



Tisztelt Képviselő Úr!

A Parlament 62. ülésnapján 2007. április 3.-án, a kábítószer a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program megvalósulásáról, az ellátó intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról (a 2003-2005. évek vonatkozásában) címmel előterjesztett beszámoló, továbbá e jelentés elfogadását, és ezzel együtt a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat módosítását egy előterjesztésben kezdeményező országgyűlési határozati javaslat együttes általános vitáján elhangzott hozzászólásai közül a tüssere programokat érintő egyes kérdésekre szeretnénk Önnek reagálni.

Az Ártalomcsökkentők Szakmai Közhasznú Egyesülete (A továbbiakban ÁSZ Egyesület), a Drogprevenációs Alapítvány tüssere programja és a Társaság a Szabadságjogokért civil jogvédő szervezet, melyek nevében írok, nagyon fontosnak tartja az általános vitán felvetett kérdéseket, és tiszteletre méltónak tartja, hogy Ön ilyen mélyrehatóan foglalkozik az intravénás droghasználóknak (a továbbiakban IDH-k) a Magyar Alkotmányban garantált legmagasabb szintű egészséghez fűződő jogának védelmét szolgáló ártalomcsökkentő eszközökkel, ezek közül kiemelten az úgynevezett tüssere programokkal. A problémás droghasználók, és a velük érintkező, tiltott drogokat nem használó népesség egészségének - különösen a vér és szexuális úton terjedő betegségektől való – védelmével kapcsolatban nagyon fontosnak tartjuk, hogy Ön a lehető legmegbízhatóbb és leghitelesebb forrásokból származó tudományos tényeknek legyen birtokában. Mint ahogy azt Ön is megfogalmazta felszólalási során, az egészségpolitikai, közpolitikai és drogpolitikai beavatkozásoknak tudományos bizonyítékokon alapulónak (evidence based) kell lenniük. A továbbiakban az Ön által felvetett egyes kérdésekre egyenként reagálunk, ezek a következő területeket érintik:

Miért fontos a tüssere program, ha kevés intravénás droghasználó él Magyarországon?	2
Mik a bizonyítékok a tüssereprogramok hatékonyságára a HIV/AIDS járvány megfékezésében?.....	4
Milyen nemzetközi szervezetek és dokumentumok támogatják még a tüsserét?	6
Miért van szükség tüssere programokra, ha a patikában is hozzá lehet jutni a tűkhöz?	7
Mik azok a szolgáltatások, amik a patikában nem elérhetőek, de a tüsserekben igen?	8
Miért költséghatékonyak a tüssereprogramok?.....	10
Mennyi támogatást kaptak a kábítószerügyi koordinációért felelős tárcától a tüssereprogramok 2005-ben?	11
Mi a helyzet a visszahozott tűkkel?.....	12
Mit ír elő a Szociális Törvény?	13
Mekkora a hepatitisz C fertőzöttség arány az intravénás droghasználók között Budapesten?	14
Hivatkozások.....	15

Reméljük válaszainkat kielégítőnek találja majd, és hasznos segítségére lehetünk további munkájának!

Miért fontos a tűcsere program, ha kevés intravénás droghasználó él Magyarországon?

„Persze megértem a kormánypárti képviselőtársaimat, hogy ezt a programot nyomják, erőltetik, de nem értem, hogy miért, amikor az injekciós drogfogyasztók száma Magyarországon hál' istennek végre csökken. Ha megnézzük, és ha igazat lehet adni ezeknek a statisztikai adatoknak ezen a területen - és bízom benne, hogy itt jók a számok -, hál' istennek ezen a területen egy lefelé menő görbével találkozunk. Néhány ezer főről van itt szó tulajdonképpen országos szinten. Nem értem, hogy miért ez a nagy éljenzés ennek a tűcsereprogramnak a kapcsán.”

(Pettkó András)

A Képviselő Úrnak igaza van abban, hogy a tiltott pszichoaktív szerek intravénás alkalmazása ritka jelenség hazánkban. A tiltott pszichoaktív szerek intravénás alkalmazása az Európai Unióban is ritka (a felnőtt népesség körülbelül 0,4%-a), és ritka az összes kábítószer-használó körében is (nem több 5%-nál). Mégis Az Európai Unió Akciótervének¹ kiemelt célkitűzése az ennek a szokásnak a káros következményeinek csökkentése.^a Miért? Azért, mert a kábítószer használat jelenségén belül, bár kis arányban fordul elő, mégis a legkomolyabb közegészségügyi kockázatokkal jár. Ezek például a fertőzések és túladagolásos halálesetek. Az injekciós droghasználathoz komoly stigma társul, leggyakrabban magas szociális kirekesztettséghez, mentális és fizikális problémákhoz kapcsolódik, melyeknek gyakran következménye, de megerősítője és kiváltó oka is lehet. Az injekciós droghasználat a HIV terjedésének fő kockázati forrását jelenti a világ számos országában. A világ injekciós droghasználó népességének becsült száma 13,2 millió fő,² az Európai Unióban a gyakori injekciós használók száma 850.000 és 1,3 millió között lehet.³ A HIV vírusnak az injekciós droghasználók körében mért előfordulására vonatkozó adatok 78 országból ismertek, ezek közül 25 országban az előfordulási arány meghaladja a 20%-ot.⁴ Afrikán kívül minden tizedik új HIV fertőzésért az injekciós felszerelés megosztása a felelős, a volt Szovjetunió és Kelet-Európa államaiban a HIV pozitív embereknek mintegy 70%-a injekciós droghasználó! Habár Nyugat Európában az ártalomcsökkentő módszerek bevezetésének köszönhetően a HIV terjedését mára elmondhatjuk, hogy sikerült megfékezni, **tőlünk keletre HIV járvány tombol.**

Kelet-Európa és Közép-Ázsia az a régió, ahol a HIV/AIDS járvány a világon a leggyorsabban terjed. **Oroszországban** 1.4 millió⁵ HIV pozitív ember él, a járvány közegészségügyi és gazdasági katasztrófával fenyeget (a becslések 420.000-től 1.400.000-ig terjednek, de a CIA adatai szerint a HIV fertőzöttek száma akár 2 millió

^a A keresletcsökkentés fejezetnél (13. oldal):

14. A kábítószer használattal kapcsolatos egészségügyi kockázatok megelőzése - A kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségi ártalom megelőzéséről és csökkentéséről szóló tanácsi ajánlás végrehajtása

15. Az ártalmakat csökkentő szolgáltatások rendelkezésre állása és az azokhoz való hozzáférés - A kábítószerfüggők számára a hozzáférés javítása a károsodás csökkentésére kidolgozott valamennyi vonatkozó szolgáltatáshoz és kezelési lehetőséghez, kellő tekintettel a nemzeti jogszabályokra

16. A HIV/AIDS, a hepatitisz C, és más vérrel terjedő fertőzések és betegségek terjedésének megelőzése - A HIV/AIDS-re, a hepatitisz C-re, és más vérrel terjedő fertőzésekre és betegségekre vonatkozó átfogó és összehangolt nemzeti és/vagy regionális programok végrehajtásának biztosítása. E programokat az általános szociális és egészségügyi szolgáltatásokba kell integrálni.

17. A kábítószerrel kapcsolatos halálesetek csökkentése - A kábítószerrel kapcsolatos halálesetek csökkentésének minden szinten külön célt kell képezniük, a külön e célra kidolgozott beavatkozásokkal — például az információs tevékenység előmozdítása jól képzett egészségügyi szakemberek és utcai egységek munkájának támogatásán keresztül — együtt.

is lehet).⁶ A Moszkvai Szövetségi AIDS központ számítása szerint, 2007-re 5 millió orosz élhet HIV fertőzéssel. Az AIDS járvány terjedésének elsődleges oka Oroszországban az injekciós droghasználathoz használatos fecskendők megosztása. A HIV fertőzések 80%-a fecskendők megosztásához köthető.⁷ **Ukrajna** 49 milliós lakosságának már jelenleg is több mint 1,4%-a HIV pozitív, a járvány gyors terjedésért itt is a fecskendők megosztása a felelős.⁸ Egyes régiókban az intravénás droghasználók 58-59%-a HIV fertőzött.⁹ **Észtországban** 1999-ig évente alig pár új HIV fertőzést regisztráltak, ugyanakkor 2001-óta a HIV pozitív észtek száma megduplázódott, 2004-re elérve a 4442-öt.¹⁰ **Litvániában** egészen 2002-ig nem mutatkozott szignifikáns HIV járvány, ekkor azonban a fegyintézetekből kiindulva a vírus néhány hónap leforgása alatt az egész országban elterjedt, több száz intravénás droghasználó fertőződött meg. 1999 és 2005 között a HIV pozitív emberek száma meghatszorosozódott (492-ről 3169-re emelkedett).¹¹

A HIV járvány robbanásszerű elterjedése ezekben az országokban azt bizonyítja, hogy bár egyes közép-európai államokban a HIV prevalencia jelenleg még alacsony, ez a helyzet drámai gyorsasággal változhat meg, ha nem biztosítják időben a megfelelő prevenciók beavatkozásokat a kockázati csoportok számára.¹²

A hepatitisz előfordulása az IDH-k között az Unióban jóval magasabb, egyes helyeken akár a 80%-ot is elérheti, mely szintén jelentős egészségügyi problémákat, halált és kezelési költségeket jelent. Egyes országokban az új fertőzöttek 90%-ban az injekciós droghasználók közül kerülnek ki.¹³ Az Európai Unió évi 7-8000 akut droghalálózása szintén injekciós használatból kapcsolódik.

Ezért fontos beszélni a túszeréről és az ártalomcsökkentésről, és ezért kiemelten fontos „erőltetni” ezeket a programokat, mert életet mentenek.

Mik a bizonyítékok a tűcsereprogramok hatékonyságára a HIV/AIDS járvány megfékezésében?

„A Magyar Demokrata Fórum nem tűcsereprogram-ellenes, viszont a jelenlegi formában sok olyan hibát látunk, amit, azt gondolom, különböző fajta javításokkal el kell végezni.”

(Pettkó András)

Úgy gondoljuk a témában megjelent legátfogóbb és leginkább hiteles dokumentum amit ismerni szükséges az **ENSZ Egészségügyi Világszervezetének (WHO)** a tűcserekről született mintegy 200 kutatást áttekintő 2004-es összefoglaló tanulmánya,¹⁴ mely a következő konklúziókra jutott:

1. „Egyértelmű bizonyítékok igazolják, hogy a steril injektáló felszerelés elérhetőségének növelésével jelentősen csökkenthető a HIV/AIDS fertőzés előfordulása az injektáló droghasználók körében.”

„Bármely objektív szempont szerint vizsgálva, a tűcsere programoknak a HIV előfordulásának nagymértékű csökkentését bizonyító eredmények elsőprő erejűek”

2. „Nem támasztják alá bizonyítékok azt, hogy bármilyen komoly nemkívánatos negatív hatással járnának a programok.”

„Majd húsz év kutatásainak fényében még mindig nem létezik meggyőző bizonyíték arra, hogy a tűcsere programok növelnék a kábítószer-használat vagy az intravénás kábítószer-használat előfordulását, időtartamát és gyakoriságát.”

A tanulmányok kerestek, de nem találtak bizonyítékot arra, hogy a tűcsere programok növelnék az injektálás gyakoriságát,^{15,16} növelnék a kábítószer-használatot,^{17,18} növelnék a tűk megosztását,^{19,20} új intravénás droghasználókat toboroznának,^{21,22,23} szociális hálók alakulnának,²⁴ növekedne az eldobált fecskendők száma,^{25,26,27} kisebb lenne a változtatás iránti motiváció,²⁸ vagy megnőne az egyéb módokról az intravénás adagolásra történő váltások száma.²⁹

3. „A tűcsereprogramok költséghatékonyak”

„Habár nehéz egyik országról a másikra általánosítani [...] egy sor fejlett és fejlődő országból származnak meggyőző bizonyítékok arra nézve, hogy a tűcsere programok költséghatékonyak.”

(A költséghatékonyág kérdésére a továbbiakban még részletesen visszatérünk)

4. „A tűcsere programoknak az IDH-k körében terjedő HIV/AIDS prevención túl további fontos társadalmi előnyei vannak”

„Komoly bizonyítékok mutatnak rá, hogy a tűcsere programok megnövelik a kezelésbe és egészségügybe történő felvételt.”

5. A fehérítők (Bleach) és más fertőtlenítők hatékonysága nem bizonyított a HIV/AIDS megelőzésben

„Gyengék a bizonyítékok arra nézve, hogy a fertőtlenítő szerek biztosítása hatékony lenne. [...] Ezeknek a szereknek a biztosítása elfogadható bizonyos olyan közösségekben, vagy a büntetés-végrehajtás intézményeiben, ahol a tűcsere programok bevezetése lehetetlen lenne a közösség vagy a vezetők félelmei és előítéletei miatt.”

6. A patikák és tűcsere automaták megnövelik a steril felszerelés elérhetőségét az IDH-k részére.

„Komoly bizonyítékok utalnak rá, hogy a steril tűk és fecskendők ilyen módon történő biztosítása a tűcsere programok mellett szintén előnyökkel jár.”

(A gyógyszerár és tűcsere program összehasonlítással később részletesen foglalkozunk)

7. Az injekció eszközök jogi korlátozása akadályozza a HIV megfékezését az injekció droghasználók között

„Bizonyított, hogy [a steril felszereléshez való hozzáférés jogi korlátozása, úgymint vénykötelesség vagy rendőrségi eljárások a fecskendő birtoklása esetén.] ezeknek a korlátozásoknak a feloldása komoly közegészségügyi előnyökkel jár”

8. Pusztán a tűcsereprogramok nem elegendők a HIV/AIDS járvány megállítására

„A steril fecskendő és tű hozzáférhetőségét egy rendszernek kell tekinteni, és egy sor intézkedésnek kell támogatnia ahhoz, hogy a közösségek hatékonyan tudják kontrollálni az IDH-k között terjedő HIV fertőzést.”

A Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) 2004-es szakirodalmi áttekintőjében szintén megállapítja, hogy a legfontosabb áttekintő kutatások szerint a tűcsere programok a HIV és hepatitisz előfordulását az IDH-k körében **egy harmaddal vagy többel is csökkenteni képesek, anélkül hogy növelnék az IDH-k számát.** A tanulmány idézi Hurley és *mtsai.* 1997-es kutatását, amelyben 81 város IDH-inak HIV pozitivitását hasonlította össze, 52 városból ahol volt és 29 városból ahol nem volt tűcsereprogram. Azt találták, hogy az átlagos éves HIV pozitivitási gyakoriság 11%-al alacsonyabb volt azokban a városokban ahol volt ilyen program.³⁰

A hepatitisz kérdése némileg ellentmondásosabb: egy tanulmány szerint például a tűcsere programok nem bizonyultak hatékonyak a hepatitisz megelőzés terén,³¹ míg mások szerint igen.^{32,33,34,35} Egy frissebb, az Ausztrál Egészségügyi Minisztérium 2002-es tanulmánya Hurley és *mtsai.* módszertanát használva azt találta, hogy a HIV esetében a tűcserek kimondottan hatékonyak, a hepatitisz C esetében kevésbé, de **szintén eredményesek.**³⁶ Az mindenesetre bizonyos, hogy a hepatitisz terjedésével kapcsolatban új módszerek kidolgozására van szükség, a tesztelési lehetőség növelésével. Ezen a ponton a Képviselő Úrral messzemenőig egyetértünk.

Milyen nemzetközi szervezetek és dokumentumok támogatják még a tűcserét?

Az Egészségügyi Világszervezet (**WHO**), az ENSZ AIDS-re szakosodott szerve a **UNAIDS**, valamint az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, a **UNODC** 2004-ben a tűcsere hatékonyságát alátámasztó bizonyítékokat áttekintve a következő közös ajánlást tette az országok kormányainak³⁷:

„Azok a közösségek vagy országok, melyeket fenyeget a HIV járvány, vagy ahol már megjelent az injektáló droghasználók között, sürgősen tegyék meg a szükséges lépéseket a steril injektáló felszereléshez való hozzáférés növelése, és a használt eszközök megfelelő megsemmisítése érdekében. Ezen lépések közé tartozik a kockázat-csökkentő oktatás, a drogfüggőség kezelésére történő beutalások és a tályogok kezelése, az óvszerhasználat népszerűsítése, a HIV tesztelés és tanácsadás, valamint nyújtsanak ellátást, kezelést és támogatást a HIV/AIDS-el és más szexuális úton terjedő betegséggel élő embereknek. Amennyiben szükséges, a drogfüggőséggel és a droghasználathoz szükséges eszközökkel kapcsolatos jogszabályok felülvizsgálata és kiegészítése javasolt, annak érdekében, hogy a tűcsereprogramok működése és fejlesztése megtörténhessen”.

A nemzetközi dokumentumok közül az **Európai Unió Drog Stratégiája (2005-12)**³⁸ és **Akcióterve (2005-08)**³⁹ szintén fontos szerepet szán az ártalomcsökkentés, így a tűcsere programok terjesztésének és fejlesztésének.

Az **Európai Tanács 2003. június 18-i ajánlása**⁴⁰ kifejezetten azt tanácsolja a tagállamoknak, hogy biztosítsanak hozzáférést a droghasználók számára a steril fecskendőkhöz és kondomokhoz.

A Magyar Köztársaság által is aláírt, **Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya** 12. cikkében megállapítja, hogy *„az Egyezségokmányban részes államok elismerik mindenkinek a jogát arra, hogy a testi és lelki egészség elérhető legmagasabb szintjét élvezze”*.⁴¹ Az Egyezségokmány szerint a jog teljes megvalósítása érdekében teendő intézkedéseknek *„a járványos [...] megbetegedések megelőzésére, gyógyítására és ellenőrzésére”* is ki kell terjednie, melybe beletartozik *„a szexuálisan terjedő betegségek, különösen a HIV/AIDS-el kapcsolatos prevenció és oktató programok megvalósítása”*.⁴²

*A testi és lelki egészség elérhető legmagasabb szintjéhez való jog nem csak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést jelenti, hanem, az ENSZ Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Bizottsága szerint megkívánja az államoktól azt, hogy támogassák az egészségfejlesztést és tartózkodjanak az olyan beavatkozásoktól, amelyek korlátozzák az embereket abban, hogy megőrizték egészségüket.*⁴³

Az **ENSZ Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Bizottsága** szerint az a törvény vagy politika, amely *„felesleges megbetegedéshez és elkerülhető halálhoz vezet”*, az egészséghez való jog megsértését jelenti.⁴⁴

Miért van szükség tűcsere programokra, ha a patikában is hozzá lehet jutni a tűkhöz?

„De azért fölvetnék egy kérdést a képviselőtársaimnak, és egy közös gondolkodásra kérném meg őket. Ha valaki elolvassa ezt a jelentést - márpedig én elolvastam -, és alaposan elemzi, 165 millió forintot költünk tűcsereprogramra, 15 668 kontaktus születik. Ez azt jelenti, hogy egy szimpla tűnek az átadása 10 531 forintba kerül. Ha bemegyünk a patikába, 20 és 50 forintért kapunk egy darab tűt. Azt gondolom, hogy itt valami óriási probléma van.”

(Pettkó András)

Először is szeretnénk leszögezni, hogy a kérdés nem vagylagos természetű. A HIV/AIDS és hepatitisz járvány megfékezése komplex megközelítést kíván, melynek egyaránt része mind a patikai hozzáférés biztosítása, mind pedig szükséges esetekben az automaták és tűcsere programok létesítése. A tűcsereprogramok létesítésére világszerte azért került sor, mert az érintett közösségek felismerték, hogy az intravénás használat során a fecskendők megosztása a járványok terjedésének komoly rizikófaktora, és a felszereléshez való hozzáférés korlátozása, valamint a fertőzésekkel és biztonságosabb használattal kapcsolatos információhiány oda vezet, hogy a különböző okokból marginalizált, nagyrészt a prohibíció eredményeként rejtőzködésre kényszerülő, magas kockázati magatartást folytató populáció **nem használ steril fecskendőket, illetve megosztja azokat**, még akkor is, ha ez a patikákban elméletben rendelkezésre áll. A HIV és hepatitisz fertőzés halálos lehet, a szexuális partnereken keresztül a nem IDH populációra is átterjedhet, a kezelés költségei pedig óriás terhet rónak az államok költségvetésére.

Gyakran a patikák személyzete ellenséges a használókkal szemben. Gyakran a patikák személyzete nem szolgálja ki az IDH-t, mert (túlnyomó esetben alaptalanul) attól tart, hogy vagy odaszokik, vagy megjelenésével, esetleg viselkedésével zavarja a többi vásárlót. A patikák nem ingyen adják a fecskendőt, a tűcsere programok igen. A patikák jelentős éjszakai felárat kérnek a fecskendőért. Amennyiben a Képviselő Úr a patikákban való fecskendőhöz jutás megkönnyítését szeretné segíteni, ezt mi is minden eszközzel támogatjuk.

A tűcsere programok az intravénás droghasználathoz szükséges egyéb felszereléseket is ingyen biztosítják a következő okból: A vér útján terjedő vírusok - különösképpen a hepatitis amely a HIV-nél sokkal virulensebb - az előkészítéshez használt **egyéb felszerelések megosztásán keresztül** is fertőznek. A biztosított felszerelések a következők: kupak (kanál helyett), filter, tiszta víz tárolására alkalmas ampulla (vagy steril vizet tartalmazó lezárt ampulla), érszorító (a megfelelő véna megtalálásához, azért hogy a szűrés során az érfal kevésbé roncsolódjon, továbbá az érszorító is véres lehet és fertőzhet közös használattal). Továbbá aszkorbinsav (tiszta C-vitamin, mert a heroin oldásához savas közegre van szükség, és az egyéb anyagok, például citromlé, vagy C-vitamin tabletták egészségkárosítók lehetnek intravénásan alkalmazva), vénaápoló krém, alkoholos törlőkendő (a szűrés helyének előzőleges megtisztításához).

A patikák nem veszik vissza a használt fecskendőket, a tűcsereprogramok igen. (A visszavétellel kapcsolatban részletesen lásd később). A kérdés ugyanakkor kimondottan fontos, és támogatandó, hogy a patikákban erre alkalmas gyűjtő szerkezetek kerüljenek kihelyezésre.

Mik azok a szolgáltatások, amik a patikában nem elérhetőek, de a tucserékben igen?

A tucseré programokat „a társadalomba visszavezető hídnak” szokták nevezni, mert gyakran az első lépcsőfokot jelentik a társadalom peremére sodródott, gyakran az IDH-kon kívül mással kapcsolatot nem tartó embereknek. Ez az egyszerű, de fontos társas kommunikációtól a leszokás segítéséig terjed. A tucseré programok világszerte, és hazánkban is komplex, úgynevezett alacsonyküszöbű (könnyen igénybe vehető) szociális ellátások, amelyek a tük cseréjén kívül még számos szolgáltatást magukba foglalnak. Mik ezek? (A teljesség igénye nélkül)

Pszichoszociális segítségnyújtás képzett személyzet által.

A tucseré programokban képzett szociális munkások, pszichológusok és addiktológiai konzultánsok dolgoznak. Ezek a szakemberek az erre érett kliensek változtatásra irányuló motivációjának felkeltésében és fenntartásában segédkeznek, **a hosszú idő alatt megszerzett bizalomra, személyes, emberi kapcsolatra építve.** Ezt nem nyújtja a patika vagy automata. A kutatások szerint, a tucseré programok valóban hatékonyak a rehabilitációra és kezelésbe felvétel tekintetében.^{45,46,47,48} Tanácsadásban részesítik a hozzájuk fordulókat szociális, lelki vagy egészségügyi természetű kérdésekben. Tájékoztatást nyújtanak a problémáknak megfelelő elérhető szociális és egészségügyi intézményekről, detoxikációs lehetőségekről, terápiás és rehabilitációs módokról.

Fertőző betegségekkel és biztonságosabb használattal kapcsolatos tanácsadás.

A személyzet információt ad át a különböző intravénás használattal kapcsolatos kockázatokról, fertőző betegségekről, ezek megelőzéséről és kezeléséről. Információt ad át a biztonságosabb intravénás használatról, vagyis arról, hogy a fertőzéseket, gyulladásokat és tályogokat miként lehet elkerülni, illetve kezelni.

Méregtelenítés, rehabilitáció

A személyzet méregtelenítésre és rehabilitációra való jelentkezésben és adott esetben utazásban is segédkezik.

Utcai megkereső munka

A patikákkal ellentétben a tucseré programok közül sok felkeresi a célközönséget (ún. outreach), amely egyébként az ellátás számára láthatatlan.

Pihenési, beszélgetési lehetőség

A megjelenők közül sokak problémás életformájából adódóan a pihenés, tea és egyszerű beszélgetés nyújtása nagyon fontos segítség, ami szintén a pszichoszociális ártalmak csökkentését szolgálja.

Adományok, mosási lehetőség

Bizonyos programok étel és ruha adományokkal segítenek, mosási, fürdési, tisztálkodási lehetőségeket biztosítanak.

Szűrés

A programok közül sokan ingyenes szűrést biztosítanak a kliensek számára. A Képviselő Úr által hiányolt szűrések, szűréskampányok nagy része itt történik, vagy innen kerül a kliens beutalásra, nem beszélve arról, hogy az IDH-kal kapcsolatos kutatások egytől egyig ezt a klientúrát használják, a programok dolgozóinak ingyenes segítségével.

Óvszer biztosítása

A klientúra számára, amennyiben a források megengedik, ingyen óvszert biztosítanak a nem kívánt terhesség és a nemi úton terjedő megbetegedések megelőzése, és a felelősségteljes szexuális viselkedés segítése érdekében.

Orvosi ellátás

Bizonyos programokban orvosi tanácsadás kérhető, sebkezelés zajlik, illetve orvoshoz irányítás történik.

A stigmatizáció csökkentése

Habár nem szociális segítségnyújtás, mégis fontos megemlíteni, hogy a tűcsere programok munkatársai azon dolgoznak, hogy csökkentsék a társadalom nagy része által elutasított és valóban magas kockázatú magatartást folytató, gyakran igen problémás életű, de egyébként semmivel nem rosszabb emberekre tapadt előítéleteket és stigmát, és segítsenek feloldani az alaptalan sztereotípiákat, felszámolni az irántuk táplált félelmet vagy gyűlöletet.

A fentiekből kitűnik, hogy a tűcsere programok nem pusztán abból állnak, hogy fecskendőket cserélnek, így a költségek értelmezése is más kontextusba helyeződik. A következőkben a költséghatékonysággal kapcsolatos, a Képviselő Úr számításánál némileg eltérő módszertant használó kutatások eredményeit szeretnénk összefoglalni.

Miért költséghatékonyak a tűcsereprogramok?

Az ezzel foglalkozó kutatások **nem** a gyógyszerárban vagy a tűcserekben kiadott fecskendők árát hasonlítják össze, hanem azt **a közegészségügyi költséget** veszik számításba, amelyet tűcserevel megelőzött HIV és/vagy hepatitisz kezeléseken keresztül az állam megspórolni képes.

Lurie és Drucker kiszámolták, hogy ha az Egyesült Államokban a járvány kezdetén bevezetik a tűcsereprogramokat, akkor (15%-os előfordulás csökkentéssel) 4394, vagy (33%-os előfordulás csökkentéssel) 9666 HIV pozitív esetet előzhetek volna meg 1987 és 1995-között. Ezeknek az embereknek a kezelése az Egyesült Államoknak 244-538 millió dollárjába került.⁴⁹

Konzervatív becslésekkel a Kanadai Hamilton beli tűcsere öt év alatt 24 HIV pozitív esetet előz meg, ezzel 1,3 millió dollárt takarítva meg, miután a tűcsere költségeit levonjuk. Ez 4:1 hez megtakarítási arányt jelent.⁵⁰

Egy másik kutatás szerint New York városban a tűcserek által megelőzött egy HIV eset évi 2667 dollárba került 1997-ben. Ehhez képest egy évi kezelési költség abban az évben 56.000-80.000 amerikai dollárba került. A teljes megtakarítás a programokkal tehát egy esetre vetítve 53.000-77.000 dollár volt.⁵¹

A költséghatékonyassággal kapcsolatban az Ausztrál Nemzeti Kábítószerügyi Tanács (ANCD) tűcsereprogramok munkáját áttekintve megállapította, csak 1991-ben, amikor a kormány 10 millió dollárt költött tűcsere programokra, megközelítőleg 3000 fertőzést előzött meg, amivel legalább 266 millió dollár egészségügyi kiadást spórolt meg csak abban az évben.⁵²

Egy új-zélandi független vizsgálat szerint minden egyes új-zélandi Dollár amit tűcserere költöttek, 20 új-zélandi Dollárt spórolt meg a későbbi kezelési költségekből.⁵³

Magyarországon hasonló becslések még nem készültek. Ugyanakkor szeretnénk rá felhívni a Képviselő Úr figyelmét, hogy Európában és főleg Közép-Kelet Európában egyedülálló módon hazánkban az aktív IDH-között jelenleg nem tudunk élő HIV pozitív személyről. A hivatalos statisztikák szerint ez idáig 1 magyar állampolgárt regisztráltak aki intravénás droghasználat során fertőződhetett meg.⁵⁴ A korábban injekciós droghasználattal összefüggésbe hozható 11 HIV pozitív ember közül 9 külföldi állampolgár volt, a másik 2 személy pedig valószínűleg nem Magyarországon fertőződött meg. Természetesen nincs megfelelő lefedettségű szűrés eredmény jelenleg hazánkban ahhoz, hogy kijelenthessük, hogy nincsen HIV pozitív IDH, de hogy eddig nem bukkant fel, az mindenképpen azt jelenti, hogy az időben elkezdett hazai programok hatékonyan működtek. Mindenesetre továbbra is a szűrésnek könnyebb elérhetősége érdekében kell dolgozni, mint ahogy tette azt ebben az évben számos ártalomcsökkentő intézmény segítségével az Országos Epidemiológiai Központ.^b

^b A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság támogatásával 300 IDH leszűrése zajlott le, ujjbegyes módszerrel, az eredmények feldolgozása folyamatban van

Mennyi támogatást kaptak a kábítószerügyi koordinációért felelős tárcától a tűcsereprogramok 2005-ben?

„A mostani takarékoság jegyében hogyan magyarázzák meg, hogy egyetlen kontaktus, azaz egy dózis tű szimpla átadása 10 531 forintba kerül? Ez egy év alatt 165 millió forint támogatás és 15 668 kontaktus, illetve egyetlen darab injekciós tűre és fecskendőre jutó költség 2 ezer forint. Hol van itt a költséghatékonyság? Ha valaki bemegy a patikába, recept nélkül ugyanezt 22-26 forintért meg tudja kapni, akár itt a Parlamenttől néhány száz méterre is.”

(Pettkó András)

A kábítószerügyi koordinációért felelős tárca 169 200 000 forint keretösszegben írt ki pályázatot alacsonyküszöbű intézmények támogatására. Szeretnénk rá felhívni a Képviselő Úr figyelmét, hogy a nyertes szervezetek túlnyomó része nem tűcsereprogram. Hogyha leválogatta volna a tűcsereket, azt az eredményt kapta volna, hogy ilyen programok ebben az évben 25 800 000 forint támogatásban részesültek. Nem pályázati úton a Szociális és Munkaügyi Minisztérium 2005-ben további nyolc millió forint külön támogatásban részesítette a tűcsere programokat.^c

Ha nem tudományosan, de mégis számokkal szeretnénk játszani, akkor elmondhatjuk, hogy 2005-ben ezt a 33 800 000 forintot 959 IDH-ra fordították a programok. Ez személyenként évi 35 245 forint befektetést jelent. Egy évi Antiretrovirális Terápia költsége 25 000 dollár, vagyis 4 500 000 forint. Ha feltesszük, hogy (ahogy az adatok szerint nálunk a HIV pozitív személyek száma 0) tűcsere programok nélkül a 959 ember 5%-a (48 ember) lenne HIV pozitív (Ausztriában 5%), akkor ez abban az évben 1 200 000 dollár, vagyis 216 millió forint kezelési költséget jelentett volna. Hogyha a Franciaországi elterjedtséget vesszük alapul (12%) akkor a 959 emberből 115 lenne HIV pozitív, ez abban az évben 2 875 000 dollárt, vagyis 517 500 000 forint kiadást jelentett volna.

Azt gondoljuk ez az eredmény dicséretet érdemelne inkább a parlamentben, mint a program létjogosultságának megkérdőjelezését. Vajon ha a tüzet megelőzik, miért nem kap akkora elismerést, mint amekkora felelősségre vonással jár, ha leég a ház?

^c A teljesség kedvéért meg kell jegyezni, hogy ebbe az összegbe nem tartoznak bele azok a források, amit nem pályázati vagy minisztériumi úton kaptak a programok, de ezek az az összegek sem befolyásolják lényegileg az arányokat.

Mi a helyzet a visszahozott tűkkel?

„A tűcsereprogramok legnagyobb problémája - amelyről hallgatnak a tűcsereprogramok promocióalói, támogatói és kivitelezői -, hogy a használt, vérrel szennyezett injekciós tűknek csak töredéke kerül a veszélyes hulladékkezelőkben megsemmisítésre. A tűk nagy része nyilvános vagy iskolai vécékben, játszótereken, lakótelepi lépcsőházakban van szétdobálva, és a kommunális szemétkerül, ezáltal nemcsak a lakók, tanulók, hanem a szemétkeszelők és a takarító személyzet is az egészségét kockáztatja. A jelentésben az erről szóló túlzottan szép adatokat nem tartjuk megbízhatónak. A tűcsereprogramok által kiosztott, használt tűk visszagyűjtésének tényét egészségügyi hatóság nem ellenőrzi, és ennek elhanyagolása direkt módon járul hozzá a hepatitisz C és a HIV-fertőzés terjedéséhez.”

(Pettkó András)

A Képviselő Úr adatkezeléssel kapcsolatos felvetéseit a messzemenőig vissza kell, hogy utasítsuk. A legnagyobb hazai tűcsere program a Drogprevenációs Alapítvány darabra pontosan dokumentálja a kiadott és visszavett fecskendők számát. Az Alapítványnak (mint ahogyan más tűcsereknek más szolgáltatókkal) a Septox Kórházi és Egészségügyi Hulladékokat Gyűjtő, Szállító és Ártalmatlanító Kft.-vel van szerződése. Az Alapítvány munkatársai a Kft.-től vásárolt veszélyes hulladékgyűjtőben tárolják az ÁNTSZ előírásainak megfelelően a használt fecskendőket, majd az Alapítvány a Kft.-nek kilónként fizet az elszállításukért és megsemmisítésükért.

A 2006-os Kábítószer jelentés⁵⁵ szerint 2005-ben a becserélési arány országosan 49,8%-volt. Szeretnénk rá felhívni a Képviselő Úr figyelmét, hogy ha nincsenek tűcsereprogramok, éppen ugyanannyi (vagy kevesebb) injekciós tű történik, de a csak egyszer használt fecskendők száma valóban több lehet – mert a programok hatására nem osztották meg őket. Az Egészségügyi Világszervezet egyértelműen megállapította, hogy a tűcsereprogramok hatására nem nő meg az eldobált fecskendők száma.^{56,57,58} Egy 2004-es metaanalízis szerint világszerte a tűcsereprogramok átlagos visszahozási aránya 90%. Az arányok 15% és 112% között mozogtak. A tanulmány szerint világszerte a tűcsereprogramok relatíve hatékonyak a visszahozott tűk számát tekintve.⁵⁹

Hogy miért nem 90% nálunk is ez az arány? Nagyon könnyű erre a kérdésre felelni. **Azért félnek a kliensek visszahozni a fecskendőiket a programokba, mert a tűcsere kártya és a rendőrségi megállapodás ellenére, továbbra is tartanak attól, hogy az intézkedő rendőr a náluk talált használt fecskendő miatt eljárást indít.** Ha Ön ezen a helyzeten javítani szeretne, azt úgy teheti meg, ha segíti a tűcserek és a rendőrség évek óta javuló és számos sikert hozó kapcsolatának további fejlesztését, és annak elérését, hogy országosan biztosított legyen: **a fecskendővel a tűcserebe igyekvő használt tűt nem tartóztatják le.** Amíg ez nem történik meg, továbbra sem lehet nagyobb visszahozási aránnyal számolni. Ahhoz képest, hogy még mindig nem tisztázott ez a helyzet, az is tiszteletre méltó a kliensek részéről, hogy ennyi tűt vissza mernek hozni a programokba.

A kérdést vizsgáló külföldi kutatások egyöntetűen megegyeznek abban, hogy **a tűk és fecskendők elérhetőségét akadályozó jogszabályok és rendőrségi intézkedések azzal járnak, hogy az injekciós droghasználók nagyobb valószínűséggel osztoznak meg a felszerelésen, és jelentősen megnő körükben a HIV (és egyéb vírusokkal való) fertőzöttség rizikója.**⁶⁰

Az Oroszországi járvány drasztikus elterjedésében például jelentős **felelősség terheli** az államot azért, mert az intravénás droghasználat visszaszorítására a nulla-tolerancia elvét alkalmazta, a keresletcsökkentést a droghasználók letartóztatásán és bebörtönzésén keresztül próbálta meg (hatástalanul) elérni, a rendőrség pedig folyamatosan megakadályozta a steril felszereléshez való zavartalan hozzáférést.⁶¹

Egy 2002-es, öt orosz városban készített interjúsorozat eredményei szerint, az interjút megelőző egy hónapban a droghasználók 44%-át állították meg rendőrök, kétharmaduktól a rendőrök elvették az injektáló felszerelést. 40%-uk ezért nem tartotta magánál a fecskendőket.⁶² **Azok a droghasználók, akiket a rendőrök letartóztattak, vagy őrizetbe vettek, négyszer valószínűbben osztoztak meg injektáló felszerelésüket mással az interjút megelőző egy hónapban**⁶³.

Mit ír elő a Szociális Törvény?

„Viszont az egész jelentésben nem találunk olyan adatot, ami azt indokolná, amit a 2007-től érvényes szociális törvény előír, hogy minden 30 ezer lélekszám feletti városban be kell vezetni az önkormányzatoknak a tűcsereprogramot. Ez harmincnégy várost jelent, amelyből eddig hatban működik tűcsereprogram, miközben az ismert injektáló drogfogyasztók száma országosan szerencsére - ezt hangsúlyozom - csak néhány ezer főre tehető.”

(Pettkó András)

A Szociális Törvény nem írja elő, hogy minden 30 ezer lélekszám feletti településen be kell vezetni tűcsere programot. A 2007. január elsejével hatályos új Szociális Törvény⁶⁴ 65/A. §-a a közösségi ellátások körébe sorolja a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátási formákat, melyek közé tartoznak a szenvedélybetegség okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatások. A 9/2006. (XII. 27.) SZMM rendelettel⁶⁵ módosított 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet⁶⁶ értelmében a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása többek között magában foglalja az egészségügyi ártalmak csökkentését, így különösen a tűcsere programok körében a szerhasználat, illetve függés járulékos ártalmainak, káros következményeinek csökkentését, steril és kiegészítő eszközök, készítmények biztosításával, illetve használt eszközök begyűjtésével, továbbá az egészségügyi szűréshez, orvosi ellátáshoz való hozzáférés szervezését. **A tűcsere program tehát csupán egy választható lehetőség**, amit csak abban az esetben van értelme indítani, ha valóban szükség és igény mutatkozik rá.

Mekkora a hepatitisz C fertőzöttség arány az intravénás droghasználók között Budapesten?

„A ténylegesnél alacsonyabb számadatok egyenes következménye a fertőzés terjedésének jelentős alulbecslése, és a megelőző, felvilágosító intézkedések elmaradása. Különösen a hepatitisz C esetében, ami a májrák fő okozója, ez robbanásszerű és kezelhetetlenné váló problémákat fog okozni, ugyanis a betegséget későn diagnosztizálják, ezalatt a fertőzést pedig nemcsak a többi drogfogyasztónak, hanem szexuális partnereiknek és a velük élő családtagjaiknak is átadják, miközben a probléma rejtve marad. Míg 1999-ben a hazai injekciós drogfogyasztók körében végzett magyar kutatás szűrési eredményei szerint a hepatitisz C csak 10 százalékot érintett, addig 2006-ban Budapesten - kutatók által végzett szűrés szerint - 45 százalék körüli az injekciós drogfogyasztók hepatitisz C átfertőzöttsége.”

(Pettkó András)

Nem rendelkezünk reprezentatív adattal arról, hogy budapesti, vagy országos szinten mekkora a hepatitisz C fertőzöttség előfordulása az IDH-k között. Az viszont bizonyos, hogy Budapesten 45%-os fertőzöttséget semmilyen megbízható adat nem támaszt alá. A különböző (legtöbbször kicsi, szórányos és nem reprezentatív) minták adatai 13,5%-37,5%-között mozognak,⁶⁷ de ezek közül egyik sem tekinthető megbízhatónak, általános következtetések levonása gyakorlatilag alkalmatlanok. A 30%-körüli fertőzöttség reális becslés lehet, amely valóban nagyon magas szám. Az a tény, hogy a képviselő Úr felhívta a figyelmet az IDH-k hepatitisz fertőzöttségének fontosságára, számunkra nagyon fontos. Ahhoz, hogy ezen a helyzeten javítani lehessen, éppen az Ön által kritizált tucserék helyzetének javítására van szükség, hogy tovább dolgozhassanak azon, hogy megelőzzék a fertőzéseket és megfelelő információval láthassák el klienseiket a betegségről, és a lehetséges kezelési módokról. Megjegyezzük, hogy jelenleg Magyarországon aktív intravénás droghasználó számára nincs lehetőség interferon kezelésre, de fenntartó metadon kezelésben részesülőknek igen. A metadon kezelés jelenleg Magyarországon az orvos társadalomban még mindig nem a helyén kezelt, és továbbra is finanszírozási korlátai vannak annak, hogy a szomorúan alacsony lefedettségen javítani lehessen.

A tucserék és a metadon kezelés akadályainak elhárításával kapcsolatban a téma **szakértői** az Ártalomcsökkentők Szakmai Közhasznú Egyesülete és a Társaság a Szabadságjogokért jogvédő szervezet által szervezett Ártalomcsökkentő konferencián az ártalomcsökkentést érintő **Cselekvési Javaslatokat** fogalmaztak meg, melyet ezúton is ajánlunk a Képviselő Úr figyelmébe

További jó munkát kívánva,

Takács István Gábor
pszichológus

Az

Ártalomcsökkentők Közhasznú Szakmai Egyesülete
A Drogrevenió Alapítvány tucseré programja
és a Társaság a Szabadságjogokért
névében

2007. április 20.
Budapest

Hivatkozások

- ¹ Az EU kábítószer-ellenes cselekvési terve (2005-2008) Az Európai Unió Tanácsa, Brüsszel 2005, 13.o. 15-16. pont URL: <http://href.hu/x/2kz8>
- ² Aceijas, C. et al. 2004: Global Overview of Injecting Drug Use and HIV Infection Among Injecting Drug Users. *AIDS* 18: 2295–2303. URL: <http://href.hu/x/2lds>
- ³ Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (2005) A kábítószer-probléma Európában, éves jelentés 2005, EMCDDA Belgium, 2005 URL: <http://href.hu/x/2ldt>
- ⁴ Aceijas, C. et al. 2004: Global Overview of Injecting Drug Use and HIV Infection Among Injecting Drug Users. *AIDS* 18: 2295–2303. URL: <http://href.hu/x/2lds>
- ⁵ UNAIDS (2005) AIDS epidemic update : December 2005. 45.o. URL: <http://href.hu/x/2ldu>
- ⁶ National Intelligence Council, "The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India and China," September 2002, 12.o. Idézi: Human Rights Watch (2004) Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian federation, Human Rights Watch, 2004. április URL: <http://href.hu/x/2ldv>
- ⁷ UNAIDS (2005) AIDS epidemic update : December 2005. 46.o. URL: <http://href.hu/x/2ldu>
- ⁸ UNAIDS (2005) AIDS epidemic update Special report on HIV Prevention, UNAIDS WHO December 2005 50.o URL: <http://href.hu/x/2ldu>
- ⁹ UNAIDS (2005) AIDS epidemic update Special report on HIV Prevention, UNAIDS WHO December 2005 50.o URL: <http://href.hu/x/2ldu>
- ¹⁰ UNAIDS (2005) AIDS epidemic update Special report on HIV Prevention, UNAIDS WHO December 2005 51.o URL: <http://href.hu/x/2ldu>
- ¹¹ UNAIDS (2005) AIDS epidemic update Special report on HIV Prevention, UNAIDS WHO December 2005 51.o URL: <http://href.hu/x/2ldu>
- ¹² Csernus E. Sárosi P. (2005) A HIV és hepatitis járvány megfékezése az injekciós droghasználók körében, ADDIKTOLÓGIA – 2005. IV. ÉVFOLYAM 4. SZÁM (338–369.) L'Harmattan Könyvkiadó és Interdiszciplináris Addiktológiai Fórum, Budapest, 2005 URL: <http://href.hu/x/2c4k>
- ¹³ Desenclos, J-C. 2003: The challenge of hepatitis C surveillance in Europe *in: Eurosurveillance Bulletin*, vol. 8. no. 5. idézi Csernus E. Sárosi P. (2005) A HIV és hepatitis járvány megfékezése az injekciós droghasználók körében, ADDIKTOLÓGIA – 2005. IV. ÉVFOLYAM 4. SZÁM (338–369.) L'Harmattan Könyvkiadó és Interdiszciplináris Addiktológiai Fórum, Budapest, 2005 URL: <http://href.hu/x/2c4k>
- ¹⁴ WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ¹⁵ Hartgers C et al. The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behaviour. *AIDS*, 1989, 3(9):571-6. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. old. URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ¹⁶ Watters JK et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 271(2):115-20. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ¹⁷ Wolk J et al. The effect of a needle and syringe exchange on a methadone maintenance unit. *British Journal of Addiction*, 1990, 85(11):1445-50. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ¹⁸ Guldish J et al. Evaluating needle exchange: are there negative effects? *AIDS*, 1993, 7:871-876. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ¹⁹ Schechter M et al. Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users: an investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS*, 1999, 13(6):F45-51. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ²⁰ Hartgers C et al. The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behaviour. *AIDS*, 1989, 3(9):571-6. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ²¹ Heimer R et al. Needle exchange decreases the prevalence of HIV-1 Proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut. *The American Journal of Medicine*, 1993, 95(2):214-220. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ²² Watters JK et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 271(2):115-20. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ²³ van Ameijden EJ & Coutinho RA. Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986-1998: explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2001, 55(5):356-63. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ²⁴ Junge B et al. Syringe exchange not associated with social network formation: results from Baltimore. *AIDS*, 2000, 14(4):423-6. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ²⁵ Broadhead RS, van Hulst Y & Heckathorn DD. The impact of a needle exchange's closure. *Public Health Reports*, 1999, 114:439-447. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ²⁶ Oliver KJ et al. Impact of a needle exchange programme on potentially infectious syringes in public places. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1992, 5:534-35. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>

- ²⁷ Doherty MC et al. The effect of needle exchange programme on numbers of discarded needles: a 2-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 2000, 90(6): p. 936-9. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ²⁸ Bluthenthal RN et al. Factors associated with readiness to change drug use among needleexchange users. *Drug & Alcohol Dependence*, 2001, 62:225-230. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ²⁹ Guydish J et al. Evaluating needle exchange: are there negative effects? *AIDS*, 1993, 7:871-876. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ³⁰ de Wit, Ardine and Jasper Bos, "Cost-Effectiveness of Needle and Syringe Programmes: A Review of the Literature," in *Hepatitis C and Injecting Drug Use: Impact, Costs and Policy Options*, Johannes Jager, Wien Limburg, Mirjam Kretzschmar, Maarten Postma, Lucas Wiessing (eds.), European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2004. URL: <http://href.hu/x/2ldy>
- ³¹ Hagan H, McGough JP, Thiede H, Weiss NS, Hopkins S, Alexander ER. Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses. *Am J Epidemiol* 1999;149(3):203-13. idézi de Wit, Ardine and Jasper Bos, "Cost-Effectiveness of Needle and Syringe Programmes: A Review of the Literature," in *Hepatitis C and Injecting Drug Use: Impact, Costs and Policy Options*, Johannes Jager, Wien Limburg, Mirjam Kretzschmar, Maarten Postma, Lucas Wiessing (eds.), European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2004.
- ³² MacDonald, M.A., Wodak, A.D. et al. (2000) Hepatitis C virus antibody prevalence among injecting drug users with selected needle and syringe programs in Australia, 1995-1997. Collaboration of Australian NSPs. *Medical Journal of Australia* 172(2) 57-61. URL: <http://href.hu/x/2l16>
- ³³ Taylor A, Goldberg D, Hutchinson S, Cameron S, Gore SM, McMenamin J, Green S, Pithie A, Fox R: Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-1996: are current harm reduction strategies working? *Journal of Infection* 2000, 40:176-183. URL: <http://href.hu/x/2l1b>
- ³⁴ Goldberg D, Burns S, Taylor A, Cameron S, Hargreaves D, Hutchinson S. Trends in HCV prevalence among IDU in Glasgow and Edinburgh during the era of needle/ syringe exchange. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 2001; 33: 457-461. idézi de Wit, Ardine and Jasper Bos, "Cost-Effectiveness of Needle and Syringe Programmes: A Review of the Literature," in *Hepatitis C and Injecting Drug Use: Impact, Costs and Policy Options*, Johannes Jager, Wien Limburg, Mirjam Kretzschmar, Maarten Postma, Lucas Wiessing (eds.), European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2004. URL: <http://href.hu/x/2ldy>
- ³⁵ Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Ochoa K, Moss AR. Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco. *Hepatology*. 2001;34:180-187. URL: <http://href.hu/x/2l1f>
- ³⁶ Commonwealth Department of Health and Ageing (2002) Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia - Report. Commonwealth of Australia URL: <http://href.hu/x/2l1h>
- ³⁷ WHO, UNAIDS, UNODC (2004) Policy Brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. NSPs as a point of early access to drug treatment URL: <http://href.hu/x/2kz7>
- ³⁸ Az EU drogstratégiája (2005–2012) Az Európai Unió Tanácsa, Brüsszel 2005 3.25.4 URL: <http://href.hu/x/2kz8>
- ³⁹ Az EU kábítószer-ellenes cselekvési terve (2005-2008) Az Európai Unió Tanácsa, Brüsszel 2005, 13.o. 15-16. pont URL: <http://href.hu/x/2kz8>
- ⁴⁰ The Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence url: <http://href.hu/x/2kz9>
- ⁴¹ ENSZ (1966) Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya URL: <http://href.hu/x/2ldq>
- ⁴² Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health," November 8, 2000, para. 16. The Committee on Economic, Social and Cultural Rights is the U.N. body responsible for monitoring compliance with the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. URL: <http://href.hu/x/2ldr>
- ⁴³ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health," November 8, 2000, para. 16. The Committee on Economic, Social and Cultural Rights is the U.N. body responsible for monitoring compliance with the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Ibid., para. 8. URL: <http://href.hu/x/2ldr>
- ⁴⁴ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health," November 8, 2000, para. 16. The Committee on Economic, Social and Cultural Rights is the U.N. body responsible for monitoring compliance with the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Ibid., paras. 33, 50. URL: <http://href.hu/x/2ldr>
- ⁴⁵ Normand J et al. (1995) Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach. National Academy Press. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ⁴⁶ Heimer R et al. (1996) Evaluating a needle exchange programme: models for testing HIV-1 risk reduction. *The International Journal of Drug Policy*. 7:123-129. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ⁴⁷ Carvell A M et al. (1990) Help-seeking and referrals in a needle exchange: a comprehensive service to injecting drug users. *British Journal of Addiction*. 85:235-240. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ⁴⁸ Robles R R et al. (1998) Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users in Puerto Rico. *Health Policy*. 45:209-220. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ⁴⁹ Lurie P & Drucker E. An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needleexchange programme in the USA. *Lancet*, 1997, 349(9052):604-608. URL: <http://href.hu/x/2l0f>
- ⁵⁰ Gold M et al. Needle exchange programmes: an economic evaluation of a local experience. *Canadian Medical Association Journal*, 1997, 157(3):255-262. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyj>
- ⁵¹ Kahn J & Haynes Sanstad KC. The role of cost-effectiveness analysis in assessing HIV-prevention interventions. *AIDS & Public Policy Journal*, 1997, 12(1):21-30. URL: <http://href.hu/x/2le0>
- ⁵² Australian National Council on Drugs 2002: NSP: Needle and Syringe Programs, position paper. URL: <http://href.hu/x/2l0h>

-
- ⁵³ The Centre for Harm Reduction (2002) *New Zealand Needle and Syringe Exchange Programme Review Final Report*. Wellington: Campbell Aitken. URL: <http://href.hu/x/2le1>
- ⁵⁴ Drog Fókuszpont (2005) 2005-ös ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára „MAGYARORSZÁG” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról, Drog Fókuszpont 2005 Budapest 64.o URL: <http://href.hu/x/2ldt>
- ⁵⁵ Szociális és Munkaügyi Minisztérium (2006) Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2006. SZMM Budapest, 2006 URL: <http://href.hu/x/2lb1>
- ⁵⁶ Broadhead RS, van Hulst Y & Heckathorn DD. The impact of a needle exchange's closure. *Public Health Reports*, 1999, 114:439-447. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyl>
- ⁵⁷ Oliver KJ et al. Impact of a needle exchange programme on potentially infectious syringes in public places. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1992, 5:534-35. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyl>
- ⁵⁸ Doherty MC et al. The effect of needle exchange programme on numbers of discarded needles: a 2-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 2000, 90(6): p. 936-9. idézi WHO (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29. oldal URL: <http://href.hu/x/2kyl>
- ⁵⁹ Ksobiech K. Return rates for needle exchange programs: A common criticism answered. *Harm Reduction Journal* 1: e-article 4, 2004. (52 refs.) URL: <http://href.hu/x/2le3>
- ⁶⁰ Hunt N., Trace M., Taylor D. B. (2003) Reducing drug related harms to health: an overview of the global evidence, The Beckley Foundation Drug Policy Programme (BFDPP) 2003 URL: <http://href.hu/x/2le5>
- ⁶¹ Human Rights Watch (2004) Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian federation, Human Rights Watch, 2004. April URL: <http://href.hu/x/2ldv>
- ⁶² Rhodes et al (2003), idézi Human Rights Watch (2004) Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian federation, Human Rights Watch, 2004. April 18.o. URL: <http://href.hu/x/2ldv>
- ⁶³ Tim Rhodes, Larissa Mikhailova, Anya Sarang, Catherine M. Lowndes, Andrey Rylkov, Mikhail Khutorskoy, Adrian Renton, "Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in TogliattiCity, Russian Federation: A qualitative study of micro risk environment," *Social Science and Medicine* vol. 57,2003, p. 40. URL: <http://href.hu/x/2le8> in Human Rights Watch (2004) Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian federation, Human Rights Watch, 2004. April URL: <http://href.hu/x/2ldv>
- ⁶⁴ A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény
- ⁶⁵ 9/2006. (XII. 27.) SZMM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet módosításáról
- ⁶⁶ A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet
- ⁶⁷ Drog Fókuszpont (2005) 2005-ös Éves Jelentés az EMCDDA számára, Drog Fókuszpont 2005, Budapest, 23. URL: <http://href.hu/x/2lb5>