

Juhász Zsuzsanna

Szubsztitúciós kezelések az európai börtönökben

A HIV megelőzésére és kezelésére irányuló törekvéseket vizsgálva az elmúlt egy évtized alatt számos európai országban javulás következett be. A régió börtöneiben a fertőzésveszély megelőzése, illetőleg mérséklése érdekében több ártalomcsökkentési módszer alkalmazására, bevezetésére került sor. A HIV/AIDS fertőzés ugyanakkor továbbra is terjed a világon, leggyorsabban éppen Kelet-Európában.¹ A fertőzés gyors térnyerésének hátterében Lengyelországban, Lettországnban, Ukrajnában, Fehéroroszországban és Litvániában is az intravénás drogfogyasztók magas aránya áll, akik a diagnosztizált esetek több mint felét alkotják.² Ugyancsak fontos adat, hogy a kábítószereket intravénásan adagolók körében a HIV fertőzöttségi szintje 0-ról 1-2 éven belül 50-60%-ra emelkedhet.³

Az ártalomcsökkentő kezdeményezések közül az intravénás drogfogyasztással összefüggésben a tücsere-programok mellett a leghatásosabbnak és egyúttal a végrehajtási intézetekben történő alkalmazás szempontjából a leginkább vitatottnak az ún. szubsztitúciós kezelések tekinthetők.

A szubsztitúciós kezelés

A helyettesítő/szubsztitúciós kezelés lényege, hogy az illegális kábítószer (elsősorban ópiátok) használatát egy olyan szerrel váltják ki, amely orális úton tablettá, szirup formájában szedhető, és legális úton beszerezhető. Ezzel a módszerrel többek között kiküszöbölhetővé válik az intravénás használat, az injektáláshoz szükséges eszközök megosztott használata, visszaszorítható az illegális kábítószer-beszerezés, csökkenthető a túladagolás kockázata. A kezelés összetett szerepéből adódóan a helyettesítő/szubsztitúciós elnevezés nem túl szerencsés, hiszen nem egyszerűen egyik drog másikra történő cseréjéről, pótlásáról van szó, a kezelés ennél sokkal komplexebb megközelítésben értelmezhető csak helyesen.⁴

Jelenleg a heroin- és más ópiát-függők kezelése során alkalmazott legelterjedtebb helyettesítő szer a metadon. A metadonnal való kezelésnek három formája ismert.⁵ Egy-

- 1 Veen, J.: Tuberculosis, HIV and harm reduction in prisons in countries of the Former Soviet Union. Connections. The newsletter of the European network on drugs and infections prevention in prison 2005/5. 7-8. p.
- 2 Caplinskas, S. – Likatavicius, G.: Recent sharp rise in registered HIV infections in Lithuania. Letölthető: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2002/020627.asp>
- 3 (World Health Organization): Advocacy Guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users. 2004. 3. p.
- 4 V. ö.: Yakoub, S.: Caring for drug dependent individuals in prison: The French approach in the framework of the Specialised Centre for care of Problematic Drug Users at the St. Anne Hospital Centre. Connections. Issue 15. May 2004. 9. p.
- 5 Itt jegyezném meg, hogy a Pszichiátriai Szakmai Kollégium a Metadon kezelés szakmai irányelveiről című módszertani levele a metadonnal történő kezelés két fajtájáról tesz említést. Így szól a hosszú távú szubsztitúciós metadon kezeléssel, de a metadon detoxikáción belül nem tesz különbséget rövid, illetőleg hosszú tartam között.

résről beszélhetünk a *rövid detoxikációs kezelésről*, amely az ópiátmentesség minél gyorsabb elérésére és detoxikációra irányul. Tartama maximum 30 nap. A *hosszú távú detoxikációs kezelés* jellemzője a fokozatosra épülő csökkentés, melyet elsősorban a hosszabb ópiátfüggőségi múlttal rendelkező betegeknek használnak. Időtartama 1 és 6 hónap között változik.

Végül megkülönböztetjük az ún. *szubsztitúciós (hosszú távú fenntartó) kezelést*, mely akár évekig is eltarthat, lévén belátható időn belül az adott személynél az ópiátmentesség nem érhető el, azaz a teljes absztinencia nem alakítható ki. A fenntartó kezelésnél a folyamatosság bír nagy jelentőséggel, az eljárás megszakítása ugyanis a hatékonyságot jelentősen visszavetheti. A kezelés célja nem a kábítószer-fogyasztástól, hanem az intravénás adagolástól való elszakítása az érintetteknek.⁶ A terápia során először a korábban használt kábítószer-mennyiség alapján megállapítják a kezdő adagot, és a beteget átállítják a metadonra. Majd miután beindul a szervezet tisztulása, a dózis fokozatos csökkentésével a szert teljesen elvonják. Jelenleg ez tekinthető a leghatásosabb kezelésnek a heroin-függő injektáló drogosok számára.

Európában a civil szférában az első metadon-kezelésre Svédországban került sor 1967-ben, majd Hollandia, Nagy-Britannia, Dánia alkalmazta e kezelési módszert.⁷ A szubsztitúciós terápia ezen formája a '90-es évek közepe óta igen gyorsan terjedt el a társadalomban. Napjainkban több mint félmillió európai részesül helyettesítő kezelésben, 80%-uk (a speciális kezelőközpontokat is figyelembe véve 90%-uk) esetében metadon felírására kerül sor. Így jelenleg továbbra is ez tekinthető a leggyakrabban alkalmazott helyettesítő anyagnak.⁸

A metadon mellett az utóbbi néhány évben egyre jobban elterjedő kezelési alternatíva a buprenorfin használata.⁹ Ezt a gyógyszert ugyancsak fájdalomcsillapítóként fejlesztették ki, és az 1970-es évek végétől javasolják az ópiátfüggőség kezelésére. Napjainkban a helyettesítő kezelésben részesülőknek kb. 20%-a számára ezt a szublingvális készítményt írják fel. 2004. végére az Európai Unió valamennyi tagállama beszámolt a buprenorfin alkalmazásáról, ugyanakkor a betegek nagy része Franciaországban található.¹⁰

Metadon-kezelés a végrehajtási intézetekben

A börtönökben a fogvatartottak gyógykezelésének legelterjedtebb módja jelenleg a gyógyszermentes kezelés, amely a kábítószerektől való hosszú távú tartózkodás érdekében pszichoszociális és különféle oktatási technikák érvényesítését jelenti. A szubsztitúciós ke-

6 Jürgens, R.: HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system. Ancillary Meeting on HIV/AIDS and Drug Abuse, Vienna, 16. April. 2003. 8. p.

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

8 A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxembourg, 2005. 79-80. p.

9 A WHO 2006. júniusában a metadont és a buprenorfin egyaránt felvette az alapvető gyógyszerek mintajegyzékébe.

10 Hírek az EU lisszaboni Kábítószerügyi Központjából. No 11/2005. és A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxembourg 2005. 77-82. p.

zelés alkalmazási köre a végrehajtási közegben jóval korlátozottabb, és ez a megállapítás érvényes a civil szférával való összehasonlításnál is.¹¹ Jellemző továbbá, hogy a börtönökben alkalmazott helyettesítő drogok közül a metadon bír a legnagyobb jelentőséggel. Ennek függvényében a legtöbb esetben a protokoll és a gyakorlat sokkal inkább az adott intézetek szükségleteire és követelményeire orientál, mint az egyes betegek igényeire. A végrehajtási közegben a metadon alkalmazása mellett szól, hogy a buprenorfinnal szemben olcsóbb, könnyebb a fogvatartottak részére történő szétosztása, és a bevétel ellenőrzése is.¹² Azokban az országokban pedig, ahol a végrehajtási intézetekben elérhető a metadon-kezelés, a leggyakrabban használt módja a rövid távú detoxikáció, és kevésbé élnek a fenntartó terápia lehetőségével.¹³ Ez utóbbinak általános gyakorlata jelenleg csak Spanyolországban van.

Szembetűnő, hogy amíg a civil közegben számos ország már a '70-es évek végén, a '80-as évek elején alkalmazta a szubsztitúciós kezelést, addig a végrehajtási intézetekben történő bevezetés leginkább csak a '90-es években következett be.

A bevezetés eltérő időpontjai mellett a börtönkörnyezetben végzett helyettesítő kezelések különbségeket mutatnak a társadalomban végzett szubsztitúciós terápiákhoz képest. Elsőként említhető a kezelés célja, amely a végrehajtási közegben gyakorta az absztinencia-szemléletre épül, így a gyakorlatban sok esetben a detoxikáció jut döntő szerephez, és a fenntartó kezelés háttérbe szorul. Jellemző továbbá, hogy a börtönökben a metadonra és egyéb helyettesítő szerekre, drogként, élvezeti szerként tekintenek, és a gyógyászati megközelítés kevésbé érvényesül. A végrehajtási intézetekben a bevétel ellenőrzése során előtérbe kerülnek a biztonsági intézkedések, ahogy a strukturális feltételeket is mérlegelni kell. Ebben a közegben eltérő értelmet kap az orvos–beteg kapcsolat, lévén a kábítószer-élvező fogvatartottakat az orvosválasztás joga, szabadsága nem illeti meg. A biztonsági, ellenőrző mechanizmusok révén azonban arra is van példa (lásd Olaszország), hogy a szubsztitúciós kezelés a kereskedés kockázata tekintetében jobban működhet a végrehajtási közegben, mint a külvilágban.¹⁴

A szubsztitúciós kezelést alkalmazó országok gyakorlatát vizsgálva igen jelentős eltérések figyelhetők meg. Így vannak olyan államok, ahol a helyettesítő kezelést csak rövid távú detoxikációra használják. Példaként említhető Csehország, ahol az egész országban egy börtönkórházban van szubsztitúciós kezelés buprenorfin alkalmazásával, rövid tartamú detoxikáció formájában. Ugyancsak utalhatnánk Észtországra, ahol a Központi Börtönkórház biztosítja csak a metadonnal történő rövidtávú detoxikációs kezelést azon fogvatartottak számára, akik megfelelő motivációt tanúsítottak arra, hogy felhagynak a kábítószer-fogyasztással.¹⁵ Ezzel szemben az ítéleti tartamtól függetlenül a fenntartó kezelést biztosítják az osztrák, valamint a dán végrehajtási intézetekben.

11 A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxembourg, 2005. 85-87. p.

12 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries. 2004. 417-418. p.

13 Stöver, H. – Lines, R.: Silence still = death: 25 years of HIV/AIDS in prisons. In: (WHO) HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management. 2005. 76. p.

14 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 271. p.

15 Sarapuu, M.: Drug prevention and problems in the estonian prison system. Connections issue 15, may 2004. 22. p.

A kezelésnek számtalan variánsa alakult ki, így például Németországban a 15-20 nap tartamú detoxikáció érvényesül, Hollandiában és Belgiumban alkalmazzák a fenntartó kezelést is, de csak olyan elítéltek esetén, akiknek az ítéleti tartama 6 hónapnál (Hollandia), illetve 12 hónapnál (Belgium) rövidebb. Emellett egyes országokban a szubsztitúciós kezelést prevenció célzattal a visszaesés megelőzésére is használják: a szabadulást megelőző 3-6 hónapon belül élnek ezzel a módszerrel a túladagolások elkerülése, megakadályozása érdekében.¹⁶

Jelenleg csak néhány ország van (Spanyolország, Ausztria említendő), ahol a helyettesítő kezelés mindazon fogvatartott számára biztosított, akiknek e terápiára van szükségük. Sokkal jellemzőbb tehát, hogy ezen ártalomcsökkentő módszer elérhetősége például a főröhelyek, erőforrások tekintetében korlátozott a végrehajtási közegben, vagy csak bizonyos fogvatartotti csoportok (HIV és egyéb fertőzöttek, terhes nők) számára teszik azt lehetővé. Így a belga végrehajtási intézetekben a metadon-kezelés folytatására a terhes nők, a HIV-, valamint hepatitisz-fertőzöttek, illetőleg – ahogy arra már utalás történt – azon fogvatartottak esetén van lehetőség, akiknél a szabadságelvonás tartama az egy évet nem haladja meg. A kezelés a börtönben is elkezdhető, amennyiben az érintett személy a börtönben kezdte el a heroin fogyasztását, itt következett be nála visszaesés, a detoxikáció sikertelen volt, illetőleg, ha a szabadságvesztés a végéhez közeledik.¹⁷ Számos ország esetén pedig elmondható, hogy egyáltalán nem ajánlják a szubsztitúciós kezelést a fogvatartottnak, ami összefüggésbe hozható azzal a körülménnyel, ha a szabad társadalomban a kezelés detoxikációra irányul. Oroszországban a metadon az illegális gyógyszerek listáján szerepel, és a nemzetközi nyomás ellenére sem tervezik a közeljövőben való bevezetését, mondván az ország még nem készült fel a narkotikumok egészségügyi alkalmazásának legalizációjára. 2006 márciusában egy metadon-ellenes cikk jelent meg az egyik orosz egészségügyi szaklapban, mely Kelet-Európában és az egykori Szovjetunióban jelentősen megosztotta a kábítószer-kezeléssel foglalkozó szakembereket. A cikk többek között azt állította, hogy a szubsztitúciós terápia ellentétes az Egyesült Nemzetek 1961-es Egységes Kábítószer Egyezményével, emellett nem tekinthető hatásos kezelési módnak. Az újságcikk ellen több prominens szervezet fogalmazott meg tiltakozó levelet, melyben egyebek mellett kifejtették, hogy a metadon szubsztitúciós terápia nem lehet ellentétes a hivatkozott konvencióval, mivel 1961-ben a metadont még kizárólag csak fájdalomcsillapításra használták.¹⁸ Oroszország mellett a szubsztitúciós kezelés többek között nem elfogadott még Ukrajnában és Belorussziában sem, éppen azon országokban, ahol a legnagyobb számú HIV pozitív személy található a börtönnépesség soraiban. Ezen államokban ugyanis a tudományos és egészségügyi szervek támogatása ellenére a metadon-terápia olyan vitatott prevenció programok közé tartozik, melyeket nem hajtanak végre.

16 Hennebel, L. – Stöver, H.: Substitution Treatment in European Prisons (STEP): A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in the 15 EU Member States, Czech Republic, Poland and Slovenia. *Connections* issue 15. May 2004. 7. p.

17 Tods, S.: Substitution treatments in the Belgian prison system. Central and Eastern European Conference on Drug & Infections Services in Prison. Popowo, 18-20 September 2003. Conference report.

18 <http://www.aidsmap.com/en/news>

Az európai börtönöket vizsgálva a problematikus drogfogyasztóknak kb. 7%-a részesül metadon vagy egyéb helyettesítő terápiában. Ennek az alacsony arányszámnak a háttérben különböző okok állnak. Így megemlíthető az orvosok és az egészségügyi személyzet szkepticizmusa, akik gyakorta nem betegséggént tekintenek a drogfüggőségre, hanem azt erkölcsi kategóriaként közelítik meg. Ennek is betudhatóan évekig a kezelés és a fogvatartottak támogatása, a tanácsadás pedagógiai megközelítése – az ártalomcsökkentés és a szubsztitúciós programok elérhetősége ellenére is – drogmentes orientációjú volt. Számos esetben magáról a drogfüggőség természetéről, a kezelési lehetőségekről sincsenek teljesen informálva a végrehajtási intézmények orvosai, és nem rendelkeznek a szükséges képzéssel, ami félreértéseket eredményezhet, és helytelen gyakorlathoz vezethet. Egyes országokban ezért mind a társadalomban, mint pedig a börtönökben speciális tréningeken való részvételt követelnek meg az orvosoktól, mielőtt megkezdhetnék a betegek helyettesítő kezelését. Azon országokban tehát, ahol szubsztitúciós programokat indítanak el, elengedhetetlenül szükséges az érintettek körében a kezelés minden aspektusára kiterjedő információnyújtás és oktatás.

A szubsztitúciós kezeléssel szemben sok esetben maguk a fogvatartottak is elutasítóan viselkednek, tartva például attól, hogy a kezelésben való részvételükről a többi fogvatartott tudomást szerez. Sok esetben gondot jelent, hogy az elítélteket nem tájékoztatják megfelelően az egészségügyi szolgálat státuszáról, azaz nincsenek tisztában azzal a körülménnyel, hogy az egészségügyi személyzet nem része a végrehajtási rendszernek, és a kapott információkat kötelesek titkosan és bizalmasan kezelni. Egy további oka lehet a kezeléssel szembeni elutasításnak, hogy a végrehajtási közegben a fogvatartottakat nem illeti meg a szabad orvosválasztás joga, ez pedig gátolhatja a szükséges bizalmi viszony kialakulását a páciens és orvosa között.¹⁹

Az alacsony arányszám háttérben megtaláljuk a pszichoszociális ellátás korlátozott biztosítását, de ide sorolható a használat ellenőrzésének személyi hiánya és nem utolsósorban a szubsztitúciós kezeléssel szemben megnyilvánuló politikai légkör is.²⁰ Jellemző továbbá, hogy amíg az ópiátfüggő személyeket a társadalomban betegként kezelik, addig a végrehajtási közegben a kábítószer-élvezőkre elsősorban, mint fogvatartottakra tekintenek.²¹

Annak ellenére, hogy számos végrehajtási rendszer egyetért a társadalomban már megkezdett szubsztitúciós kezelés folytatásának szükségességével, mégis sok ország esetében megfigyelhető jelenség, hogy a már megkezdett kezelés folytatására nem kerül sor a börtön falai között. Ennek okai között említhető, ha maga a börtön drogmentes orientáltsága, az absztinenciára irányuló törekvések ugyanis – ahogy arra a bevezetőben utaltam – számos büntetés-végrehajtási rendszerben továbbra is a meghatározóak. Emellett az orvosok, az egészségügyi személyzet és maga a börtönigazgatás is gya-

19 Bővebben: Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 453-471. p.

20 (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison): „Unlocking potential: making prisons safe for everyone”. Report of the 8th European Conference of drug and HIV/AIDS services in prison. Budapest, 2005. 41. p.

21 Stöver, H. – Lines, R.: i. m. 76. p.

korta a metadonra és az egyéb helyettesítő drogokra feszültséget és nyugtalanságot csillapító pszichoaktív szerként tekint, nem pedig terápiás, az egészségügyi ellátás során alkalmazott droként. Jellemző a drogfogyasztás, a függőség jelenségével összefüggő megértés hiánya, valamint az a meggyőződés, hogy a börtönnek drogmentesnek kell lennie. Megfigyelhető továbbá a helyettesítő kezelések számára a férőhelyek, illetőleg az erőforrások korlátozott volta, de itt említhető meg a szabadulás utáni kezelési helyek hiánya is (pl. Németországban, Írországban, Belgiumban). Számos esetben számolni kell a bevételt ellenőrző személyzet hiányával, sőt a megfelelő gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező szakemberek korlátozott létszámával, valamint egyéb szervezeti feladatok jelentkezésével is, amelyek gyakorta eredményezik a fogvatartottak várólistára helyezését. Megfigyelhető továbbá, hogy egyes országok (például Németország, Írország) csak irányelvek szintjén garantálják valamennyi fogvatartott számára a kezelés folytatásának lehetőségét, míg Spanyolországban, Ausztriában, Dániában, Franciaországban vagy Portugáliában többé-kevésbé rutinszerűen történik az ellátás további biztosítása.

A gyakorlatban több tényező mellett döntő szerep jut az orvosok kezelésválasztási szabadságának, amely absztinenciára irányuló szemlélet esetén ezen ártalomcsökkentő terápia alkalmazása ellen hat. Belgiumban például a Börtönegészségügyi Szolgáltatnak jogában áll javaslatot tenni az orvosoknak a szubsztitúciós kezelés alkalmazására. Az orvosokat megillető terápiás szabadság ugyanakkor lehetővé teszi a kezelés választása mellett annak visszautasítását is. Így fordulhat elő, hogy egyes fogvatartottak azért nem részesülnek szubsztitúciós kezelésben, mert erkölcsi okokból az orvos nem értett egyet annak alkalmazásával.²²

Egyébiránt a legtöbb esetben a kezelés megkezdésére vagy folytatására vonatkozó döntés is az orvosoké. Olaszországban a börtönorvos határoz a kezelés megkezdése kérdésében, azzal, hogy azt megelőzően a beteggel egy megállapodást íratnak alá, mely tartalmazza az érintett tájékoztatáson alapuló hozzájárulását a metadon-kezelésbe. A szabad társadalomban már megkezdett terápia folytatása esetén pedig a megállapodást a fogvatartotti kezelési program jóváhagyása érdekében külsős orvosnak kell megerősítenie.²³

Az orvosok meghatározó szerepével szemben ellenpéldaként említhető Ausztria és Szlovénia, ahol a legkülönbözőbb területeken tevékenykedő, így eltérő szemléleteket képviselő szakemberekből (például szociális munkásokból, pszichológusokból, ápolókból és orvosokból) álló csoport dönt e kérdésben. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy amíg a kezelés kezdetén meghatározó szerepük a végrehajtási intézetek orvosainak van, addig a napi döntéseket, rendelkezéseket az egészségügyi tisztviselők, nővérek hozzák. Ők azok ugyanis, akik a leggyakrabban, és eltérő élethelyzetekben is látják nap mint nap a beteg fogvatartottakat. Már korábban is hivatkozott létszámihiányuk ezért is gátja gyakorta a kezelés folytatásának.²⁴

22 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 93. p.

23 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. M. 260. p.

24 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 416-421. p.

Külön kell szólni azon esetekről, amikor nem a szabad társadalomban megkezdett kezelés folytatására kerül sor, hanem a végrehajtási intézetekben történik a szubsztitúciós kezelés megkezdése akár a befogadást követően, akár a szabadulást megelőzően. Az első változat viszonylag ritkán fordul elő, melynek pragmatikus oka, hogy a szabadságvesztés megkezdését megelőzően helyettesítő kezelésre regisztráltak száma nagyobb, mint a börtönben elérhető férőhelyeké. Számos országban gondot jelentenek a szabadulást követő kábítószerfogyasztással összefüggő visszaesések és túladagolások is, ezért a büntetés lejárta megelőző szubsztitúciós kezelések megkezdése egyfajta „védőoltás” szerepét kívánja betölteni. Ilyen esetekben az eredményességet nagyban befolyásoló tényező, hogy van-e lehetőség a szabadulást követően a szabad életben a terápia folytatására. A kezelési folyamat ilyenformán történő megszakadásának problémájával ugyancsak sok állam kénytelen szembesülni.²⁵

Szubsztitúciós kezelés az Európai Unió börtöneiben

Napjainkban a szubsztitúciós terápia körüli vita ellenére is egyre nő azon büntetés-végrehajtások száma, melyek ajánlják a metadon-kezelést a fogvatartottaik számára. Így az Európai Unió „régebbi” tagállamainak többségében (Görögország, Svédország kivételével) léteznek ilyen programok a végrehajtási intézetekben. Az Unió tagállama-it a kezelés hozzáférhetősége szempontjából egyébiránt 3 csoportra lehet osztani.²⁶

Egyrészt vannak olyan országok, melyek a fogvatartottak számára nem teszik lehetővé a szubsztitúciós terápiát. Ide sorolhatjuk Görögországot és Svédországot, valamint az újonnan csatlakozó tagállamok többségét.

A végrehajtási közegben történő alkalmazás elmaradásának hátterében több ok húzódik meg. Így az egyik magyarázat lehet a kezelés kései bevezetése a társadalomban (pl. Görögország esetén erre 1996-ban került sor, de ez nem igaz Svédország vonatkozásában, ahol a legkorábban, 1967-ben alkalmazták először a kezelést.) A bevezetés elmaradásának további okaként említhető az előbbi mellett, ha a társadalomban a szubsztitúciós programok igen jelentős szintet képviselnek, mely megállapítás mind Görögország, mind pedig Svédország esetén megállja a helyét. Ugyancsak kihatással lehet a kiterjesztés hiányára, ha a szubsztitúciós helyek korlátozott számban állnak rendelkezésre, illetőleg maga a drogprobléma sem számottevő, valamint az a körülmény, ha az adott országban a drogpolitika absztinencia-alapú. Ez utóbbi a helyzet például a Cseh Köztársaságban, ahol azért nem ajánlanak szubsztitúciós kezelést a végrehajtási intézetekben, mert absztinencia-orientáltságú programokra koncentrálnak. A drogkezelés során a hangsúly a pszichoszociális beavatkozásokra helyeződik: a fogvatartottaknak drogmentes részlegekben vagy speciális drogkezelési egységekben való részvétel lehetőségét kínálják. Egyedül a prágai börtönkórházban van mód helyettesítő szer (buprenorfin) alkalmazására rövid távú detoxikáció során azon fogvatartottaknál, akiknél az opiátfogyasztással összefüggő elvonási tünetek jelentkeznek.²⁷

25 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 426. p.

26 V. ö. Sárosi Péter: A büntetés-végrehajtási intézményekben végzett ártalomcsökkentés nemzetközi gyakorlata. *Addiktológia* 2004/3. 372-375. p.

27 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 108-109. p.

Végezetül befolyásolhatja a kezeléshez való hozzá nem férést, ha a börtönökben a problematikus kábítószer-fogyasztás terjedése nem ópiátokkal, hanem például amfetaminokkal összefüggő.²⁸

Svédországban jelenleg a szubsztitúciós szereket a börtönökben kivételes jelleggel csak rövid tartamú detoxikációra, illetőleg egyedi esetekben a szabadulást megelőzően használják. A közösségi alapú kezelést követően a végrehajtási intézetekben azért nem kerül sor a folytatásra, mert egyrészlől bűncselekmény elkövetése a programból való kizárást vonja maga után, másrészlől a szabadságvesztésre ítélet azt a felfogást erősíti, hogy az adott személy képtelen tartózkodni a drogoktól, illetve bűncselekmény realizálásától. Mindemellett a fogvatartottak végrehajtási intézetek közötti mozgása megnehezítené a kezelés alkalmazását. A drogmentes börtönkörnyezet megteremtését célzó elképzelések egyik elemeként valamennyi börtönben javasolják szűrőpróbaszerűen a kötelező drogtesztek elvégzését. Amennyiben a fogvatartott tesztje pozitív lenne, vagy annak elvégzését megtagadná, bebörtönzésének tartama 5–45 nappal meghosszabbodhat.²⁹

A második csoportba azon államok tartoznak, melyek csak korlátozott elérhetőséget biztosítanak a börtönökben. Itt említhető Finnország, ahol a 37 végrehajtási intézetből 14-ben volt lehetőség a szubsztitúciós kezelésben való részvételre, és ez számszerűleg 1998-tól 2003 májusáig mindösszesen 116 fogvatartottat (2001-ben például 45 főt) érintett. Fontos ugyanakkor utalni arra, hogy a helyettesítő terápia 1997-es bevezetése óta az abba bevont fogvatartottak aránya növekedett.³⁰ 2002-ben az Igazságügyi Minisztérium engedélyezte az egészségügyi személyzet számára bizonyos feltételek között a kezelés börtönökben történő megkezdését is. A valóságban azonban az orvosok megrettentek a rájuk nehezedő felelősségtől, illetve attól, hogy olyan nagyszámú börtönépésseget érint majd a kezelés, melyet nem tudnak kézben tartani. A fentiek hatására egyetlen kezelés sem kezdődött meg a börtön falai között, és a szubsztitúciós kezelésbe bevont fogvatartottak könnyen ellenőrizhetők maradhattak.³¹

Németországban a 16 szövetségi államból csak 6-ban van lehetőség a fogvatartottak szubsztitúciós kezelésére, emellett a terápia elérhetősége igen heterogén képet mutat. A „régibbi” szövetségi államokban például negatív megközelítés figyelhető meg a fenntartó terápiával szemben. Kelet-Németországban az ópiátfogyasztás kis mértékű elterjedése miatt a szubsztitúciós kezelésekre vonatkozó börtönbeli rendelkezések is igen korlátozottak. Általánosságban elmondható az is, hogy a metadon-fogyasztás gyakorlata a börtönökben megfelel a szabad világban érvényesülő gyakorlatnak. Így azokon a helyeken, ahol a helyettesítő szer szabadon felírható a társadalomban, ez irányadó a végrehajtási intézetekben is. Következésképpen, ahol a metadon alkalmazását kevésbé ajánlják, ott a börtönökben is ritkán található meg, elérhetősége korlátozott. A szabadságelvonást megelőzően már megkezdett kezelést csak néhány állam folytatja a börtö-

28 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 415. p.

29 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 398–407. p.

30 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 143. p.

31 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 149. p.

nőkben is, és általában a rövid tartamú szabadságvesztésre ítélték esetén. A legtöbb börtönorvos a hosszú távú metadon-kezelést ugyanis visszautasítja.³²

Olaszországban a szubsztitúciós kezelés gyakorlata a nagyobb intézetekre és börtönökre szorítkozik, és a detoxikációra fókuszál, így mindössze néhány börtönnél alkalmazzák a fenntartó kezelést. A helyettesítő kezelés végrehajtási intézetekben történő elkezdése ugyancsak ritkának mondható.³³

A harmadik kategóriába azok az országok sorolhatók, melyekben a hozzáférés széles körben biztosított. Ausztriában például 1991 óta minden végrehajtási intézetben elérhető a terápia, sőt egyes fegyintézetekben külön körleteket is létrehoztak a metadon-kezelés résztvevői számára. Egyébiránt a helyettesítő kezelésben résztvevő fogvatartottak száma 1990 óta folyamatos emelkedést mutat: amíg akkoriban az érintettek száma 50 körül mozgott, addig 2002-ben már 531 volt, ami a teljes börtönnépeség 7,5%-át jelentette. Jelenleg a kezelés elsődlegesen a HIV pozitív fogvatartottakra, a jelentős opiát-múlttal rendelkezőkre, valamint olyan személyekre fókuszál, akiknél a szabadulásakor számolni kell a túladagolás veszélyével.

Az osztrák Igazságügyi Minisztérium 2002-es adatai alapján a kezelés nemcsak, hogy valamennyi börtönben elérhető, ezen túlmenően nem is korlátozódik az ítélet tartamára. Ez egyrészt azt jelenti, hogy lehetőség van a szabadságvesztést megelőzően elkezdett kezelés folytatására, másrésztől egyedi esetekben új szubsztitúciós terápia indulhat el a börtönbüntetés tartama alatt, illetőleg a szabadulást megelőzően.³⁴

Dániában, Spanyolországban és Hollandiában ugyancsak szinte minden intézmény alkalmazza a szubsztitúciós terápiát.³⁵ A rendelkezésre álló adatok alapján Dániában 1998-ban a metadon-kezelés résztvevőinek száma 232 fő, 2003-ban már 300 fogvatartott volt. 2004 óta havonta regisztrálják a kezelésben résztvevők számát, ami adott év májusában 500 körül mozgott, azaz a folyamatos emelkedés megállapítható.³⁶

Hollandia kapcsán megjegyezném, hogy a gyógyszeresen támogatott kezelésben csak azon rövid tartamú szabadságvesztésre ítélték részesülhetnek, akik bebörtönzésüket megelőzően már részt vettek metadon-kezelésben.³⁷ Emellett, bár az ország jelentős tradícióval bír a helyettesítő kezelés terén, a metadon-kezelésbe bevontak száma szignifikánsan visszaesik, amikor megkezdődik a szabadságvesztés-büntetésük letöltése, azaz a végrehajtási közegben terápia alá vontak aránya töredéke a társadalomban regisztrált értékeknek.

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése szerint a legnagyobb lefedettséggel Spanyolország rendelkezik, ahol az elítélti populáció 18%-a, a problematikus kábítószer-élvezőknek pedig 82%-a részesült

32 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 185-187. p.

33 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 260. p.

34 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 69-70. p.

35 Sárosi Péter: i. m. 372-375. p.

36 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 121-122. p.

37 A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxembourg, 2005. 87. p.

metadon-kezelésben. A szubsztitúciós kezelés az országban 1992 óta az ártalomcsökkentő stratégia részeként fejlődött és 1998-ban terjesztették ki valamennyi végrehajtási intézetre. A metadonnal történő terápiának mindkét formája megtalálható, azzal, hogy egyik nem zárja ki a másikat, azaz az átjárhatóság biztosított.

A spanyol Belügyminisztérium 2001-es jelentése szerint a metadon-kezelés a drog-fogyasztó fogvatartottak számára a leghatásosabb beavatkozásnak tekinthető, mely egyúttal egyéni és csoportos előnyökkel is társul. Ezen előnyök elérése érdekében a metadon-kezelés nem korlátozódhat a helyettesítő szer felírására és szétosztására. A metadont tehát egy átfogó terápiás szemlélet részeként, az egyéni eltérések és szükségletek figyelembe vételével kell alkalmazni. Amíg önmagában a metadon szétosztása egy ártalomcsökkentő intézkedés, addig ezzel szemben a metadon-kezelés tartalmazza a pszichoszociális ellátást, a szabadulásra való felkészítést, amennyiben pedig szükséges a kezelés szabadulást követő folytatását a társadalomban, ezáltal a rehabilitációs kezelést.³⁸

Az Unió új tagállamai közül a szubsztitúciós terápia alkalmazása szempontjából megemlíthető Málta, Szlovénia és Lengyelország.

Lengyelországban a drog-probléma a végrehajtási közegben egészen a '80-as évek végéig nem játszott meghatározó szerepet, tekintettel arra, hogy általában korlátozott volt a kábítószer-fogyasztás, és liberális törvényi rendelkezéseket alkalmaztak. 2000. elején egy kutatási projekt mutatott rá a probléma méreteire, rávilágítva többek között arra, hogy a börtönökben a kábítószerkehez könnyebb hozzájutni, mint az alkoholhoz. A drogszolgálatok a drogmentesség megteremtésére helyezték a hangsúlyt, így a szubsztitúciós kezelések civil szférában való bevezetésékor erős kontroll és korlátozások érvényesültek. A fogvatartottak körében jelentkező drogfogyasztásra reagálva a végrehajtás drogstratégiája is a kínálat-csökkentésére és különféle ellenőrző intézkedések alkalmazására (pl. vizeletvizsgálat) irányult. Az első kísérleti jellegű helyettesítő kezelés bevezetésére 2003 januárjában került sor Krakówban. A rendelkezésre álló adatok alapján abban az évben mindösszesen egy börtön ajánlott szubsztitúciós kezelést 10-15 fogvatartott számára, a résztvevők tényleges száma 6 fő volt. A résztvevők alacsony száma mögött két ok húzódott meg: egyrészt a létszámra kihatással voltak a metadon vásárlására fordítható pénzügyi források, másrészt pedig a szubsztitúciós kezelés újító természete.³⁹ Ezt követően 2004 áprilisában Varsóban indult be a projekt három végrehajtási intézetben.⁴⁰ A metadon-programban való részvétel feltételei az Egészségügyi Minisztérium által a szubsztitúciós kezelés tárgyában kiadott 1999. évi rendelkezésen alapulnak. Ennek értelmében szükséges a 21. életév betöltése, 3 éves injekciós drogfogyasztói múlt, valamint 3 sikertelen kezelési kísérlet és a metadon bevételenek felvállalása. Emellett Lengyelországban társadalom-biztosítás nélkül a metadon-kezelést a fogvatartottak nem vehetik igénybe. A metadon-program börtönökben

38 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 384-386. p.

39 Lesniak, K.: Methadone maintenance treatment in Polish prison. Central and Eastern European Conference on Drug & Infections Services in Prison. Popowo, 18-20 September 2003. Conference report.

40 Rudalski, W.: Methadone behind bars – the implementation of the first methadone programme in Warsaw penitentiary institutions. Connections. Issue 15. May 2004. 10. p.

való végrehajtása kapcsán az alapvető probléma egy nemzeti stratégia hiánya a szubsztitúciós program alkalmazására. Gondot jelent, hogy a programot a még jogerősen el nem ítélték vonatkozásában is végrehajtják, ezért, ha egy kezelésben résztvevő előzetes letartóztatottat másik végrehajtási intézetbe szállítanak át, akkor a kezelés folytatása szinte lehetetlen. Ugyancsak veszélybe kerülhet a terápia, ha a szabadulást követően megfelelő intézmény hiányában nincs lehetőség a folytatásra.⁴¹ További problémaként említhető, hogy a programok olyan személyeket céloznak meg, akiket rövid tartamú szabadságvesztésre ítélnék.⁴²

Amíg Lengyelországban nincsen minden börtönben és a társadalomban sem teljes körű lefedettsége a terápiának, addig Szlovéniában 1995 óta elérhető és jelenleg valamennyi börtönben megtalálható a szubsztitúciós kezelés, illetőleg a legtöbb végrehajtási intézetben működik drogmentes részleg is. A metadont a dózis fokozatos csökkentésével elsősorban detoxikációra használják, melynek hátterében az a szemlélet áll, hogy a börtönökben a drogelvonás megvalósítható. A fenntartó kezelést is ajánlják, de csak kivételekkel. Ez utóbbiban való részvétel minimális feltétele a 16. életév betöltése, igazolt ópiátfüggőség, korábbi detoxikációs kísérlet. Szükséges továbbá, hogy a beteg a drogprevenció, illetőleg rehabilitációs központ régiójában éljen, írásos beleegyezését adja a programban való részvételhez és rendelkezzen egészség-biztosítással. A program része továbbá egy pszichoszociális programban való részvétel, és drogtest elvégzése. A kezelésbe való bekapcsolódás kérdésében egy szakértői csoport dönt, amely orvosokat, nővéreket, szociális munkásokat, pszichológusokat egyaránt tartalmaz.

A terápia elkezdhető a szabadságvesztés tartama alatt részint akkor, ha a bebörtönzést megelőzően már felírták a metadon alkalmazását, de lehetőség van rá akkor is, ha a kezelést első alkalommal a végrehajtási intézetben rendelik el a fogvatartott számára. Emellett a terápia folytatható a börtönből történő szabadulást követően is. A börtönsemmélyzet és a civil egészségügyi szakemberek közötti együttműködés elősegítése érdekében a közegészségügyi hálózat részeként minden börtön közeli kapcsolatban áll a Drogfüggőség Kezelési és Megelőzési Központtal. Az egyik végrehajtási intézetből a másikba történő átszállítás sem zárja ki a folytatás lehetőségét, ha erre vonatkozóan a végrehajtási intézmény orvosa tesz ajánlást.⁴³

Itt jegyezném meg, hogy az EU új tagállamaiban a szabadon bocsátást megelőző helyettesítő kezelés lehetősége csak Szlovénia börtöneiben, illetve a lengyelországi végrehajtási intézetek kevesebb, mint felében biztosított. Ezzel szemben Csehországban, Lettországon, Litvániában és Szlovákiában a kábítószerrel összefüggő tanácsadásban és tájékoztatásban merülnek ki a szabadítást megelőző beavatkozások.⁴⁴

41 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 319-322. p.

42 Lesniak, K.: i. m.

43 Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. 2004. 67-68. p. és Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 372-373. p.

44 A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2006. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxembourg, 2006. 32. p.

Hazánkban a metadon terápia alkalmazása pusztán elvi lehetőség. A végrehajtási intézeteink egészségügyi osztályai sem a detoxikálást, sem pedig a hosszú távú szubsztitúciós kezelést nem tudják végrehajtani. Abban az esetben, ha a szakorvosok pszichiátriai vagy addiktológiai szempontból a kezelést indokoltnak tartják, a metadon alkalmazására kizárólag az IMEI jogosult, a bv. alapellátásában a szer indikációja nem áll fenn. Ez az irányadó akkor is, ha a szabadságvesztés megkezdését megelőző kezelés folytatásának kérdése merül fel. Ilyenkor a fogvatartottat az IMEI-be kell átszállítani és a kivizsgálását követően döntenek a szakemberek a terápia szükségességéről.⁴⁵

A kutatási eredmények elemzése, összegzése

A metadon fenntartó kezelés börtönökben végzett hatásvizsgálatai több pozitív eredményről számolnak be. Így például Ausztráliában az egyik új-dél walesi börtönben 382 fős fogvatartotti állományon végzett vizsgálat, melyből 191 fő részesült metadon fenntartó kezelésben, azt mutatta, hogy a helyettesítő módszer hatékonyan képes csökkenteni a heroin fogyasztását, a kábítószeres injekciót és az eszközök megosztott használatát a bebörtönzött heroinista fogvatartottak között.

Ugyancsak az egyik új-dél walesi börtönben folytattak kutatást azzal a céllal, hogy összehasonlítsák a metadon fenntartó kezelésben résztvevők drogfogyasztásának és kábítószer-injekciójának a gyakoriságát a börtönökben, illetve a végrehajtási intézetek falain kívül. Az eredményekből leszűrhető volt, hogy a közösségi résztvevők szignifikánsan többször éltek injekciós drogfogyasztással (84%, míg a börtönben ez az arányszám 44% volt) és körükben nagyobb volt a heroin használat is (72%, szemben a fogvatartottal 38%-kal). Annak ellenére azonban, hogy a fogvatartotti állomány körében mind a heroin-használat, mint pedig az injekciós tevékenység egyaránt kisebb arányban fordult elő, az injekciós eszközök kölcsönzése, kölcsönadása, mint a fertőzések szempontjából különösen veszélyes magatartások, az ő esetükben volt a nagyobb arányú. Ez a tényező világította rá a figyelmet az ártalomcsökkentő módszerek együttes alkalmazásának szükségességére. A helyettesítő fenntartó kezelés mellett tehát a börtönökben a tücsere-programok bevezetése, ezek kombinációja a prevenciós intézkedések hatékonyságát fokozó törekvéssé lépett elő.

A katalán egészségügyi és igazságügyi minisztérium által kezdeményezett kísérleti metadon fenntartó program keretében 123 opiátfogyasztó fogvatartotton végeztek felmérést az egyik barcelonai börtönben. A kutatási eredmények a megfelelően magas metadon dózis és a kezelési tartam fontosságára figyelmeztettek. A fogvatartottak között ugyanis szignifikánsan csökkent az injekciós magatartás és az eszközök megosztott használata, de csak akkor, amikor a kezelés tartama már meghaladta a 6 hónapot. Másrészről az opiátfogyasztás jóval gyakoribb volt azoknál a személyeknél, akiknek a felírt metadon adagjuk kevesebb volt 50 mg-nál, szemben azokkal, akik ennél nagyobb mennyiséget kaptak függőségük kezelésére.

Ugyancsak az alkalmazott dózis játszott szerepet abban a kutatásban, melyet 1996 és 1997 között folytattak New York-ban. A fogvatartottak egy része magas (átlagban 70 mg),

míg a másik fele alacsony (átlagban 30 mg) dózist kapott a metadon-terápia során. A vizsgálat célja annak feltárása volt, hogy az alkalmazott mennyiség milyen hatással van a szabadulást követő visszaesésre. Az eredmények összegzéséből megállapítható volt, hogy a magas dózisban részesülők kisebb arányban tértek vissza a börtönbe, azaz esetükben a kezelés a megfelelő mennyiségű metadonnak köszönhetően sikeresebben végződött.

A metadon-fenntartó és a metadon-detoxikációs kezelés összehasonlítása volt a tárgya annak a franciaországi projektnek, mely kimutatta, hogy a metadon fenntartó terápia résztvevőinek csak 19%-át börtönözték be újra, míg ez az arány a detoxikációban részesülők esetén 39% volt, azaz a fenntartó kezelés eredményesebbnek bizonyult a detoxikációs programmal szemben.⁴⁶

A metadon-fenntartó kezelés fontos prevenciós szerepét hangsúlyozta a HIV és hepatitis fertőzések megelőzésében az a kutatás, melyet Új-Dél Walesben végeztek egykori fogvatartottakon, akiknek injektáló drogos múltjuk volt. Közülük 64-en részesültek metadon-fenntartó kezelésben a szabadságelvonást megelőzően, az alatt, vagy azt követően, míg 80-an semmilyen terápiában nem vettek részt az említett időszakokban. A kutatási eredmények azt mutatták, hogy a börtönt megelőző 3 hónap során kezelésben részesülők jóval kevesebb alkalommal végeztek naponta injektálást, és osztották meg másokkal az eszközöket, mint azok, akik metadont nem kaptak. Azon kábítószerélvezők pedig, akik a szabadságvesztés tartama alatt kapták meg a helyettesítő kezelést, szignifikánsan ritkábban szűrték meg magukat egy hét leforgása alatt, de csak akkor, ha a metadon dózisa meghaladta a 60 mg-ot és abban a börtönbüntetés teljes tartama alatt részesültek.⁴⁷

A hatékony helyettesítő kezelés összetevői

A tanulmányok összegzéséből megállapítható, hogy a metadon-fenntartó kezelés képes csökkenteni a heroin-használatot, a kábítószer-injektálást és az injektálással járó kockázatot jelentő magatartásokat, mint például az eszközök megosztott használatát. Hatásos lehet a droggereskedelem börtönbeli visszaszorításában, egyúttal növeli a szabadulás utáni részvételt a kezelésben. Ez utóbbi kapcsán elengedhetetlen a terápia folyamatosságának biztosítása, ami szoros kapcsolatban van a visszaesési ráták alakulásával. A kezelésekre idő előtti megszakítása és a terápia nem megfelelő tartama ugyanis igen jelentős arányban a drogfogyasztói magatartás folytatását idézi elő. A végrehajtási közegben a fogvatartottak gyakorta úgy vélik, hogy szabadulásuk után nem fogják folytatni a drogfogyasztást. A külvilágba kikerülve azonban minden megváltozik: már nem érzik olyan erősnek, egészségesnek és biztonságban magukat, mint a börtönben, ahol volt munkájuk, iskolába, szakképzési tréningekre járhattak. Amennyiben pedig az ópiátfüggő a szabadságvesztés-büntetését megelőzően részesült fenntartó kezelésben, annak folytatása indokolt a végrehajtási intézetben is. A civil szférában és a börtönökben folyó programoknak ezért harmonizálniuk kell egymással és olyan stratégiákat tartalmazniuk, melyek bátorítják, és egyúttal megtartják a betegeket az akár több évig is tartó kezelésben.

46 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 34-39. p.

47 Jürgens, R.: HIV/AIDS in prisons: Final report. 1996. 72-73. p.

Finnországban a bv. által 2002-ben kiadott közleményben a kezelés folytatása alapvetően került rögzítésre. A dokumentum értelmében a terápiát nem szabad megszakítani abból az okból, hogy a beteg börtönbe került, illetve másik intézetbe szállították át. Ennek érdekében biztosítani kellene, hogy valamennyi börtönben, börtönkórházban a kezelés folytatható legyen, továbbá azokban az esetekben is, amikor a beteg rövid távú eltávozást kap az intézetből. A folytatás garantálására, illetve a börtön és a külső kezelési központok együttműködése megkönnyítésére pedig a betegek írásbeli hozzájárulását követelik meg.⁴⁸

Dániában a folyamatosság biztosított a börtönbe történő befogadáskor és a szabaduláskor is. A kezelés folytatásának megszervezését mindkét esetben a szociális munkások és a pártfogói szolgálat végzi.⁴⁹

A szubsztitúciós fenntartó kezelés hatékonyságát a folyamatosság biztosítása mellett nagyban befolyásolja a terápia kellő időben történő megkezdése, a megfelelő dózis és tartam alkalmazása is. Ez utóbbi tekintetében az országok egy része időbeli korlátozásokat alkalmaz, melyeket hivatalos irányelvekben, rendelkezésekben rögzítenek, míg mások úgy élnek az időbeli korlátozás eszközével, hogy az kodifikálásra nem került. A kezelési tartam maximalizálása a fogvatartottak többsége számára nem jelent gondot azon esetekben, amikor rövidebb tartamú szabadságvesztés büntetésüket töltik, míg a hosszabb ítéleti idővel rendelkezőknél az időbeli megszorítás a kezelés hatékonyságát áthatja alá. A korlátozások bevezetésének hátterében feltehetőleg a kábítószermentes börtönkörnyezet megteremtését célzó elképzelések húzódnak meg, melyek nem igénylik a drogorientáltsgú kezelést, ha a fogvatartott hosszú tartamú szabadságvesztés büntetését tölti. Ilyen esetekben tehát a költséges és további szervezeti feladatokat igénylő szubsztitúciós kezelés helyett az absztinenciára irányuló törekvések érvényesülnek. Az elhanyagolható kisebbséget azon államok képezik, melyek időbeli megkötések nélkül, az érintett személyek egyéni szükségleteire koncentrálnak ajánlják a helyettesítő kezelést. Így Spanyolországban és Ausztriában a szubsztitúciós terápiának bevett, állandósult gyakorlata alakult ki, melynek integrált része a pszichoszociális ellátás is. Dániában a szubsztitúciós programok tartama időbeli korlátozás alá ugyancsak nem esik.⁵⁰

Az alkalmazott átlagos dózist tekintve igen nagy eltérések figyelhetők meg az egyes országok között. Így például Németországban ez a mennyiség 60 mg, míg Dániában, vagy Spanyolországban 120 mg-ig terjedhet. Arra vonatkozóan, hogy melyik dózis tekinthető a legmegfelelőbbnek⁵¹, egyrésztől leszögezhető, hogy a relative alacsony dózis is elegendő, lévén a bevétel ellenőrzése biztosítható a börtönkörnyezetben, másrésztől az orvos és betegek közötti egyeztetés során lehet az egyéni szükségleteknek leginkább megfelelő adagot megállapítani.

A dózis fokozatos csökkentése tekintetében a redukciós lépések ugyancsak változatos képet mutatnak és nemcsak az egyes országok között, hanem adott államon belül is jelentős különbségek lehetnek. Ezen sémák nem tekinthetők ugyan teljesen statikusnak, de egyfajta kiindulási alapként szolgálnak és legfontosabb elemük a betegek igényeire irányultság kell,

48 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 143-145. p.

49 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 128-136. p.

50 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: i. m. 122. p.

51 A jelenleg ajánlott kezdő dózis 30-40 mg naponta. Bővebben: (Drug Policy Alliance): About Methadone and Buprenorphine. Revised second edition. 2006. 14. p.

hogyan legyen. Éppen ezért azon modellek, melyekben valamennyi beteg egyenlő dózis kap, hamis képet mutatnak és visszaesést is eredményezhetnek. Általánosságban elmondható, hogy gyakori jelenség a fogvatartotti igények, az egyéni szükségletek figyelmen kívül hagyása. Ezen nem megfelelő reagálás különösen azon kábítószer-élvezők esetén jellemző, akiknél a metadon egyfajta alapterápiává vált, összefüggésben azzal, hogy függőségük 20 évre vagy még annál is hosszabb időre nyúlik vissza.⁵²

A helyettesítő kezelés alapvető eleme a titkosság megőrzése, amelynek biztosítása a börtön falai között, a zárt közegben gyakorta nehézségekbe ütközhet. A fogvatartottak attól tartanak, hogy függőségük felfedése miatt bizonyos kedvezményektől elesnek, illetőleg félnek a személyzet és a többi fogvatartott negatív megnyilvánulásaitól. A fogvatartottak védelme érdekében ezért a szubsztitúciós kezelésben résztvevőket vagy együttesen helyezik el (pl. Portugáliában) vagy a helyettesítő szert az egyéb gyógyszerekkel együtt osztják szét az érintetteknek.⁵³ Finnországban a napi szétosztási gyakorlat során figyelembe veszik a fogvatartottak magánélethez való jogát. Nincsenek külön szubsztitúciós kezelési egységek és a drogfüggőség diagnózisa sem ismert se a börtönigazgató, sem pedig a többi fogvatartott előtt. Az adagok kiosztása hétköznapokon a börtön-egészségügyi részlegen belül közvetlen ellenőrzés mellett történik, míg hétvégeken, amikor e részleg zárva van, a bv. személyzet végzi ezt a munkát.⁵⁴

Dániában a szubsztitúciós eljárás fontos elemének tekintik a kezelés bizalmi jellegét, így a végrehajtási személyzet nem tudja ki az, aki helyettesítő anyagot kap, és ki nem.

Mindinkább elfogadott nézet az is, hogy a szubsztitúciós kezelésnek szükséges része, és a hatékonyságát befolyásoló tényező a pszichoszociális ellátás biztosítása.⁵⁵ A betegek számára a helyettesítő terápia fontos összetevője az egészségügyi, pszichoszociális, oktató intézkedések alkalmazása. A gyakorlatban azonban ilyenfajta támogatásban a fogvatartottak ritkán részesülnek. Kiemelhető azonban Németország, ahol a szubsztitúciós kezelésnek kötelező követelménye a pszichoszociális ellátás, illetve Ausztria és Franciaország, ahol fakultatív jelleggel ugyan, de szintén jelen van ez a támogatási forma.⁵⁶

Összegzőként elmondható, hogy a gyakorlatban gondot jelentenek a börtönök hosszú várólistái, a korlátozott férőhelyek, az erőforrások és a személyzet hiánya, a betegek nem megfelelő informálása a szubsztitúciós kezelésről és a kábítószerokról. Mindez azt demonstrálja, hogy amíg egyre növekvő számban vannak jelen a helyettesítő kezelések a társadalomban, addig a fentiek miatt a végrehajtási intézetek jelenleg még nem tudnak lépést tartani ezzel a fejlődéssel, így nem képesek megfelelően szervezett és finanszírozott szubsztitúciós kezeléseket biztosítani a fogvatartottak számára.

A szubsztitúciós kezelés börtönkörnyezetben történő alkalmazása során jelentkező problémák egy része megegyezik azzal, ami a kinti világban is jelen van, más része azonban börtön-

52 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: 424-425. p.

53 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: 432-433. p.

54 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: 143-144. p.

55 A Pszichiátriai Szakmai Kollégium módszertani levele a Metadon kezelés szakmai irányelveiről. Letölthető: <http://www.mpt.iif.hu/pages/4/page22.html> (2006. 09. 04.)

56 Stöver, H. – Hennebel, C. L. – Casselmann, J.: 426-427. p.

specifikus. Így alapvető kihatásuk lehet az absztinenciára irányuló törekvéseknek, melyek a drogfüggőség legyőzésére, a szermentesség megőrzésére alkalmas időként kezelik a szabadságvesztés tartamát. Ebből következően a metadon-kezelést úgy fogják fel, mint a függőség meghosszabbítását és a drogfogyasztás engedélyezése felé vezető lépést. Számos esetben megfigyelhető jelenség az is, hogy egyes fogvatartottakra betegként, másokra pedig drogfüggőként tekintenek, aminek magyarázata, hogy egyesek már részt vettek kezelési programokban, míg mások nem. Abból adódóan pedig, hogy esetenként adott országon belül is eltérő gyakorlatot követnek a börtönorvosok, a helyettesítő szerek felírása és alkalmazása tetszőlegesnek, illetve önkényesnek tűnhet. Emellett a kezelés során döntő szerepet kapnak az intézeteken belül tevékenykedő egészségügyi alkalmazottak és orvosok, az általuk képviselt nézetek. Nem szabad figyelmen kívül hagyni a végrehajtási személyzet egy részénél a helyettesítő szerekkel szemben tapasztalható fenntartást sem. A szubsztitúciós szerre így drogként, és nem egy egészségügyi kezelés során alkalmazott gyógyszerként tekintenek, azaz a terápiát a korábban használt kábítószer új droggal való pótlásaként fogják fel. Sok esetben gondot okoz a fogvatartottak kábítószerektől való távoltartása, az anonimitás megőrzése, a titkosság biztosítása. Vita forrásai lehetnek a detoxikációs dózisok, illetve eljárások is. Így néhány országban kritikaként fogalmazódott meg, hogy a redukciós lépések túlságosan gyorsak, avagy túl rövidek. Végezetül az erőforrások sok esetben tapasztalható hiánya mellett ismételten utalnék a szubsztitúciós kezelés folytatásának nehézségeire, amelyek jelentkezhetnek a szabadságvesztés megkezdését követően, egyik intézményből a másikba történő átszállításkor, a börtönből történő rövid tartamú eltávozáskor, valamint a büntetés letöltését követően is.⁵⁷

57 Stöver, H.: Drug and HIV/AIDS services in european prisons. Band 8 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. 2002. 92-93. p.