B4396

Juhász Zsuzsanna:

A börtön-egészségügy „gócpontjai" és ártalomcsökkentő kezdeményezések külföldön

Doktori értekezés tézisei

Szeged

2007.

A börtön-egészségügy „gócpontjai" és ártalomcsökkentő kezdeményezések külföldön

Írta:

Dr. Juhász Zsuzsanna

Témavezető:

Prof. Dr. Nagy Ferenc
Tanszékvezető egyetemi tanár

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
ÁLLAM-ÉS JOGTUDOMÁNYI KAR
BÜNTETŐJOGI ÉS BÜNTETŐ ELJÁRÁSJOGI TANSZÉK

1. A kutatási téma előzményeinek rövid összefoglalása

A bebörtönzés, a személyi szabadság elvonása, mint a büntetés lényege, napjainkban már nem jelent, nem jelenthet egyet a teljes jogfosztottsággal. Bizonyos jogokat, jogosítványokat a szabadságvesztés ténye sem csorbíthat, így biztosítani kell, hogy a fogvatartottak alapvető emberi, és általában a büntetéssel össze nem függő jogai a szabadságelvonás tartama alatt ne sérüljenek. Változatlanul megilleti például valamennyi fogvatartottat a testi és lelki egészséghez való jog, azaz a fogvatartottak diszkriminációtól mentesen jogosultak a szabad társadalommal egyező egészségügyi ellátáshoz, beleértve a megelőző intézkedéseket is. Éppen ezért mindazon esetek, amikor a szegényes börtönfeltételek következtében, illetve az adekvát kezelés hiányában például súlyos betegségek alakulnak ki, a nemzetközi emberi jogi normák megsértéseként tekinthetők, embertelen vagy megalázó bánásmódnak minősülhetnek.

A börtön-egészségügy nem csak börtönügyi kérdés. Az egészségügyi problémák jelentős része, így különösen a fertőző megbetegedések, szükségszerűen kihatnak azokra, akik a fogvatartottakkal közeli kapcsolatba kerülnek, azaz a többi fogvatartottra, a büntetés-végrehajtási személyzetre, az egészségügyi dolgozókra és a látogatókra. Ezek az egészségügyi problémák pedig előbb vagy utóbb, de elhagyják a börtön falait és kikerülnek a külvilágba.

Ebben a helyzetben az adott állam kötelessége és felelőssége, hogy a fogvatartottakat olyan körülmények között tartsa fogva, olyan egészségügyi feltételeket teremtsen és biztosítson számukra, melyek többek között a humánummal, az emberhez méltó bánásmóddal, az egészségügyi elvárásokkal összeegyeztethetőek. A börtön-egészségügy tehát tükröt tarthat elénk, és fokmérője lehet egy adott ország „jogállamiságának."

Alapvető társadalmi érdek, azaz a társadalom egészének közegészségügyi érdeke fűződik ahhoz, hogy a személyi szabadságuktól megfosztott személyek ne rosszabb egészségi állapotban kerüljenek vissza a társadalomba. Ennek biztosítása érdekében a társadalom nem szabadna, hogy magára hagyja a büntetés-végrehajtást, hanem a börtönügy és a civil szféra összefogására lenne szükség egy „élhetőbb" és biztonságosabb börtönkörnyezet megteremtéséhez. Fontos az emberekben annak tudatosítása, hogy a fogvatartottak egészségének megóvása, egészségük védelme, gondozásuk az állam, a társadalom nemzetközi normákon nyugvó kötelezettsége, lévén olyan alapjogról van szó, mely fokozott védelmet, odafigyelést igényel.

A fentiek tükrében a börtön-egészségügy jelentőségéhez nem férhet kétség, ugyanakkor szembetűnő, hogy a magyar szakirodalom milyen kevés figyelmet szentel e témakörnek. A honi börtönügyben elhanyagolható számú tanulmány foglalkozik kifejezetten egészségügyi kérdésekkel. Ezzel szemben – többek között a WHO tevékenységének köszönhetően – több százra tehető a fogvatartottak egészségügyi ellátását, helyzetét elemző külföldi írások száma. Ebből kiindulva a doktori értekezés célja a börtön-egészségügy helyzetének európai kitekintéssel történő bemutatása, illetve a honi viszonyokkal való összevetése.

A jelen doktori dolgozat - címének megfelelően - nem vállalkozik a börtön-egészségügy minden aspektusának bemutatására, hanem a hangsúlyt az európai büntetés-végrehajtási intézetekben mind jobban elhatalmasodó kábítószer-fogyasztásra, valamint e jelenséghez szorosan kapcsolódóan egyes fertőző betegségekre helyezi. A dolgozat központi eleme ugyanis a feldolgozott szakirodalom ismeretében az a ténymegállapítás, miszerint az európai börtön-egészségügy számára két kérdéskör jelenti a legégetőbb problémát. Egyrészről szembe kell néznie a börtönnépesség növekvő kábítószer-fogyasztásával, különösen pedig a problémás kábítószer-használat jelenségével és térnyerésével. Másrészről pedig az európai végrehajtási rendszereknek szembesülniük kell azzal, hogy a fogvatartottak drogfogyasztása, azon belül pedig az intravénás szerhasználat, ebben a környezetben különösen kedvez olyan fertőző betegségek megjelenésének és transzmissziójának, mint a hepatitis, a HIV/AIDS, valamint a tbc.

2. Az értekezés elkészítésénél alkalmazott módszerek

A dolgozat célkitűzése a rendelkezésre álló – lehetőség szerint legfrissebb - szakirodalom (elsősorban monográfiák, szakcikkek) alapján komparatív, azon belül részben jogösszehasonlító módszerrel a börtön-egészségügy két gócpontjának a fogvatartottak kábítószer-fogyasztásának, valamint az ehhez szorosan kapcsolódó fertőző betegségeknek a részletes elemzése, illetve ezzel párhuzamosan az ún. ártalomcsökkentés filozófiájának, valamint módszereinek ugyancsak átfogó bemutatása. Az értekezés elsősorban az Európai Unió tagállamaira koncentrálva igyekszik az érintett kérdésköröket végigjárni, úgy, hogy egyúttal a honi börtönüggyel való összehasonlítást is elvégzi.

3. Az értekezésben tárgyalt kérdések

A dolgozat első része tárgyalja a börtönkörnyezetben tapasztalt kábítószerfogyasztás kérdéseit és igyekszik összefoglalni az európai végrehajtási intézetekben megfigyelhető szerhasználat legfőbb ismérveit. Részletesen bemutatja azokat a szolgálatokat is, melyeket az egyes végrehajtási rendszerek nyújtanak, biztosítanak a drogfogyasztó fogvatartottak számára, és külön kitér a magyarországi helyzet ismertetésére. Az első részen belül kaptak helyet a végrehajtási intézetekben különösen aggasztó méreteket öltő fertőző megbetegedések is. Ezek részletes bemutatása mellett a dolgozat igyekszik számadatokkal alátámasztani, hogy e fertőzések a börtönnépesség soraiban nagyobb arányt képviselnek, mint a szabad társadalomban. A tbc kapcsán a dolgozat igyekszik bemutatni azokat az ellenőrző stratégiákat, melyek a hatékony kezelést teszik, tehetik elérhetővé, valamint külön tárgyalja a megelőzés lehetséges irányait. Megpróbálja összefoglalni a hatékony tbc-program elemeit és ezzel párhuzamosan felvázolni a megoldási módozatokat. Külön fejezetet szentel az e tárgykörben folytatott fontosabb oroszországi kutatások bemutatásának. A kérdéskör jelentőségének megfelelően ugyancsak külön szól a tbc és a HIV együttfertőződés végrehajtási kockázatairól.

A hepatitis vírus kapcsán a törekvés ugyancsak a fertőzésveszély végrehajtási környezetben tapasztalt méreteinek, forrásainak, valamint a kockázati magatartásoknak a bemutatására irányult.

A doktori értekezés első nagy szerkezeti egységének végén kapott helyet a HIV, valamint az AIDS bemutatása. A rendelkezésre álló igen terjedelmes szakirodalom áttanulmányozása után a fertőzést kiváltó egyes rizikófaktorok átfogó képét igyekeztem felmutatni. Így a dolgozat külön tárgyalja a fogvatartottak közötti erőszakot, illetve szexuális tevékenységet, a tetováló magatartásokat, végezetül pedig a vér útján terjedő fertőző betegségek szempontjából a legnagyobb veszélyt jelentő injektáló drogfogyasztást. Fontosnak tartottam annak bemutatását is, hogy a vonatkozó nemzetközi normák alapján a HIV/AIDS tükrében milyen teret kap a fogvatartotti jogok érvényesülése, illetve igyekeztem nagy hangsúlyt helyezni a megelőzés eszköztárának vizsgálatára a végrehajtási környezetben.

A HIV/AIDS megelőzésének kérdései vezetnek át a dolgozat második nagy szerkezeti egységéhez. A törekvés ennél a résznél annak alátámasztása és igazolása volt, hogy az intravénás droghasználók az injektáláshoz szükséges steril eszközök hiánya miatt kényszerülnek olyan kockázatvállaló magatartásokhoz, melyek szükségszerűen vezetnek a HIV/AIDS, valamint a hepatitis transzmissziójához. A megelőzés általános módszereinek bemutatásán kívül a dolgozat megkísérli végigkísérni azt a folyamatot, melynek során az

ártalomcsökkentő szemlélet és gyakorlat egyre jobban teret talált magának egyes európai országok büntetés-végrehajtásában. A doktori értekezés ezen túlmenően azt próbálja igazolni, hogy a büntetés-végrehajtás sem mellőzheti azt a szemléletet, miszerint a drogmentes kezelések nem minden drogfogyasztó számára jelentenek hatásos megoldást, így esetükben a drogfogyasztáshoz kapcsolódó ártalmak csökkentése elengedhetetlenül szükséges.

A rendelkezésre álló legújabb kutatási eredmények felhasználásával, elsősorban az európai végrehajtási környezetre koncentrálva, igyekszik a dolgozat az egyes ártalomcsökkentő kezdeményezéseket minél részletesebben bemutatni. Így az oktatás mellett szól a HIV-szűrésről, valamint a szűrést megelőző, illetve követő tanácsadás jelentőségéről. A HIV fertőzés szexuális úton történő terjedésének megelőzése az óvszerek prevenciós szerepét erősíti és indokolja még a végrehajtási intézetekben is. A fertőzés injekciós drogfogyasztás útján történő terjedése további ártalomcsökkentő módszerek alkalmazásának kérdését veti fel. Ennek megfelelően az értekezés igyekszik alátámasztani a fertőtlenítő felszerelések, a steril tűk és fecskendők, valamint a helyettesítő kezelések indokoltságát és szükségességét a börtönügy területén is. Tekintettel arra, hogy a prevenció szempontjából e két utóbbi ártalomcsökkentő eszköz bír a legnagyobb jelentőséggel, az értekezés megpróbálja a lehető legrészletesebben bemutatni azok végrehajtási alkalmazhatóságának a kérdéseit, ezzel elősegítve, és talán megkönnyítve a jövőbeni bevezetést.

4. Az értekezés tudományos eredményeinek összefoglalása

4.1.Kábítószer-használat a végrehajtási intézetekben

Számos országban a fogvatartotti népesség drámai növekedése következett be az elmúlt két évtizedben és a szabadságvesztés alternatívái ellenére egyre több drogfogyasztó került végrehajtási környezetbe. Az ENSZ és a WHO becslései szerint Európában a kábítószer-fogyasztók a végrehajtási intézetekben túlreprezentáltak. A fogvatartottak drogfogyasztása így az egyik fő probléma, mellyel a végrehajtási rendszerek szembe kell, hogy nézzenek.

A leginkább elterjedt drogok a kannabisz, a kokain, a heroin és az amfetaminok. Ezen drogok minősége gyakorta rosszabb, mint a szabad társadalomban fellelhetőké. Az illegális és a legális drogok (nikotin, dohány, alkohol, gyógyszerek) gyakran vezetnek szerfüggőséghez és a fogvatartottak egészségügyi problémáihoz. A polidroghasználat ugyancsak elterjedt az európai börtönökben. Egyes tanulmányok szerint a drogfogyasztás a nagyobb intézetekre, a rövid tartamú fogvatartást biztosító börtönökre, a női börtönökre és azon végrehajtási

intézetekre jellemző leginkább, melyek a nagyobb városközpontok közelében találhatók. Számos tanulmány mutat rá, hogy a fogyasztás gyakorisága visszaesik a bebörtönzést követően. Ennek oka lehet a korlátozott kábítószer-kínálat, de a kábítószer-fogyasztó fogvatartottak azon törekvése is, hogy csökkentsék, illetve abbahagyják a szerhasználatot a szabadságelvonás tartama alatt. A fogvatartottak kisebb hányada fogyaszt csak drogokat napi rendszerességgel. A szabadságvesztés ugyanakkor nem tekinthető motiváló tényezőnek a drogfogyasztás csökkentésében, az azzal való felhagyásban. Egyes fogvatartottak unaloműzőként fogyasztanak drogokat, mások számára ez nyújt segítséget a börtönlétben vagy a krízis szituációk kezelésében. Jellemző továbbá a drogfogyasztási szokások (a mennyiség mellett a használt kábítószer típusának) változása. Az eddig használt kábítószer hiánya vagy az ellenőrzések (kötelező drogtesztek) miatt széles körben elterjedt az alternatív drogokra való átváltás (például az ópiátokról a kannabiszra).

Az injektáló drogfogyasztás ugyancsak jelen van a végrehajtási intézetekben. A tanulmányok azt mutatják, hogy ez a fajta drogfogyasztás és az injektáló eszközök megosztott használata nagyon meghatározó a börtönökben. Sokan a szabadságvesztés miatt csökkentik, illetve abbahagyják az injektálást, de sokan továbbra sem hagynak fel ezzel a szokásukkal, néhányan pedig ebben a közegben kezdik el az intravénás használatot. Habár a szabadságelvonás alatt visszaesik az injektálás gyakorisága, de ezzel párhuzamosan nő az injektáló eszköz megosztott, közös használata. Ez egyúttal azt jelenti, hogy bár kevésbé gyakori ez a fajta szerhasználat a végrehajtási közegben, de jóval veszélyesebb is a steril injektáló eszközök hiánya és a nagyarányú közös használat miatt. A fertőző betegségek (különösen a HIV/AIDS, hepatitis és tbc) előfordulása, gyakorisága ugyancsak jóval nagyobb, mint a végrehajtási intézetek falain kívül, és gyakorta szoros kapcsolatban van a fogvatartottak injektáló drogfogyasztásával. Így jellemző, hogy amennyiben a nagyarányú injektáló drogfogyasztás a prevenciós intézkedések elérhetőségének hiányával párosul, e két tényező együtt a HIV, a hepatitis gyors elterjedését eredményezheti.

4.2. Tuberkulózis a börtönkörnyezetben

Habár a tbc általában egy gyógyítható betegség és általános az egyetértés a DOTS módszerrel történő megelőzés és kontroll tekintetében, Európa börtöneiben fő egészségügyi probléma maradt a tbc fertőzés. A rendelkezésre álló adatok alapján 2003-ban Európában a tbc 100 000 fogvatartottra számított átlagos rátája 1516 volt, melyből Cipruson, Máltán és Norvégiában a ráta 0 értéket mutatott, míg a másik végletet Azerbajdzsán és Kazahsztán

képviselte 3944-es és 17808-as rátáikkal. Becslések szerint 2003-ban Európa börtöneiben 32000 fogvatartott szenvedett tbc-ben, melyből 30000 az egykori Szovjetunió országaiból került ki és a fogvatartottak 93%-a Kelet-Európai börtönlakó volt.

Általánosságban elmondható, hogy a börtönök tbc-rátái 10-100-szor magasabbak, mint a szabad társadalomban. A végrehajtási intézetek ugyanis kifejezetten nagy kockázatú környezetnek számítanak a fertőző betegségek számára a túlzsúfoltságnak, a szegényes élelmezésnek, az egészségügyi ellátás korlátozott voltának, a drogfogyasztásnak, a nem biztonságos injektáló gyakorlatnak, a védekezés nélküli szexuális kapcsolatoknak és a tetoválásoknak betudhatóan. Számos fogvatartott kerül börtönbe hátrányos szociális-gazdasági háttérrel, így ők már magukkal hozzák a fertőzés, illetve a betegség jelentős kockázatát. A börtönfeltételek, a szabadságelvonás ugyancsak elősegítik a fertőzés és a betegség kialakulását. Miután pedig a börtönök egészségügyi szolgálatai gyakorta sikertelenül hajtják végre a tbc ellenőrzést, és nem garantálják a kezelést, a fogvatartottak fertőzötten, illetve betegen hagyják el az intézményeket. A végrehajtási intézetek tehát átveszik a tbc-t, koncentrálják, terjesztik, rosszabbá teszik és kijuttatják a külvilágba.

A tbc baktériumával megfertőződött személyek egy része egészséges marad és nem betegszik meg, de a fertőzött személyek immunrendszerének függvényében a fertőzés betegséget is eredményezhet. Annak esélye, hogy a fertőzésből betegség alakuljon ki, a fertőzést követő 1-2 éven belül a legnagyobb és a kockázati tényezők számától függ. Ezek a tényezők a börtönökben pedig felerősítik egymást. Így minél hosszabb a szabadságelvonás tartama, annál nagyobb a valószínűsége a betegség kialakulásának. Számos országban a HIV fertőzés, az alkoholfüggőség, az alultápláltság gyakoribb a börtönkörnyezetben, mint az átlagnépesség körében. Ezek a faktorok és a stresszel teli börtönlét pedig elősegítik a betegség kifejlődését. Közülük a legveszélyesebb a HIV. Így ha egy HIV negatív személy fertőződik meg a tbc-vel az aktív tbc kialakulásának kockázata 5-10%, míg egy HIV pozitív személy vonatkozásában 50%, illetve azt meghaladó %-ról kell beszélni. A HIV fertőzöttek számára a legnagyobb halálhozó maga a tbc. A tbc és a HIV közötti közeli kapcsolatra tekintettel bármely betegnél, akinél diagnosztizálták a tbc-t, javasolni kell a HIV teszt elvégzését és tanácsadást, és bármely betegnél, akinél a HIV fertőzést mutatták ki, el kell végezni a tbc-szűrést.

A tbc a test bármely részét, illetve szervét megtámadhatja, de jellemző, hogy a tüdő ellen irányul. A tüdő-tbc cseppfertőzéssel terjed. A belélegzés kockázata megnő, ha a köhögés, vagy tüsszentés egy kicsi szellőzés nélküli helyiségben történik. Általában az

érintetteknek 30%-a fertőződik meg. A börtönökben azonban a túlzsúfoltság miatt ez kétszer nagyobb, illetve ezt meghaladó fertőzést jelent.

Az inadekvát kezelés nemcsak betegséget és halált eredményezhet, hanem a fertőzés további terjedéséhez, illetve az ún. multirezisztens tbc kialakulásához vezethet. A multirezisztens tbc különösen Kelet-Európa börtöneiben jellemző, ahol a fogvatartottak 30-50%-a már multirezisztens tbc-s. A normál tbc kezelésére 5 első vonalbeli gyógyszer áll rendelkezésre, mely megelőzheti a rezisztencia kialakulását. Az egyes adagok bevételét az egészségügyi személyzet kellene, hogy ellenőrizze, ez az ún. Közvetlen Megfigyelésen alapuló Terápia. Az átlagos kezelési tartam 6-8 hónapra tehető. Mivel nagy számú tablettát kell bevenni, és a kezelés igen hosszú, a kezelés sikerének elérése a börtönökben igen komplikált.

4.3.A hepatitis C-ről

A hepatitis C egy igen fertőző és potenciálisan végzetes betegség, amely a májat támadja meg. A betegség a fertőzött vérrel történő közvetlen érintkezéssel adható át. A vírust először 1989-ben azonosították be. A vér-és vérkészítmények szűrésének bevezetése óta a vírus transzmissziója jelentősen visszaesett. Jelenleg az injektáló kábítószerélvezők jelentik a leginkább kockázatnak kitett csoportot, így napjainkra a hepatitis C az injektáló drogfogyasztás fő közegészségügyi következményévé vált és meghatározó kihívást jelent a drogpolitika számára. A betegség ugyanis gyorsan terjed azok között a drogfogyasztók között, akik a tűket és egyéb injektáló eszközöket közösen, megosztva használják. Európa szerte igen nagy azoknak a valaha is injektáló drogosoknak az aránya, akik megfertőződtek a vírussal. Becslések szerint az EU-ban körülbelül 500.000 injektáló kábítószerélvező fertőződött meg hepatitis C-vel. Fertőzöttségi trendekről ugyanakkor azért nehéz beszélni, mert a legtöbben, akik magukban hordozzák a vírust csak enyhe tüneteket mutatnak, vagy lehetséges, hogy 20 évig, esetleg hosszabb ideig is tünetmentesek maradnak.

A fertőzés gyakorisága a börtönökben még a HIV rátáknál is magasabb és a vírus könnyebben terjed, és átadható, mint a HIV. 2004-es adatok alapján a fertőzés előfordulása a világ börtönnépessége körében 4,8% és 92% között mozgott, ugyanakkor 2005. elején Ukrajnában a hepatitis C előfordulása a fogvatartottak 95%-át érintette. A legtöbb hepatitis pozitív személy már fertőzötten kerül börtönbe, de a lehetőség a transzmisszióra a börtönkörnyezetben is igen magas. Az injektáló drogfogyasztás magas rátái a steril injektáló eszközök elérhetőségének hiányával együtt az eszközök megosztásának magas rátáit eredményezik a fogvatartottak között, ami a hepatitis gyors terjedését jelentheti a végrehajtási

intézetekben. Emellett a jelentős mérvű alulfinanszírozottság miatt a hepatitis transzmissziója az egészségügyi eljárások alatti nem steril eszközhasználattal is előfordulhat.

4.4. HIV fertőzés a végrehajtási intézetekben

A HIV fertőzés rátái a börtönnépesség körében világszerte jóval magasabbak, mint az átlagnépesség esetében. E tekintetben általánosságban két faktor emelhető ki: azon fogvatartottak aránya, akik a szabadságvesztést megelőzően már injektáltak drogokat, illetve a HIV fertőzés rátái a szabad társadalomban injektáló drogosok körében. Megemlíthető, hogy a HIV fertőzés börtönbeli rátái azon a területeken a legmagasabbak, ahol a társadalomban nagy számban találhatók intravénás droghasználók.

A rendelkezésre álló adatok alapján alacsonyabb a HIV előfordulása a Közép-Európai börtönökben, mint például Lengyelországban, a Cseh Köztársaságban, hazánkban és Bulgáriában, és jóval magasabb az egykori Szovjetunió néhány tagállamában, különösen az Orosz Föderációban, Ukrajnában, Litvániában, Lettországban és Észtországban. Így például az Orosz Föderációban 2002. végén a nyilvántartott HIV/AIDS beteg fogvatartottak száma meghaladta a 36.000-t, ami az ismert HIV esetek körülbelül 20%-át jelentette. Ukrajnában 2005. januárjában az ország különböző végrehajtási intézeteiben pedig a HIV pozitív fogvatartottak aránya 15 és 30% között mozgott.

A HIV fertőzés szempontjából a kockázati tényezők a fogvatartottak szexuális tevékenysége, a tetoválások és különösen az injektáló drogfogyasztás. Ez utóbbi elterjedt a börtönökben és szorosan kapcsolódik a HIV és egyéb fertőző betegségek, mint például a hepatitis B és C transzmissziójához. Ennek oka, hogy a börtönökben az injektáló drogfogyasztók szinte minden esetben megosztva használják a tűket és fecskendőket. Ez arra a tényre vezethető vissza, hogy a végrehajtási intézetekbe nehezebb tűket és fecskendőket becsempészni, mint magukat a kábítószereket. Így leggyakrabban csak egy pár darab tű cserélődik az injektáló drogfogyasztó fogvatartottak között, és nem ritka, hogy 15-20 ember használja ugyanazt a készüléket. Esetenként ezek saját kezűleg gyártott eszközök, melyek gyakorta okoznak sérüléseket a vénákban.

A szexuális tevékenység a HIV transzmisszió szempontjából kevésbé tűnik kockázati tényezőnek, de jelen van a végrehajtási intézetekben és a fertőzés kockázatának teszi ki a fogvatartottakat. A fogvatartottak közötti szexuális tevékenység mind gyakoriságát, mind fajtáit tekintve különbözik a végrehajtási intézetek és végrehajtási rendszerek között. A beleegyezésen alapuló szexualitás mellett a beleegyezést mellőző magatartások különböző

formáit is megtaláljuk, így az erőszak, beleértve a szexuális erőszakot is általános számos büntetés-végrehajtásnál. Egyes börtönrendszerek lehetővé teszik az intim családi együttlétet a fogvatartottak számára, de a heteroszexuális kapcsolatok a fogvatartottak és a börtönszemélyzet között szintén jelen vannak. Egyébiránt a legtöbb szexuális tevékenység férfiak között zajlik, akiknek többsége nem tekinti magát homoszexuálisnak. Tekintettel arra, hogy ez a fajta szexuális magatartás hivatalosan tilalmazott, szigorúan tabu és szankcionálást von maga után, létezését pedig leggyakrabban tagadják, így a börtönhatóságok számára nagy nehézséget jelent szembenézni a realitással.

A tetoválás ugyancsak általános a börtönökben, de illegális tevékenységnek számít. Így minden bizonnyal nem steril eszközökkel történik. A tűket és a tetováló eszközöket a fogvatartottak gyakorta megosztva használják, ezzel előidézve a HIV és a hepatitis fertőzések kockázatát. Az Orosz Föderációban készült egyik tanulmány szerint például a fogvatartottak 26%-a végeztetett tetoválást és 62%-os volt a tetováló eszközök megosztott használata.

4.5.A HIV megelőzése a végrehajtási intézetekben

A prevenció általános eszközei az oktatás, a HIV szűrés és tanácsadás, szexuális tevékenység esetén az óvszerek biztosítása, injektáló drogfogyasztás, tetoválások esetén fertőtlenítő szerek elérhetővé tétele, tűcsere-programok, valamint a szubsztitúciós terápiák.

A HIV prevenció sarokköve az *oktatás*, melynek lényege, hogy a fogvatartottak és a végrehajtási személyzet legyen tájékozott a HIV/AIDS-ről, a HIV transzmisszió megelőzésének módjairól. Így valamennyi fogvatartott szánmára biztosítani kellene a HIV/AIDS-vel összefüggő alapvető információs anyagokat. Ezen írásos tájékoztató anyagok elérhetősége azonban nem elegendő, lévén egyes fogvatartottak nem olvassák azokat. A szükséges tudás átadásában ezért az élő oktatás gyakran hatásosabb lehet. Egyes országokban a HIV megelőzésében fő komponens a fogvatartottak általi oktatás, mely különösen hatékony lehet, hiszen a HIV kiváltó okai gyakorta illegális tevékenységek, így az a személy, aki nyíltan beszélhet ezekről a veszélyforrásokról ebben az esetben maga is fogvatartott. Emellett ők képesek lehetnek megítélni, hogy mely oktatási stratégiák lehetnek életképesek a végrehajtási rendszeren belül.

Az önkéntes *HIV szűrések és tanácsadások* biztosítása egy másik általános prevenciós eszköz. A szűrés és tanácsadás elsődleges közegészségügyi célja, hogy a még nem fertőzött személyek ne váljanak fertőzötté, kerüljék a kockázati magatartásokat, illetve, hogy a fertőzöttek ne fertőzzenek meg másokat. A WHO Irányelve alapján az önkéntes alapú HIV

szűréseket és a tesztet követő elő-, valamint utótanácsadásokat, ha a társadalomban is megtalálhatók, úgy a végrehajtási intézetekben is biztosítani kellene. Önkéntes szűréseket pedig csak a fogvatartottak tájékoztatáson alapuló beleegyezésével lehetne végezni.

A beleegyezésen alapuló szexuális kapcsolatok esetén az alkalmazott prevenciós eszközök az óvszerek. A rendelkezésre álló adatok alapján növekvő számú büntetés-végrehajtási rendszer teszi lehetővé a fogvatartottak számára az óvszerekhez való hozzáférést Közép- és Kelet-Európában, illetve az egykori Szovjetunióban. Jó példa lehet Moldova, ahol a szétosztott óvszerek száma a 2000/2001-es 26,396-ról 2003/2004-re 34036-ra emelkedett. Az e tárgykörben készült tanulmányok azt mutatják, hogy amennyiben a fogvatartottaknak kell kérniük a prevenciós eszközt az egészségügyi szolgálattól, úgy azt kevesen teszik meg, mert nem akarják, hogy fény derüljön az azonos neműekkel folytatott szexuális kapcsolatukra. Ebből adódóan az óvszerek biztosítása önmagában nem elegendő, szükséges a könnyű és diszkrét hozzáférés megteremtése is. Amennyiben a szexuális kapcsolat nem beleegyezésen alapul, úgy az általában óvszer alkalmazása nélkül történik. Ebben a helyzetben a börtönhatóságok kötelessége a biztonságos környezet megteremtése, beleértve az agresszív szexuális viselkedések, mint a nemi erőszak elleni küzdelmet is.

Injektáló drogfogyasztás esetén a prevenció egyik eszköze a tűk és fecskendők sterilizálásához szükséges fertőtlenítőszerek biztosítása, a korrekt használatra vonatkozó instrukciókkal. Ezzel a módszerrel csökkenthető a tűk és fecskendők megosztott használatából, illetve újrafelhasználásából származó HIV fertőzés kockázata olyan esetekben, amikor más biztonságosabb módszerek nem állnak rendelkezésre. Gondot jelent, hogy sok injektáló drogfogyasztó nem tudja, vagy nem gyakorolja a megfelelő fertőtlenítést. Mivel az injektálás a börtönökben illegális tevékenység, a fogvatartottak e tevékenységgel és a tisztítással is sietnek, azaz a fertőtlenítés több időt vesz igénybe, mint amivel a legtöbb fogvatartott rendelkezik.

Számos országban a végrehajtási intézeteken kívül a tűcsere-programok integrált részeivé váltak a HIV transzmisszió veszélye elleni fellépésnek. A steril tűk és fecskendők biztosítása a fogvatartottak körében azért ajánlott, mert így biztosítható, hogy elkerüljék az injektáló eszközök megosztott, több fogvatartott általi közös használatát. A WHO már 1993-ban ajánlotta, hogy azokban az országokban, ahol a steril tűk, fecskendők a szabad társadalomban az injektáló drogosok számára rendelkezésre állnak, ott ezt a lehetőséget a fogvatartottak számára is biztosítani kellene a fogvatartás tartama alatt, illetve a szabaduláskor. A tűcserét bevezető végrehajtási rendszerek tapasztalatai és a tudományos értékelések alapján megállapítható, hogy e programok biztonságosak, nem eredményezik a

drogfogyasztás növekedését, sőt csökkentik a kockázati magatartásokat és megelőzik a betegségek transzmisszióját. E programok sikeresen alkalmazhatók a különböző végrehajtási környezetekben, különösen akkor, ha azt a börtön vezetése, a személyzete és a fogvatartottak támogatják, illetve ha bevezetésükre kísérleti projekt keretében kerül sor.

A szubsztitúciós kezelések a végrehajtási intézetekben további HIV/AIDS prevenciós stratégiának tekinthetők. A szubsztitúciós kezelések legáltalánosabban elterjedt formája a metadon fenntartó kezelés. A metadont a heroin és más ópiát-függők kezelésére használják. A metadon fenntartó kezelés célja, hogy segítsen az injektáló kábítószer-fogyasztásról, nem pedig a drogokról való leszokásban. A metadon dózis csökkentése egy hosszabb távú célkitűzés. A kezelések hatékonyan csökkentik a nagy kockázattal járó injektáló magatartásokat, illetve a tűk megosztott használatát, így csökkentik a HIV transzmissziójának veszélyét, javítják az ópiátfüggő személyek egészségét és életminőségét. Mivel a szabad társadalomban szubsztitúciós kezelésben részesülőket a bebörtönzéssel a metadon megvonására kényszerítik, gyakran visszatérnek a drogfogyasztásra és igen gyakran injektálással. Éppen ezért széles körben ajánlott, hogy a megkezdett szubsztitúciós kezeléseket a végrehajtási intézetekben is folytassák. A kezelés megkezdése előtt a résztvevőket releváns információkkal kell ellátni különösen a túladagolás kockázatáról, az egyéb gyógyszerek használatával együttjáró potenciális veszélyekről.

Jelenleg világszerte növekvő számú börtönrendszer ajánlja a helyettesítő kezelést a fogvatartottak számára, beleértve az Európai Unió tagállamait. A „régi" 15 tagállam közül kivételt képez Görögország és Svédország. Az új tagállamok közül a szubsztitúciós kezelés megtalálható például Észtországban, Máltán, Szlovéniában és Lengyelországban. Nem elérhető a kezelés többek között Oroszországban, Ukrajnában, Fehéroroszországban.

5. A témához kapcsolódó publikációk

1. Egészségügy a börtönben. Gondolatok az Európa Tanács R(98)7 ajánlása kapcsán. (Társszerző: Nagy Ferenc) Börtönügyi Szemle. 2002/1. 7-20. pp.

2. Megújult az Európai Börtönszabályok. Börtönügyi Szemle 2006/3. szám 44-59. pp.

3. A börtönegészségügy neuralgikus pontjai. Börtönügyi Szemle 2006/4. szám 29-43. pp.

4. A börtönök kórképe külföldön, avagy kihívások a börtönegészségügy területén. In: Bűnügyi mozaik. Tanulmányok Vida Mihály 70. születésnapja tiszteletére. (szerk.: Nagy Ferenc), Szeged, 2005. 223-239. pp.

5. A megújult Európai Börtönszabályok ismertetése. In: Acta Juridica et Politica. Tomus LXVIII. Fasc. 12., Szeged, 2006. 28. p.

6. Szubsztitúciós kezelések a börtönügy területén. Néhány gondolat az ártalomcsökkentésről. In: Ad futuram memoriam. Tanulmányok Cséka Ervin 85. születésnapjára. (szerk.: Nagy Ferenc), Szeged, 2007. 215-228. pp.

7. A börtön-egészségügy aktuális kérdései külföldön és hazánkban. In: Büntetőjog és humánum. Emlékkötet Fonyó Antal halálának 25. évfordulójára. (szerk.: Nagy Ferenc), Szeged, 2007. 113-124. pp.

8. Szubsztitúciós kezelések az európai börtönökben. Börtönügyi Szemle 2007/2. 55-70. pp.

Focal Points of Prison Health Care and Harm Reduction Initiatives in Abroad

1. A short summary of previous research into the subject

Today, incarceration and deprivation of liberty as the essence of punishment do not, and may not, entail total denial of rights. Certain rights and licenses should not be affected by imprisonment, therefore it is to be granted that the prisoners' fundamental rights and, in general, their rights not connected to punishment remain intact throughout their imprisonment. For example, a prisoner's right to physical and mental health should be retained, in other words, he should be granted the right to health care in a manner comparable to those outside, free from discrimination, including prevention measures. Therefore, cases where poor prison conditions and lack of appropriate treatment lead to the development of severe diseases may be considered as infringement of international human rights and qualify as instances of inhuman or degrading treatment.

Health care in prisons is not merely an issue of law enforcement. A large portion of problems related to health care, in particular, infectious diseases, inevitably affect those directly tied with prisoners, i.e., other prisoners, law enforcement staff, health care workers, and visitors. Sooner or later, such health care problems would extend beyond prison walls and affect the world outside.

In this situation, it is the duty and responsibility of the state to provide prisoners with conditions of imprisonment and to create and maintain health care conditions that comply with human dignity, humanitarian treatment, and health care requirements. In this way, health care in prisons serves as a mirror and measure of enforcement of the „principle of the rule of law" of a country.

Ensuring that people deprived of their personal liberty return to the world outside without deterioration of their health is a fundamental social requirement which represents the public health interest of the society as a whole. To meet this objective, the society should not neglect law enforcement; a safer and more appropriate environment of imprisonment would call for cooperation between prison and the non-governmental sphere. It is paramount to raise people's awareness to the importance of preserving and protecting the prisoners' health, as care for them is an obligation of the state derived from international norms connected to a fundamental right which requires increased protection and attention.

In light of the above, health care in prison is undoubtedly an important issue. Strikingly, however, Hungarian special literature apparently assigns little attention to the problem at hand. Studies related to Hungarian prison affairs and dealing with health care specifically are scarce. On the other hand, there are hundreds of studies analysing the provision and situation of prisoners' health care, thanks, among other resources, to the activity of WHO in this area. Based on the above assumptions, the dissertation aims at a description of the current situation of prison health care within a European context, offering a comparison with the state of affairs in Hungary.

The present dissertation, as the title suggests, does not aim at describing all aspects of prison health care, rather it focuses on the growing drug addiction in European penal institutions and concentrates on certain infectious diseases closely connected with this phenomenon. The central assumption of the dissertation is based on the statement derived from the special literature studied, according to which health care in European prisons is faced with two crucial challenges. On the one hand, it is to deal with increasing drug use among the prison population, in particular, with the phenomenon of, and the increase in, problematic drug use. On the other hand, prisoners' drug use, in particular, intravenous drug usage remains the key challenge for European penal systems in an environment that is exceptionally favourable for the emergence and transmission of infectious diseases like hepatitis, HIV/AIDS, and tuberculosis.

2. Research methods applied while preparing the dissertation

The objective of the dissertation has been to provide a detailed analysis of the two focal points of prison health care, i.e., prisoners' drug use and the infectious diseases closely related thereto, and, in parallel, a comprehensive description of the philosophy and methods of „harm reduction" on the basis of a method of law utilizing comparison of current special literature (predominantly monographs and special articles). The dissertation basically concentrates on the scope of issues as they emerge in the member states of the European Union, while also offering a comparison with the situation in Hungarian prisons.

3. Scope of issues discussed in the dissertation

The first part of the dissertation deals with the issues of drug use in prison settings and provides a summary of the main features of drug use in European penal institutions. A

detailed account of the drug services extended by various penal systems to drug addict prisoners is presented, along with a separate section on the situation in Hungary. In addition, the first part includes a description of the infectious diseases whose spread has been a growing concern especially in penal institutions. A detailed presentation is complemented with numerical data demonstrating a higher incidence of infection among the prison population compared to general population. In relation to tuberculosis, the dissertation aims at presenting control strategies that allow, or may allow, for effective treatment, along with a separate section on possible approaches to prevention. It also provides a summary of the elements of an efficient tuberculosis programme, along with a description of feasible solutions. A separate chapter is assigned to a characterization of major Russian research projects related to this issue. In line with the importance of the scope of issues involved, the problems concerning the risks of tuberculosis and HIV co-contamination/co-morbidity in penal institutions are also discussed.

As regards hepatitis, the dissertation focuses on a description of the extent and sources of risks of infection in a penal environment, as well as a presentation of the related risk behaviours.

The final section of the first large structural unit of the dissertation discusses HIV and AIDS. Following an overview of the related rich special literature, I have tried to present a comprehensive account of the various risk factors contributing to infection. Thus, the dissertation discusses violence among prisoners, sexual activity, tattoo-related behaviours, and, finally, intravenous drug usage, which presents the highest risk in terms of blood-borne infectious diseases. I have found it important to deal with the issue of manifestation of prisoner rights connected to HIV/AIDS, viewed from the aspect of related international norms; I have placed considerable emphasis on identifying the tools of prevention available in a prison context.

Issues of the prevention of HIV/AIDS provide a link to the second major structural unit of the dissertation. That part is an attempt at arguing and evidencing that intravenous drug users are forced to assume risks which inevitably lead to the transmission of HIV/AIDS and hepatitis owing to a lack of sterile accessories needed to administer the drug. In addition to presenting general methods of prevention, the dissertation follows the process through which a harm reduction approach and related practice have increasingly found their way into law enforcement in some countries of Europe. Furthermore, the dissertation argues that law enforcement is not supposed to ignore the view that drug-free treatment may not be an

efficient solution for all drug addicts, and those left over are in utmost need of reducing drug-related harms.

The dissertation provides a detailed presentation of various harm reduction initiatives relying on recent research results, focusing predominantly on European penal environments. In particular, it discusses the issue of awareness-raising and stresses the importance of HIV-screening and related pre- and post-test counselling. In facing the challenge of sexually transmitted HIV infection, one should emphasize the importance of using contraception to assist prevention even in penal institutions. Spread of infections by way of intravenous drug usage raises the issue of applying further methods of harm reduction. Thus, the dissertation argues for the use of bleach as a means of sterilising needles and syringes, and stresses the need for substitution treatment in prisons as well. In view of the fact that these latter two means of reducing harm appear to have the highest degree of relevance for prevention, the dissertation discusses the issue of their applicability at length, with the intent to promote and facilitate their implementation in the future.

4. The summary of the scientific results of the dissertation

4.1. Drug use in prisons

In many countries the number of prisoners has dramatically increased over the last two decades and although alternatives to imprisonment have been introduced, more and more people who use drugs enter prison settings. According to estimates by the United Nations and WHO people, who use drugs are over-represented in prisons throughout Europe. Drug use is one of the main problems facing prison systems.

Cannabis, cocaine, heroin and amfetamines are the most widespread drugs being used. The quality of these drugs is often poor compared with that of drugs in the community. Illegal and legal drugs (nicotine, tobacco, alcohol, prescribed pharmaceuticals) often contribute to the substance dependence and health problems of inmates. Multiple drug use is widespread among people who use drugs in European prisons. Some studies have shown, that drug use is more prevalent in large institutions, short-stay prisons, women's prisons and prisons close to a large urban centre. Several studies indicate, that the frequency of use usually declines after imprisonment. This may be due to the reduced supply of drugs or it may reflect the ability of drug-using inmates to reduce or stop drug use while in prison. A minority of prisoners uses drugs daily. Imprisonment does not seem to motivate individuals to reduce or stop drug use.

Some prisoners use drugs to fight boredom, or to help them deal with the hardships of prison life, or to overcome a crisis situations. Changes in the patterns of drug use (volume and the type drug) is widespread. Due to the a lack of access to the preferred drug, or because of controls (mandatory drug testing) the switching to alternative drugs (such as from opiates to cannabis) is widespread.

Injecting drug use is also prevalent in prisons. Studies show, that pattern of injecting and needle sharing significant in prisons. Many inmates reduce or stop injecting when they enter prison, but many resume, and some people start injecting in prisons. Although injecting drug use in prison seems to be less frequent than in the community, it's more dangerous, due to the lack of sterile equipment and the high prevalence of sharing. The prevalence of infectious diseases (particularly HIV/AIDS, hepatitis and tuberculosis) is often much higher in prisons than outside, often related to injecting drug use. The high rates of injecting drug use, if coupled with lack of access to prevention measures, can result in frighteningly rapid spread of HIV and hepatitis.

4.2. Tuberculosis in prison settings

Although TB is largely a curable disease and there is general consensus how to prevent and control the disease through the DOTS strategy, tuberculosis remains a major health problem in prisons in Europe. The mean tuberculosis notification rate per 100 000 prisoners in Europe in 2003 was 1516, ranging from 0 in Cyprus, Malta and Norway to 3944 in Azerbaijan and 17808 in Kazakhstan. An estimated 32000 prisoners had tuberculosis in prisons in Europe in 2003, of which 30000 were in countries of the former Soviet Union.

Tuberculosis rates in many prisons are 10 to 100 times higher than in the community outside prisons. Prisons are extremely high-risk environments for infectious diseases because of overcrowding, poor nutrition, limited access to health care, continued drug use and unsafe injecting practices, unprotected sex and tattooing. Many people enter prison from a disadvantaged socio-economic background. They therefore enter prison already with a high risk of infection with the tubercle bacillus or of tuberculosis. Because of prison conditions, imprisonment puts prisoners at high risk of acquiring infection and developing disease. Because prison health services often fail to implement effective tuberculosis control and guarantee cure of tuberculosis, prisoners are at high risk of leaving prison with tuberculosis. So, prisons receive, concentrate, disseminate, make tuberculosis worse and export tuberculosis. Once infected with Mycobacterium tuberculosis, a person can stay healthy and

never become sick, de depending on the infected person's immune system, infection may result in disease. The chance of developing disease is greatest within 1-2 years after infection and depends on a number of risk factors. These risk factors in prisons reinforce each other. So, the longer a prisoner is incarcerated the higher becomes the risk of developing tuberculosis. In many countries HIV infection, alcohol abuse and malnutrition are more prevalent in prisoners than in the general population. These factors and the stressful prison environment promote progression from infection to disease. HIV dramatically increases the risk of developing active TB. When an HIV negative person infected with tuberculosis has a 5-10 % lifetime risk of developing active TB, while an HIV positive person has a lifetime risk of 50% or more. TB is the single biggest killer of people infected with HIV. Because of the close link between TB and HIV, any patient diagnosed with TB should be offered confidential counseling and a voluntary HIV test, and any patient diagnosed with HIV should be screened for TB. TB can affect any part of the body or organ, especially the lungs. The pulmonary form of TB is the one which is contagious through airborne transmission of infectious droplets. The risk of inhalation increases when more coughing people are kept in a small, unventilated room. In general, about 30% of contacts that inhale bacilli become infected. But in prisons with overcrowding and poor nutrition, twice as many contacts or more could become infected.

Inadequate treatment for TB not only results in sickness and death, but also in the continued transmission of infection and the creation of drug-resistant TB. Multidrug-resistant tuberculosis is especially prevalent in prisons in eastern Europe, where 30-50% of prisoners with tuberculosis probably have multidrug-resistant tuberculosis. For normal tuberculosis treatment five first-line drugs are available, witch has to be taken regularly to prevent the development of resistance. The health care staff should supervise the administration of each dose (direct observed therapy). The usual treatment duration is 6-8 months. Because many tablets have to be taken, ideally under direct observation, and because of the long duration of treatment, achieving treatment success in prisons is quite complicated.

Effective treatment of all prisoners with tuberculosis is possible only when an effective tuberculosis control programme outside prison ensures treatment completion for released prisoners. Ideally a prison tuberculosis control programme should be an integral part of an effective National TB Program.

4.3. About Hepatitis C

Hepatitis C is a highly infectious and potentially fatal disease that attacks the liver. The disease transmitted through direct contact with infected blood. Hepatitis C first identified in 1989. Since the introduction of screening of blood and blood products for hepatitis C, transmission of the virus has been dramatically reduced. Injecting drug users are now the group at greatest risk of infection, so nowadays hepatitis C has become a major public health consequence of drug injecting and represents a major challenge for drug policy. The disease spreads rapidly among drug users who share needles and other injecting equipment. Across Europe a very high proportion of people who have ever injected drugs are infected with the hepatitis C virus. It's estimated, that there are some 500.000 drug injectors in the EU infected with hepatitis C. it is difficult to monitor trends in hepatitis C infection, because most people carrying the virus show only mild, or no symptoms at all for 20 years or longer.

Hepatitis prevalence rates in prisons are even higher, than HIV prevalence rates and much more easily transmitted, than HIV. A 2004 review of prevalence and incidence in incarcerated populations worldwide found hepatitis C prevalence rates ranging from 4,8 percent to 92 percent. In prisons in Ukraine, rates of up to 95 percent were found in early 2005. Most hepatitis C positive prisoners come to prison already infected, but the potential for further spread is high. High rates of injecting drug use, coupled with the lack of access to sterile injection equipment, which leads to increased levels of sharing of equipment among prisoners, can result in the frighteningly quick spread of hepatitis in penal institutions. Because of the severe underfunding of health-care services, hepatitis transmission may also occur through the use of non-sterile equipment during medical procedures.

4.4. HIV in penal institutions

Rates of HIV infection in prison populations worldwide are much higher than in the general population. They are in general closely related to two factors: the proportion of prisoners who injected drugs prior to imprisonment, and the rate of HIV infection among injection drug users in the community. The highest rates of HIV infection in prisons can be found in areas where rates of HIV infection are high among injection drug users in the community.

The available data tend to suggest lower HIV prevalence in prisons in Central Europe, such as in Poland, Czech Republic, Hungary and Bulgaria, and much higher prevalence in some of the states of the former Soviet Union, in particular the Russian Federation and

Ukraine, Lithuania, Latvia and Estonia. For example in the Russian Federation by late 2002 the registered number of people living with HIV in the penal system exceeded 36000, representing approximately 20 percent of known HIV cases. In Ukraine in January 2005 between 15 and 30 percent of prisoners in various prisons across the country tested HIV positive.

Risk of contracting HIV is sexual activity between prisoners, tattooing, and in particular injecting drug use. Injecting drug use is prevalent in prisons and is of particular concern with regard to transmission of HIV and diseases such as hepatitis B and C. this is because those who inject drugs in penal institutions almost always share needles and syringes. Because it is more difficult to smuggle drugs into them, needles and syringes are very scarce. Most often only a handful of needles will circulate among a large population of prisoners who inject drugs, often 15 to 20 people will inject using the same equipment. Sometimes, the equipment is home-made and causing damage to veins.

Sexual activity is generally considered to be a less significant risk factor for HIV, but it occur and puts prisoners at risk of contracting HIV infection. Sexual activity varies in frequency and kind within and across penal institutions and prisons systems. It includes consensual sex and non-consensual sexual activity, so violence, including sexual abuse is common in many prisons systems. Some prison systems allow conjugal visits, but heterosexual activity may also occur between prisoners and a member of the prison staff. However, most sexual activity that takes place involves sex between men, who don't identify themselves as homosexuals. Because such activities are officially prohibited, usually the object of sanctions and their existence most often denied, prison authorities have great difficulties facing the reality.

Tattooing is also common in prisons, but it's illegal. Therefore it's almost certainly conducted with non-sterile equipment. Needles or tattoo guns are frequently shared, creating high risk of transmission of HIV and hepatitis. In a study conducted in the Russian Federation, tattooing in prison was reported by 26 percent of prisoners, with 62 percent sharing tattooing equipment.

4.5. HIV prevention in penal institutions

Usual prevention measures are education and HIV testing and counselling. In case sexual activity between prisoners, make condoms available is another prevention measure.

Preventing transmission through injecting drug use and tattooing prevention measures are bleach, needle exchange programmes and substitution treatment.

Education is the cornerstone of HIV prevention, which means, that prisoners and prisons staff be informed about HIV/AIDS, and about ways to prevent HIV transmission. So every prisoners should be given basic informational materials on HIV/AIDS, but making written information available is not enough, because some prisoners may not read them. Therefore, live education is often more effective in transmitting knowledge. In some country peer education is a major component of efforts to prevent of HIV infection. It can be particularly effective, because HIV transmission often involves illegal practices, and peers may be the only persons, able to speak candidly to other prisoners about the risks. They are able to judge which educational strategies would work within their penal institution.

Making voluntary HIV testing and councelling available to prisoners is another prevention measure. The primary public health purposes of councelling and testing are to help non-infected persons initiate and sustain changes in their behaviour, that will reduce their risk of becoming infected, and to assist infected persons not to infect others. The WHO Guidelines state, that voluntary testing for HIV infection should be available in prisons when available in the community, together with adequate pre-and post-test counselling. Voluntary testing should be carried out with the informed consent of the prisoner.

In the case of consensual sexual activity prevention measure is condom. Condoms are available in a growing number of correctional facilities in countries in Central and Eastern Europe and in the former Soviet Union. A good example is Moldova, where the number of condoms distributed to prisoners increased from 26.396 in 2000-2001 to 34.036 in 2003-2004. Studies have shown that if prisoners have to ask the health care services for condoms, few will do so, because they don't want to disclose that they engage in same-sex sexual activity. So, making condoms available is therefore not enough, they need to be easily and discreetly accessible. In the case of non-consensual sexual activity condoms are not going to be of use. In this situation it is the responsibility of prison authorities to provide a safe environment, including combating aggressive sexual behaviour such as rape.

One strategy to reduce the risk of HIV transmission is to provide liquid bleach, together with instructions on its correct use. Bleach disinfection is a method to reduce the risk of HIV infection from the re-use or sharing of needles and syringes only when no other safer options are available. It makes problem, that many injection drug users do not know, or do not practice, the proper method of using bleach for disinfecting needles. Because injecting is an

illegal activity, injecting and cleaning are often hurried, so bleach disinfection takes more time than most prisoners can or will take.

Outside penal institutions in many countries, needle exchange programs have become an integral part of a pragmatic public-health response to the risk of HIV transmission. Providing sterile needles and syringes to prisoners has been widely recommended, on the grounds that access to sterile drug-injection equipment would ensure that prisoners would not have to share their equipment. In 19993 WHO recommended, that in countries where clean syringes and needles are made available to injecting drug users in the community, consideration should be given to providing clean injection equipment during detention and on release. According the experience of prisons in which needles have been made available and scientific evaluations it's clear, that prisons needle programs are safe, don't lead to increased drug use, but reduce risk behaviour and prevent disease transmission. These programs have been successfully introduced in various prison environments, particularly, when prison administration, staff and prisoners support them, and introduced them as a pilot projects.

5. Publications related to the subject

1. Health Care in the Prison. Thoughts on Recommendation no. R(98)7 of the Council of Europe. (Co-author: Ferenc Nagy). In: Börtönügyi Szemle. 2002/1. pp. 7-20.

2. European Prison Rules Renewed. In: Börtönügyi Szemle. 2006/3. pp. 44-59.

3. Current Issues in Prison Health Care. In: Börtönügyi Szemle. 2006/4. pp. 29-43.

4. Prison Pathography Abroad — Challenges in the Area of Prison Health Care. In: Bűnügyi mozaik. Studies in the honour of the 70th birthday of Vida Mihály. (Ed.: Ferenc Nagy), Szeged, 2005. pp. 223-239.

5. An Outline of the Renewed European Prison Rules. In: Acta Juridica et Politica. Tomus LXVIII. Fasc. 12. , Szeged, 2006. 28. p.

6. Substitution Treatment in the Prison. Some Thoughts on Harm Reduction. In: Ad futuram memoriam. Studies in the honour of the 85th birthday of Cséka Ervin. (Ed.: Ferenc Nagy), Szeged, 2007. pp. 215-228.

7. Current Issues in Prison Health Care in Hungary and Abroad. In: Büntetőjog és humánum. Emlékkötet Fonyó Antal halálának 25. évfordulójára. (Ed.: Ferenc Nagy), Szeged, 2007. pp. 113-124.

8. Substitution Treatment in European Prisons. In: Börtönügyi Szemle. 2007/2. pp. 55-70.