

# *A tuberkulózis terjedésének és kezelésének nemzetközi kérdései*

A nemzetközi statisztikai adatok ismeretében megállapítható, hogy a börtönpopuláció jellemzően a 15-44 év közötti fogvatartottakból tevődik össze. A büntetés-végrehajtási intézeteken belüli életkörülmények sok államban megdöbbentőek. Az elítélteket sok esetben túlsúlyosított létesítményekben helyezik el, ahol nem megfelelő a szellőzés, a higiénia. Az egészségügyi szolgáltatások gyengék, vagy hiányoznak, az élelem pedig gyakran alacsony tápértékű. A börtönök falai között az alkohol- és a kábítószer fogyasztás, a szexuális kapcsolatok kialakítása (beleegyezéssel vagy a nélkül) teljesen ellenőrizhetetlenek. Az említett problémákkal terhelt környezet kedvez az olyan betegségek terjedésének, mint például a HIV és a tbc.

A szerencsejátékok, a drog vagy más cikkekkel való kereskedelem, a prostitúció, és az erőszak – szerte a világon – sok börtönben realitásnak számít, és a belső rendszer részét alkotják. Az előbb említett körülményekből kifolyólag és az elzárás természetéből adódóan nem meglepő, hogy a börtönökön belül sajátos – vallási, etnikai, vagy más szempontok mentén – szubkultúrák jönnek létre.

A büntetés-végrehajtási intézeteken belül, az elítéltek között kialakuló hierarchiában elfoglalt pozíció határozza meg, hogy a fogvatartott hozzáfér-e az alapvető szükségleti cikkekhez és az erőszaktól mentes védelemhez. Az elítéltek gyakran nagyon elutasítóak a társadalommal szemben, és kevés tiszteletet mutatnak azok irányában, akik ezt reprezentálják. Ez a büntetés-végrehajtási intézetek egészségügyi személyzetére is vonatkozik. Az állam felelőssége, annak biztosítása, hogy a bebörtönözöttek olyan körülmények között éljenek, ami összeegyeztethető az egészségük megőrzésével. A túlsúlyosság az egyik legnagyobb probléma, amelynek megoldása az életkörülmények jelentős javulását eredményezné.

Ami összeegyeztethető az egészségük megőrzésével. A túlsúlyosság az egyik legnagyobb probléma, amelynek megoldása az életkörülmények jelentős javulását eredményezné.

## *Tuberkulózis a büntetés-végrehajtási intézetekben*

A szakértők úgy tekintenek a büntetés-végrehajtási intézetekre, mint a tbc lehetséges gyújtómedencéire. Az adatok e betegségre nézve, korlátozott számban állnak rendelkezésre. Az 1-2. táblázat azt mutatja, hogy a fogvatartottak között sokkal magasabb arányban fordul elő a tbc, mint a lakosság körében.

*A tbc-s megbetegedések magas számának okait az alábbiak szerint foglalhatjuk össze:*

- az elítéltek aránytalanul nagy száma kerül ki olyan társadalmi csoportokból, akiknél egyébként is nagy a tbc fertőzés kockázata (pl.: alkohol, vagy drog-függők, hajléktalanok, mentálisan beteg elítéltek),
- a büntetés-végrehajtási intézetek fokozzák a tbc fertőzés átadásának esélyét azáltal, hogy az elítéltek hosszú ideig vannak kitéve a Mycobacterium tuberculosis-nak, hiszen:
  - a büntetés-végrehajtási intézetek túlsúlyosítottak,
  - az elítélteket gyakran szállítják át egyik büntetés-végrehajtási intézetből a másikba,
  - sok elítélt a szabadlábra kerülését követő rövid időn belül újabb bűncselekményt követ el és visszakérül valamelyik börtönbe,
  - rossz a szellőzés a zárkákban,

## 1. sz. tábla

**A tbc-s esetek száma, a lakosság körében, 100 ezer főre vetítve**

Ország	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Brazília	n.a.	48	57	54	51	57	47	47
Grúzia	69	n.a.	30	66	159	119	91	84
Irán	33	21	25	22	19	17	17	17
Malawi Köztársaság	174	197	191	202	198	212	221	209
Ruanda	n.a.	n.a.	61	68	82	95	91	80
Spanyolország	24	n.a.	22	21	23	22	21	20
Kína	27	29	30	42	38	34	36	36
Amerikai Egyesült Államok	10	9	9	8	6	7	6	6

n.a.: nincs adat

## 2. sz. tábla

**A tbc-s esetek száma, az elítéltek körében, 100 ezer főre vetítve**

Ország	Év	Elítéltek száma
Brazília	1992–3	5 714
Grúzia	1997–8	5 995
Irán	n.a.	122
Malawi Köztársaság	1996	5 142
Ruanda	1996–8	3 363
Spanyolország	1993–4	2 283
Kína	1997–8	259
Amerikai Egyesült Államok	1991	156,2

n.a.: nincs adat

- a fogvatartottak körében nagy a kockázata annak, hogy a fertőzésből gyorsan kifejlődik a betegség, vagy reaktiválódik a lappangó fertőzés, azáltal hogy:

- a táplálkozás nem megfelelő,
- testi/lelki stresszben állapotban élnek,
- más fertőző betegségektől is szenvednek (pl. HIV vírussal fertőzött a szervezetük).

A kockázati tényezők ilyen koncentrációja elindíthat egy olyan tbc járványt, amely nem

korlátozódik a büntetés-végrehajtási intézetek falain belülre.

### *Az MDR- tbc megjelenése*

Az mdr-tbc, azaz a többféle gyógyszerkészítménynek ellenálló tbc elterjedése a lakosság körében, leginkább, a Szovjetunió utódállamaiban figyelhető meg. Az Mrd-tbc elterjedését a következő körülmények is fokozzák:

- a büntetés-végrehajtási intézeteken belüli alacsonyabb szintű egészségügyi

ellátás hibás, vagy nem megfelelő gyógyszeres kezeléshez vezet,

- a tbc kezeléséhez használt gyógyszerekhez hozzáférés kontrollálatlan a börtön feketepiacán, a személyzetten és a látogatókon keresztül,
- az elítéltek gazdasági, fizikai, kulturális korlátok miatt nem férnek hozzá az egészségügyi szolgáltatásokhoz,
- a kezelési program befejezése nem biztosított, mivel az elítélteket gyakran szállítják át az egyik büntetés-végrehajtási intézetből a másikba,
- más elítéltektől való félelem hatása alatt a beteg fogvatartottak nem tesznek eleget az orvosi utasításoknak,
- a tbc-s elítéltek jobb körülmények között élnek, mint egészséges társaik, így a gyors gyógyulásra nem éreznek motivációt.

## *A tuberkulózis és a HIV*

A szakértők véleménye szerint a HIV fertőzött fogvatartottak könnyebben kapják el a tbc vírust. Egy Braziliában készült tanulmány szerint az aktív tbc előfordulási aránya a bebörtönözött és HIV fertőzött nők között 9, 9/100 fő/év volt, ellentétben a 0,7/100 fő/év aránnyal azok között, akik nem voltak HIV vírussal fertőzöttek.

HIV fertőzést a világ sok büntetés-végrehajtási intézetéből jelentenek, bár kevés adat áll rendelkezésre, aminek számos oka lehet például:

- a diszkriminációtól való félelem,
- a börtönvezetés gyakran tagadja a HIV fertőzéseket és azok kockázati tényezőit.

Mindazonáltal, ahol összehasonlították a civil és börtönpopulációban előforduló HIV fertőzések arányát, akár hetvenötszörös növekedést is jelentettek a büntetés-végrehajtási intézetek viszonylatában. (3-4. tábla)

3. sz. tábla

### **A HIV-fertőzött fogvatartottak aránya a büntetés-végrehajtási intézetekben (%)**

Ország	Év	Fogvatartottak aránya (%)
Brazília	1995	14,4
Etiópia	1988	6,0
India	n.a.	1,2
Skócia	1994	0,9
Amerikai Egyesült Államok	1988-9	4,1

n.a.: nincs adat

4. sz. tábla

### **A HIV-fertőzött fogvatartottak között a tbc-sek aránya a büntetés-végrehajtási intézetekben (%)**

Ország	Év	A tbc-sek aránya (%)
Brazília	1998	16,6
Elefántcsontpart	1992	30,0
Spanyolország	1994	84,0
Amerikai Egyesült Államok	1991	95,0

A táblázatok eltérő módszerek felhasználásával gyűjtött adatokat tartalmaznak, ezért azokat nem lehet összehasonlítani, ugyanakkor illusztrálják a HIV fertőzések nagy számát. A börtönökben megnő a HIV vírus szervezetbe jutásának kockázati tényezője, amelyeknek okai az alábbiakban foglalhatók össze:

- az elítéltek aránytalanul nagy számban jönnek olyan környezetből és térbe vissza, ahol a HIV fertőzés gyakorisága magas,
- más szexuális úton terjedő betegségek (pl. szifilisz) is gyakoriak,
- kockázattal járó viselkedések, mint például az intravénás kábítószer fogyasztás és a nem biztonságos szex (beleegyezéssel, vagy anélkül), a nem steril eszközökkel végzett tetoválás, gyakran fordulnak elő,
- az előbb említetteket a börtönvezetés gyakran titkolja, vagy még a börtönökben való előfordulásukat sem ismerik el hivatalosan,
- a HIV fertőzés kockázatának csökkentésére nincsenek hatékony, elismert eszközök.

### *A tbc kezelése*

A tbc kezelésekor, több szempontot kell a büntetés-végrehajtási intézetek igazgatóságának szem előtt tartania:

- meg kell előzni az *Mrd-tbc* kifejlődését,
- a beteg elítélteket el kell különíteni az egészséges társaiktól,
- a tbc korai felismerése megkönnyíti a kezelést,
- az orvosi utasítások betartását biztosítani kell,
- a büntetés-végrehajtási intézetek fogvatartási körülményei, meg kell, hogy jelenjenek a beteg egészségi állapotának.

Az előbb leírt kezelési programpontok teljesítése azonban számos nehézségbe ütközik, hiszen az egészségügyi ellátás gyakran alacsony színvonalú. A magas börtönpopuláció, a korrupció és az erőszak megnehezítik a problé-

ma kezelését. A büntetés-végrehajtási intézetek túlszűfolttsága mellett gondot okoz a börtönpopuláció mobilitása, hiszen biztonsági okok miatt, gyakori a fogvatartottak átszállítása. Az elítéltek viselkedésétől függően változik a biztonsági státuszuk, ami azt eredményezi, hogy alacsonyabb, vagy magasabb biztonsági szintű végrehajtási intézetbe szállítják át őket. A tbc jelenléte az egyes szinteken változó. Az aktív tbc betegség felismerése attól függ, hogy a tbc szolgálat működése mennyire hatékony az adott helyen. A betegek átszállítása nagy kockázatot jelent a gyógyulásukra nézve, a befejezetlen kezelés pedig a lakosságra nézve veszélyes. Az átszállítások, a szabadon bocsátások miatt nehéz nyomon követni a volt tbc-s fogvatartottak sorsát.

A kérdés megoldását az jelentené, ha az egészségügyi személyzet pontos nyilvántartást tudna vezetni az érintettekről. Ezen kívül szükséges lenne a tbc szolgálatok jelenléte minden bírósági szint mellett. E szolgálatoknak rendszeres kapcsolatot kellene fenntartaniuk a civil szervezetekkel. A büntetés-végrehajtási intézeteknek a civil szervezetekkel együttműködve kellene felügyelni a beteg elítéltek átszállítását. A fent említetteken kívül tudatosítani kellene a fogvatartottakban azt, hogy nem elég a kezelés megkezdése, hanem azt be is kell fejezni.

### *Korrupció és erőszak*

A büntetés-végrehajtási intézetek többségében a fogvatartás kísérő jelensége a korrupció, ami a börtönlakók életét minden szinten áthajtja. Az általános romlottság sajnálatos módon beférkőzte magát az egészségügyi ellátás és a gyógyítás területére is. Az elítéltek számos esetben azért, hogy jobb körülmények közé kerüljenek, megvesztegetik az egészségügyi személyzetet, vagy hamis eredményt produkálnak a tbc teszt során. A tbc-s betegek ugyanis a többiektől elzárva, kedvezőbb feltételek között töltik le a

büntetésüket. Előfordul az is, hogy a beteg, a tbc kezelésére szolgáló gyógyszert elcseréli más, a szükségletei ellátásához szükséges termékért, a börtön feketepiacán.

Ha az egészségügyi személyzet lelkiismeretlen, vagy alacsony életszínvonalon él, akkor az ápolást végzők elvárják, hogy az elítélt hálapénzt adjon a vizsgálatokért és a kezelésért.

Ha a fogvatartott nem tud eleget tenni ezeknek az elvárásoknak, csökkenhetnek az esélyei a gyógyulásra. A kedvezőtlen körülmények sok beteget kényszerítenek öngyógyításra, a börtön feketepiacán vagy a látogatóktól beszerezhető készítmények segítségével.

A korrupció mellett másik fontos probléma a végrehajtási intézeteken belül megjelenő erőszak. A börtönön belüli hierarchiában elfoglalt hely befolyásolhatja az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást is. A hierarchia alsóbb fokán álló elítéltek nehezebben jutnak ápoláshoz, esetleg mások kényszerítésére lemondanak róla. A börtön hatalmi struktúrájában magasabb szinten álló elítéltek gyakran erőszakkal szereznek köpet mintát, a tbc-vel fertőzött társaiktól azért, hogy tüdőbetegségeire hivatkozva, később a feketepiacon értékesíthető gyógyszerekhez jussanak, vagy így érik el a kedvezőbb helyre történő átköltöztetést. Erőszak az elítéltet nemcsak a társaitól, hanem a börtönszemélyzet részéről is érheti. Számos büntetés-végrehajtási intézetben a rendbontó elítélttel szemben alkalmazott fenyegetési eszköz a tbc-s betegek közé való helyezés. Ez utóbbi probléma megoldását jelenti annak tudatosítása, hogy tilos a büntetések végrehajtása során a kínzás, embertelen vagy megalázó büntetés vagy bánásmód.

Emellett az egészségügyi személyzetnek ismernie kellene az elítéltek hierarchiáját azért, hogy biztosítani tudják a gyógyszerekhez való hozzáférést a leggyengébb fogvatartottaknak is. Ezen kívül tájékoztatás útján fel kellene hívni az elítéltek figyelmét arra, hogy

a tbc-t korai stádiumában, milyen tünetek alapján lehet felismerni.

Minden államban a büntetés-végrehajtás szabályozásának olyan tevékenységekre, és eljárásokra kellene koncentrálnia, amelyek összeegyeztethetők a közegészségüggyel, védik az egyéneket a diszkriminációtól és megfelelnek a nemzetközi emberi jogi kötelezettségeknek. Sok országban a büntetés-végrehajtási intézeteken belül működő és a civil egészségügyi szolgálatok egymástól függetlenül tevékenykednek. Sajnos nem elég intenzív köztűnt az együttműködés. A börtönigazgatóságok a büntetés-végrehajtási intézetre vonatkozó egészségügyi adatokat ritkán jelentik a közegészségügyért felelős szervezeteknek. Így, a civil tbc szolgálatok gyakran nem tudnak a kezelés alatt álló elítéltek szabadon bocsátásáról. Ennek ellenkezője is igaz. Ritkán értesítik a börtön egészségügyi hatóságokat, ha egy a civil szervek kezelése alatt álló beteget letartóztattak. Bár vitatott kérdés, de a legtöbben úgy vélik, hogy a civil egészségügyi szervezeteknek aktívan részt kellene venniük a börtön egészségügy irányításában. Az Európa Tanács miniszteri bizottsága a következő ajánlást fogalmazza meg: *„A büntetés-végrehajtási intézetek egészségpolitikáját integrálni kellene a nemzeti egészségpolitikába, és kompatibilisnek kellene lennie azzal.”*

A fent említettek ismeretében elmondhatjuk, hogy a civil szolgálatok részvétele a tbc megfékezésében nagyon fontos lenne. A börtönökben kitörő járvány ugyanis veszélyt jelenthet a lakosságra is. 1972-1977 között Arkansasban, a 16-61 év közötti férfiak körében diagnosztizált 800 tbc-s eset közül, 9,5% töltött hosszabb, vagy rövidebb időt büntetés-végrehajtási intézetben. Oroszországban évente kb. 13000 tbc-s beteget engednek szabadon a börtönökből. E két példa is azt támasztja alá, hogy a börtönvezetéseknek a tbc kontroll során a civil szolgálatok tapasztalatát fel kellene használni-

niuk. A szabad lakosság körében bevált programokat, vizsgálatokat kellene alkalmazniuk a büntetés-végrehajtási intézeteken belül is. Mindez csökkenthetné a kiadásokat és ösztönözné az ellátás egységesítését is. Ezen kívül azt is érdemes szem előtt tartani, hogy a kezelés alatt álló elítéltek számára a szabadulását követően biztosítani kellene a kúra befejezését.

### *Megvalósítható-e az elítéltek egészségéért felelős tbc szolgálatok integrációja?*

Léteznek olyan államok, ahol az országos tuberkulózis program magában foglalja a büntetés-végrehajtási intézetek tbc felügyeletét is. Sok országból származó jelentés azonban arról tanúskodik, hogy nehézséget jelent az integrált tbc szolgálatok kialakítása. Elméletileg ugyanakkor a szervnek kellene felügyeletet gyakorolnia mind a szabad társadalomban, mind pedig a fogvatartottak körében kialakuló tbc-s megbetegedések felett. E szervnek az egész államra kiterjedő tbc programot kellene működtetnie. Az országos tbc programban résztvevő személyzetnek teljesen függetlennek kellene

maradnia a fogvatartói szerepkörtől. Norvégiában például nagyon hatékonyan működik az a megoldás, hogy a civil egészségügyi szervezetek tették felelőssé a büntetés-végrehajtási intézetek egészségügyéért is. A statisztikai adatok szerint e lépés jelentős mértékben hozzájárult az egészségügyi szolgáltatások javulásához és a fogvatartottak emberi jogainak tiszteltetéséhez.

Számos államban az illetékesek ellenzik az országos tbc program bevezetését. Ezeknek az országoknak a szakértői szerint egy civil egészségügyi szerv a prioritási lista utolsó helyére rakná a büntetés-végrehajtási intézetek tbc felügyeletét. Az országos tbc program mellett érvelők úgy gondolják, hogy az egész államra nézve egységes program azért tekinthető példamutúnak, mivel mindenkire kiterjedő modellt nyújt a tbc kezelésére. Ezen kívül segít azonosítani azokat a főbb kötelezettségeket, amelyeket el kell látni mind a börtön, mind pedig a civil szektorhoz tartozó területeken.

*Fordította: Király Klára*

## Felhasznált irodalom

**Angi Bone, Ann Aerts, Malgosia Grzemska, Michael Kimerling, Hans Kluge, Michael Levy:** *Tuberculosis control in prisons*, WHO, 2000.

**Bleed D., Watt C., Dey C.:** *Global Tuberculosis Control*, WHO report, 2000.

**Levy M.:** *Prison health services*. British Medical Journal, 1997.

**Nyangulu DS., Harries AD., Kang'ombe C.:** *Tuberculosis in a prison population in Malawi*. Lancet, 1997.

**Souza MMM., Costa MJM., Toledo AS:** *The profile of TB in the penitentiary*

*system of Rio de Janeiro, Brazil*. In: *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999.

*Tuberculosis outbreaks in prison housing units for HIV infected inmates, California, 1995-1996*. MMWR, 1999.

*TB a crossroad*. WHO Report on the Global Tuberculosis Epidemic. Geneva, WHO, 1998.

**Pio A., Chaulet P.:** *Tuberculosis Handbook*, Geneva, WHO, 1998.

*Global Tuberculosis Control*, WHO report, 2002.