt történő bűnelkövetéssel, míg másokra a szer megszerzése vagy a szer megvásárláshoz szükséges pénz megszerzése érdekében történő, jellemzően jövedelemszerző bűncselekmények kapcsolódnak.

A mintába került hepatitis C vírusfertőzött elítéltek szocio-demográfiai jellemzői

A mintába került intravénásan kábítószerrel használó HCV fertőzött elítélteknek mindössze 23,3%-a jelezte, hogy heroint (is) használt, többségük amfetaminokat injektált elsősorban. (56,3%).

E csoport átlagéletkora 32 év, 95,4%-uk 40 év alatti volt. 1 fő kivételével magyar állampolgárok voltak. 60,4%-uk Budapesten lakott a bekerülést megelőzően, 18,5%-uk Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, 7,9%-uk Fejér megyében. A maradék 13,2% a többi megye között oszlott el.

Ez az adat azért is érdemel figyelmet, mert az intravénás kábítószerhasználat szempontjából legveszélyeztetettebb két nagyváros (a főváros és Miskolc) érintettségét jól tükrözik a vizsgálati eredmények, hiszen itt vannak detektált, relatíve hosszú ideje létező intravénás droghasználó csoportok, ugyanakkor ne felejtsük el azt sem, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben a BAZ megyei elítéltek aránya felülreprezentált. A mintába került HCV fertőzött elítéltek 85%-a városban lakott a bekerülést megelőzően.

Iskolázottság tekintetében: 73,2%-uk vagy nem fejezte be az általános iskolát vagy 8 általános a legmagasabb iskolai végzettsége; azonban 9,8%-uk érettségivel rendelkezett, 1 HCV fertőzött elítélt pedig felsőfokú végzettséggel. Ezek az arányszámok jóval alatta maradnak a vizsgálati minta egészében mért iskolázottság mutatóinak. Azaz a HCV fertőzöttek csoportja az átlag fogvatartotti mintánknál iskolázatlanabb volt.

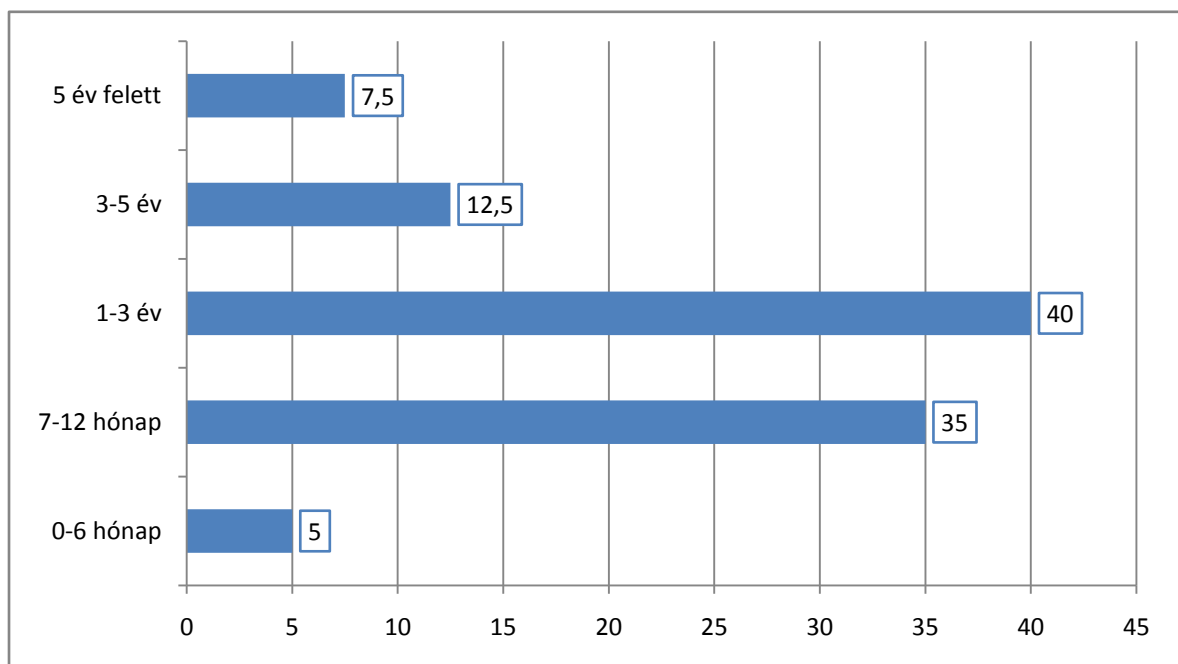
Minden ötödik (22,5%) HCV fertőzött volt csak büntetlen előéletű, míg a mintába kerültek körében ez az aránya 44,6% volt.

A HCV fertőzöttek 40%-a korábban erőszakos és/vagy garázda bűncselekmény, 42,5%-uk vagyonelleni bűncselekmény, 7,5%-uk kábítószer-bűncselekmény elkövetése miatt volt a vizsgálat idején börtönben.

A következő ábra azt mutatja, hogy a mintába került HCV fertőzött elítéltek mióta vannak folyamatosan büntetés-végrehajtási intézetben:

3. ábra

A mintába került HCV fertőzött elítéltek megoszlása a fogvatartása ideje szerint (%; N=70)



A HCV fertőzöttek 31%-a nő volt. Érintettségük a HCV fertőzöttség kapcsán magasnak tekinthető, ráadásul közülük mindenki használt intravénásan kábítószer sterilizálatlan, osztott tűvel. Jellemzően az élettársuk, barátjuk volt intravénás kábítószer-használó, rajtuk keresztül sodródtak ők is bele a drogfogyasztásba és többségük azt nyilatkozta, hogy valószínűleg tőlük kapták el a fertőzést. A nők 81,8%-a budapesti volt, míg a férfiaknál a fővárosiak aránya 53,8% volt.

A szűréssel kapcsolatos fogvatartotti vélemények

Szerettük volna megtudni, hogy a szűrést megelőzően vagy azt követően milyen tájékoztatást kapnak a résztvevő fogvatartottak a HCV fertőzésről, az azzal kapcsolatos kockázati magatartásokról, valamint a megelőzés eszközeiről, továbbá kíváncsiak voltunk arra is, hogy a büntetés-végrehajtási intézményekben milyen intézkedések történnek a fertőzött fogvatartottak és a környezetük védelme érdekében.

A megkérdezett fogvatartottak 61,2%-a jelezte, hogy kapott már valamilyen tájékoztatást a hepatitis vírusfertőzésekkel kapcsolatban a börtönben, azonban mindössze 41,5%-uk mondta azt, hogy ez a mostani vizsgálathoz kapcsolódott.

Akik kaptak tájékoztatást azt vagy a nevelőtől kapták, vagy pedig az adott büntetés-végrehajtási intézmény egészségügyi osztálynak szakemberétől. Több helyen a nevelőtől függött, hogy az alá rendelt elítéltek kaptak-e tájékoztatást valamilyen formában.

Azonban megdöbbentő, hogy a szűrésen részt vettek 38,8%-a semmiféle információt nem kapott. Ezt erősíti, hogy nem volt olyan intézet a vizsgálat alatt, ahol a kérdőíves adatfelvételt ne kellett volna összekötünk a felmérésben résztvevők tájékoztatásával. Számos esetben nemcsak a fertőzőforrásokkal kapcsolatos alapismeretekről nem volt tudomásuk, de

az sem volt ismeretes az elítéltek számára, hogy mikor, milyen módon és kitől kapnak visszajelzést a vizsgálati eredményekről(!)

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

Ez alapjaiban sérti a szűrésen részt vettek tájékoztatási jogát. Ugyanis a *1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 13. § (1) bekezdése* szerint „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...”(13.§.(8)).

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

Egyik vizsgált intézményben sem került sor a HCV fertőzöttek elkülönítésére. Megelőző intézkedésként azt jelezte egy nevelő, hogy „amennyiben tudjuk, hogy a fogvatartott HCV vagy HBV fertőzött, nem osztjuk be konyhaszolgálatra”.

Itt jegyzem meg, hogy a *18/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről* jogszabály szerint az akut Hepatitis C vírusfertőzés 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 Recommendation no. r (98) 71 of the Committee of Ministers to Member States

Concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison III. szakaszának 39. pontja²⁶ 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. Azonban elgondolkodtató, hogy amennyiben nem megoldott a fogvatartotti populáció teljes körű HCV szűrése, ugyanakkor a szűrt mintán az incidencia egy év alatt a kétszeresére nőtt, bizonyítottan vannak börtön belül fertőződött elítéltek, és a jogszabály-módosításból adódóan számolni lehet az intravénás droghasználók számának emelkedésével a fogvatartotti körben, amely potenciális rizikócsoporthoz a HCV fertőzés tekintetében, az egyetlen prevenció intézkedés a HCV fertőzött elítéltek konyhai szolgálatának korlátozása!? Vajon ez elégséges lehet a HCV prevalencia és incidencia visszaszorítására a büntetés-végrehajtási intézetekben?

Nyilvánvaló, hogy a prevenció első pillérének a tájékoztatásnak és a tanácsadásnak kellene lennie mind a fogvatartotti, mind pedig a nevelői és fegyőri állomány körében.

A fegyőrök sok helyen még a fogvatartottaknál is tájékoztatlanabbnak bizonyultak. Az információhiány pedig miközben fokozza a fertőződéstől való félelmet körükben, növeli - nem csak a HCV fertőzött - fogvatartottakkal szembeni ellenérzéseket.

Intézményenként különbözött a személyzet és a fogvatartottak tájékozottsága, ismerete a vírusfertőzés terjedéséről és megelőzéséről,

²⁶ 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)

ahogy a szűrés, valamint a HCV terjedésének megakadályozásával kapcsolatos attitűd is. Volt ahol lényegesnek ítélte az intézményvezetés és így is viszonyultak hozzá, máshol „nem értek rá ezzel foglalkozni” vagy nem ítélték úgy, hogy indokolt lenne a feltétlen szükségesnél nagyobb figyelmet fordítani.

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

Így a szűrés kapcsán mért kétszeres incidencianövekedés és prevalencianövekedés valószínűleg csak a jéghegy csúcsa.

Összefoglalás

A vizsgálat eredményei alapján kijelenthető, hogy a hazai büntetés-végrehajtási intézeteken belül, HCV fertőződés szempontjából rizikócsoportnak tekinthetők - hasonlóan a nemzetközi vizsgálatok eredményeihez - azok az intravénás droghasználók, akik vagy a bekerülést megelőzően vagy azt követően használtak vérrel szennyezett tűt vagy fecskendőt, továbbá azok akik a bekerülést megelőzően vagy azt követően tetoválás felhelyezéséhez alkalmaztak vérrel szennyezett tűt. A vizsgálati mintába került HCV fertőzött fogvatartottak 39,4%-a esetén nem állapítható meg egyértelműen a fertőződés módja, mert minkét fent említett kockázati magatartás megvalósult. Ugyanakkor 17,1%-uk, azaz minden 6. HCV fertőzött azt jelezte, hogy soha nem használt még intravénása kábítószer.

Így a vizsgálati eredmények arra engednek következtetni – habár valószínűsíthető, hogy szennyezett tűvel/fecskendővel történt intravénás droghasználat miatt határozottan többen fertőződtek, mint tetoválással összefüggésben – hogy a hazai börtönpopulációban komolyan kell számolni, sok esetben éppen a büntetés-végrehajtás intézményén belül, osztott, vérrel fertőzött tűvel végzett tetoválás miatt történő HCV-incidencia emelkedéssel.

A mintába kerültek 45,6%-a a korábbi években is részt vett már hepatitiszűrésen a börtönben. Miközben tudjuk, hogy a fogvatartotti populáció 15-20%-ának sikerült éves szinten biztosítani a szűrés lehetőségét, és az is érthető, hogy a magas fogvatartotti létszámmal üzemelő büntetés-végrehajtási intézetekben évről évre indokolt elvégezni a szűrést, szükséges megjegyezni, hogy számos bv. intézet még egyáltalán nem vett részt a programban. Sőt, mivel 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 döntési joga van, hogy kíván-e HBV és HCV szűrésen részt venni. Hiszen a vonatkozó jogszabályi környezet nem minősíti a HCV vírusfertőzést olyan fertőző betegségnek, amely indokolná az önrendelkezési jog korlátozását. Ez pedig azt jelenti, hogy a fogvatartottak nem kötelezhető, csak motiválhatók a szűrésen történő részvételre egyenlőre, ezért számos olyan delikvens nem veszi igénybe ezt a lehetőséget, akiknek akár a büntetés-végrehajtási intézeten belül, akár kívül kockázati magatartásuk alapján indokolt lenne.

A fenti körülmények között megduplázódott HCV incidencia-érték azt jelzi, hogy a büntetés-végrehajtás intézményrendszerének és vele együtt az OEK-nek is, amennyiben nem szeretne epidémia-szintű problémával farkasszemet nézni, át kell gondolnia a „HCV-politikáját”.

Mivel a zárt, totális intézetekben lévő személyek között a fertőzések terjedése mindig jóval gyakoribb és gyorsabb, mint azokon kívül, sőt azt is tudjuk, hogy a HCV fertőzöttek szocio-demográfiai jellemzői alapján,

hogy ez az a réteg, amely kint nem megy el szűrésre – hacsak nem helyben van rá lehetőség, mint az intravénás droghasználók egyes csoportjai számára -, vajon nem lenne-e indokolt a többi fogvatartott és a büntetés-végrehajtásban dolgozó személyzet védelme érdekében, ha a fogvatartotti populáció teljeskörű szűrésére sor kerülhetne?

Majd ezt követően mindig csak az új bekerülőket kellene szűrni, ami jóval egyszerűbb lehetne mint a jelenlegi rendszer. Nyilván ehhez a jogszabályi környezet változtatásra lenne szükség: a HCV szűrésen történő részvétellel kapcsolatos önrendelkezési jogot korlátozni kellene a büntetés-végrehajtás intézményrendszerébe bekerülő fogvatartottakra.

Ezzel együtt nyilván szükség lenne tájékoztató, és a counseling típusú programokra is mind a fogvatartottak, mint pedig célzottan a személyzet részére, ugyanakkor lényeges szempont, hogy az önrendelkezési jog esetleges korlátozásának lehetősége mellett a 1997. évi CLIV. törvény egyéb betegek jogait érintő rendelkezések, 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.

Felhasznált irodalom

Allen, S. A.: Developing a systematic approach to hepatitis C for correctional systems: Controversies and emerging consensus. HEPP Report, 3, 1-4. Retrieved Nov. 25, 2003, <http://www.hivcorrections.org/archives/april03/mainarticle.html>

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

Betteridge G. and G. Dias. *Hard Time: Promoting HIV and Hepatitis C Prevention Programming for Prisoners in Canada*, Canadian HIV/AIDS Legal Network and PASAN, 2007. www.aidslaw.ca/prisons.

Crofts, N., Aitken, C. K., & Kaldor, J. M.: *The force of numbers: Why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not*. Medical Journal of Australia, 170, (1999). 220-221.

Crofts, N., Caruana, S., Kerger, M., & Bowden, S. : *Minimizing harm from hepatitis C virus needs better strategies* BMJ, 321, 899.

Dolan, K. A.: *Can hepatitis C transmission be reduced in Australian prisons?* Medical Journal of Australia, 174, (2000). 378-379.

Drog Fókuszpont: *Hírlevél*, 2011/07.

Epinfo 20. évfolyam. 24. szám. Országos Epidemiológiai Központ, 2013. június 21. 11. old.

European Centre for Disease Prevention and Control 2012. évi jelentése

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, Volume 13, Issue 21, 22 May 2008).

Európa Tanács Miniszteri Bizottság 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).

Fertőző betegségek epidemiológiája. (Szerk. Dr. Ember István). Egyetemi jegyzet. Pécsi Orvostudományi Egyetem Közegészségtani Intézet. Pécs, 2003. 6-7. old.

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

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

Imperial, JC: *„Chronic hepatitis C in the state prison system: insights into the problems and possible solutions”*. Expert review of gastroenterology & hepatology 4 (3), (2010. június 1.). 64-355. o.

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

Nelson, PK, Mathers, BM, Cowie, B, Hagan, H, Des Jarlais, D, Horyniak, D, Degenhardt, L.: „Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews.”. *Lancet* 378; 2011. 83-571. o.

Patrick, D., Tyndall, M., Cornelisse, P. G. A., Li, K., Sherlock, C. H., Rekart, M. L., O’Shaughnessy, M. V.: *Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. CMAJ, 165, 2001. 7.o.*

Plourde, C., & Brocha, S.: *Drugs in prison: A break in the pathway. Substance Use and Abuse, 37(1), 2002. 47-63.*

Post, J. J., Dolan, K. A., Whybin, L. R., Carter, I. W., Haber, P. S., & Lloyd, A. R.: *Acute hepatitis C virus infection in Australian prison inmates: Tattooing as a possible transmission route. Medical Journal of Australia, 174, 2001. 183-184.o.*

Prithwish, D., Connor, N., Bouchard, F., & Sutherland, D.: *HIV and hepatitis C virus testing and seropositivity in Canadian federal penitentiaries: A critical opportunity for care and prevention. Canadian Journal of Infectious Diseases Microbiology, 15, 2004. 221-225.*

Rotily, M., Delorme, Rotily, M., Delorme, C., Obadia, Y., Escaffre, N., & Galinier-Pujol, A.: *Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred BMJ, 316, (1998) 777.*

Telegdy László: *A vírushepatitisek epidemiológiája, diagnosztikája és kezelési lehetősége.* In: <http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/VII/2/088main.htm>

Vescio, MF, Longo, B, Babudieri, S, Starnini, G, Carbonara, S, Rezza, G, Monarca, R: „Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis.”. *Journal of epidemiology and community health* 62 (4), 2008.13-305. o.

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