Máshol másként?

Egészségügyi ellátás a külföldi börtönökben

Számos országban a börtönök túlnépesedése több problémát is előidéz. Fizikai zsúfoltságot, a személyes ellenőrzés hiányát, a munkáltatás lehetőségeinek csökkenését, a fekvőhelyek, az élelmiszer és a megfelelő egészségügyi ellátás hiányát, s emellett természetesen hozzájárul a fertőző betegségek terjedéséhez. A fogvatartottak egészségügyi ellátásához kapcsolódik ez a rövid nemzetközi áttekintés, amelyben összegződnek a külföldi tanulmányutakon járt magyar bévések benyomásai és tapasztalatai.

Az egészségügyi ellátás, illetve szolgálat mindenütt a büntetés-végrehajtási szervezethez tartozik. Teljesen speciális, hogy *Horvátország* egészségügyi szolgálata az Egészségügyi Minisztérium felügyelete és irányítása alá tartozik. A fogvatartottak alapellátást mindenütt biztosítják. Sok – főként nyugat-európai – ország büntetés-végrehajtási szervezete ugyanakkor nem rendelkezik „központi" kórházzal. A szakorvosi kezelésre szoruló beteg fogvatartottak átszállítása szakintézményekbe, polgári kórházakba eléggé általános – még ott is, ahol van saját kórház.

Ausztriában például a beteg elítéltek elhelyezése civil kórházak néhány fős zárt részlegeiben történik. Központi kórházzal nem rendelkeznek. Fontolgatják egy ilyen intézmény létrehozását, mert a külső kórházba történő kihelyezés igen költséges (1996-os adat). *Finnországban* a fogvatartottak teljes körű egészségügyi ellátásban részesülnek. Szükség esetén igénybe veszik a civil kórházakat, rendelőket is. Minden börtönben legalább egy nővérnek és egy részidős pszichológusnak kell lennie. *Hollandiában* az alapellátás minden intézetben biztosított, a szakorvosi ellátás az állami egészségügyi rendszerben történik. Saját kórházuk nincs, a sürgősségi betegellátást az illetékes polgári kórházba történő kiszállítással oldják meg. *Izraelben* a büntetés-végrehajtás 1990 óta rendelkezik központi kórházzal. (Itt kezelik a kábítószereseket is.) Külső kórházakból specialistákat vesznek igénybe. *Németországban* (Bajorország), van központi kórház. A kisebb műtéteket is ott végzik, de ha komolyabb beavatkozás szükséges, azt kihelyezéssel oldják meg. Fogpótlás esetén a költségek 20%-a a fogvatartottat terheli. *Olaszországban* törvény mondja ki, hogy a fogvatartott egészségügyi ellátása semmiben nem különbözhet a szabad állampolgár egészségügyi ellátásától. Valamennyi intézetben biztosított a folyamatos ellátás. Az intézetekben működő egészségügyi szolgálatoknál előírás, hogy főállásban dolgozzon belgyógyász és úgynevezett elsősegélynyújtó szakorvos. A fentieken túl az intézetek – nagyságuktól függően – különböző szakorvosokat (pszichiáter, sebész, fogorvos, közegészségügyi szakember stb.) is alkalmaznak. Regionális szinten 14 diagnosztizáló és terápiás központ kórházi rendszerben működik, országos szinten 1 gyógyszerközpont és 6 törvényszéki pszichiátriai kórház van. (Tehát központi kórház nincs.) *Spanyolországban* az egészségügyi ellátás elsődlegesen a saját kórházakban történik. Speciális betegség esetén – hasonlóan a magyar gyakorlathoz – külső kórházakban zajlik a gyógykezelés. Az őrzést a

rendőrség végzi. *Svédországban* viszont nincs önálló kórháza a büntetés-végrehajtásnak, az egészségügyi ellátás rendszere az állami egészségügyi intézmény hálózatára épül. A fogvatartottaknak a lehető legszélesebb körben a társadalom nyújtotta egészségügyi szolgáltatásokat kell igénybe venniük. (Ezzel a szolgáltatások igénybevételének kettősségét kívánják elkerülni.) *Szlovákiában* viszont működik központi kórház (Trencsény), de mivel nincs az IMEI-nek megfelelő intézményük, a kényszerelvonás és kényszergyógykezelés is ott (valamint a kihelyezett osztályokon) történik.

Az elítéltek osztályozása

Látszólag nem túl fontos, talán nem is kifejezetten ide tartozik az elítéltek osztályozásának problematikája, ám az úti jelentésekben leírt „központi kivizsgáló központon" keresztül kirajzolódik a kérdés fontossága, amit még az is aláhúz, hogy Magyarország nem rendelkezik efféle intézménnyel.

Egy három éve lezajlott konferencián (A börtönnépesség Európában és Észak-Amerikában, Helsinki 1997. március 12–15.) is felvetődött, hogy a befogadási eljárásnak magában kell foglalnia egy sokszempontú kategorizálást, amely alapján meghatározhatóvá válnak az adott személy kriminogén jellemzői. Erre alapozva könnyebb egy olyan nevelési/kezelési programot összeállítani, amely tükrözi a személy legmeghatározóbb szükségleteit (például: antiszociális beállítódás, kábítószerrel való visszaélés, szexuális deviancia stb.) A fenti gondolatból kiolvasható, hogy a befogadást követő kategorizálás a büntetés-végrehajtási tevékenység széles spektrumára kiható tevékenység, gondoljunk csak a biztonságra, a nevelésre/kezelésre, az egészségügyi ellátásra. E felsoroláshoz a bíróság szerepe is hozzátehető, hiszen tény, hogy e központok elsősorban azokban az országokban működnek, ahol a bíróság ítélethozatali szerepe kisebb, lévén nem e szervezet dönt a fogva tartás fokozatáról.

A központi kivizsgáló központok tevékenysége a különböző országokban az alábbiak szerint alakul.

Hollandiában minden börtönbe került fogvatartottal általában már az előzetes letartóztatás alatt foglalkoznak, és ajánlásokat tesznek további kezelésükre vonatkozóan. Minden elítélt a kivizsgálás során minimum 4-6 hetes programban vesz részt. Két szempont szerint csoportosítják őket: személyiségük alapján három, A, B, C kategóriába sorolják, – a végrehajtási – rezsim – szempont szerint pedig 5 kategória valamelyikébe ajánlják az elítéltet. Horvátországban a fogvatartottak befogadásuk után a zágrábi diagnosztikai központba kerülnek, ahol elkövetett bűncselekményük szerint differenciáltan helyezik el őket. Általában 15-30 nap közötti időtartamig tartózkodnak ott, ahol orvosi, pszichológiai és szociális vizsgálatnak vetik alá őket, komplex összegzés készül egészségügyi, szociális és kriminális állapotukról. A központ a vizsgálati eredmények alapján javaslatot állít össze, hogy mely típusú intézetbe javasolják a fogvatartottat elhelyezni. (A fogvatartottak végrehajtási fokozatáról nem bíróság dönt, hanem a diagnosztikai központ javaslatát figyelembe véve az országos parancsnok. Általános tapasztalat, hogy a bebörtönzöttek mintegy 61 százaléka zárt típusú, 39 százaléka félnyitott és nyitott intézetben kerül elhelyezésre.)

A *kanadai* büntetés-végrehajtás nemzetközi sikere – *Huszár László* szerint – elsősorban a „risk assessment" (kockázat, rizikóértékelés) rendszerének köszönhető. Ez egy olyan közpon-

ti kivizsgáló rendszer, amelyen minden befogadott átesik. A sztenderd eljárással nyert információk két csoportra oszlanak: rizikófaktorokra és szükségletekre. Az előbbiek a fogva tartás alatti viselkedés problémáin és a visszaesés statisztikai valószínűségén alapulnak, az utóbbiak az ún. dinamikus kriminogén faktorok számbavételén. Az értékelések rendszere viszonylag objektív adatokat szolgáltat a fogvatartottakról, és javítja a célzott kezelések esélyeit. A bonyolult eljárás viszonylag egyszerű klasszifikációs sémát eredményez: alacsony, közepes és magas szükségleti- illetve rizikócsoportokat képezve a különböző dimenziók (biztonság, drog, szexuális viselkedés stb.) mentén. Ez az értékelési szisztéma kétségkívül nagy apparátust mozgat, idő-, papír- és szakemberigényes. Ennek következtében nem olcsó. A tudományos igényű módszertan alkalmazását azonban éppen az a – szintén tudományos eszközökkel bizonyított – felismerés tette szükségessé, hogy a büntetés-végrehajtási programok csak célzottan hatékonyak, s a nem megfelelően kiválogatott csoportoknak nyújtott szolgáltatások a pénzkidobással egyenlők.

Olaszországban az újonnan befogadottak vizsgálata nemcsak orvosi, hanem pszichológiai és más szakértői vizsgálatokból áll. A vizsgálat alapvető célja, hogy felmérjék az öngyilkosságra és szándékos egészségkárosításra való hajlamot. Szlovákiában szintén rendelkeznek központi diagnosztikai részleggel. A jogerőssé vált elítéltek (függetlenül attól, hogy elsőbűnteny esek-e vagy visszaesők) haladéktalanul erre a részlegre kerülnek. Itt kb. 10-12 nap alatt megtörténik a kivizsgálásuk, kezelésükről javaslat készül. A cél, hogy a személyiségjegyek alapján meghatározzák azt az intézetet és rezsimtípust, ahol az elítélt majd a büntetését tölti. *Svájcban* viszont a pszichológiai vizsgálat nem része a befogadási eljárásnak, csak önkéntességi alapon történhet. Az orvosi vizsgálaton és az AIDS-megelőzési felvilágosító előadáson viszont kötelező a részvétel.

Kábítószer, alkohol

A büntetés-végrehajtási intézetekben hagyományosnak tekinthető a személyiségzavarban szenvedőkkel és az alkoholistákkal kapcsolatos problematika, amely nem csökken, sőt növekvő mértékű. Az európai országok nagy részében ráadásul a kábítószer-élvezők számának dinamikus emelkedéséből származó nehézségekkel is szembe kell nézni, immáron 10-20 éve. A drogfogyasztás gyors növekedése és a fogyasztói szokások változékonysága következtében a kábítószer-élvező fogvatartottak kezelése is rendkívüli fejlődésen ment keresztül a börtönökben, így az erről alább következő információk egyáltalán nem tarthatók relevánsnak a mai helyzetre nézve. A kábítószer-fogyasztó fogvatartottak arányaira vonatkozó adatok – elavulásukon túl – szintén fenntartással kezelendők, most az egyes országok számítási módjai eltérőek. (Ahol szükségesnek látszott, közöljük a hivatkozás dátumát.) A több helyütt jelzett metadon-program lényege az, hogy az eredeti kábítószert – kevésbé ártalmas pótszerre való átszoktatással – helyettesítik.

Mint minden problematikus, speciális kezelést, bánásmódot igénylő fogvatartotti csoport esetében, itt is felmerül a kérdés: szétszórásuk vagy egy helyütt tartásuk célravezetőbb-e. Mindkettőre akad példa, ám a központosított kezelés gyakoribb. Ahol a drogprobléma már elég nagy, de még kisebb volumenű, ott valószínűbb, hogy a központosított kezelést választják (lásd Horvátország). Sok országban megfigyelhető az a törekvés, hogy különválasszák a személyiség-

zavaros, az alkoholista és a kábítószerfüggő fogvatartottakat a kezelés intenzívebbé és hatékonyabbá tétele érdekében. Több helyütt tapasztalható: az alkohol- vagy kábítószer-elvonó programban való részvétel önkéntes, illetve szerződésen alapul. *Dániában* például a büntetés-végrehajtás legsúlyosabb gondjait (Nyugat-Európa sok országához hasonlóan) a kábítószer-fogyasztók magas száma okozza. A fogvatartottak egyharmada alkohol, míg egynegyede kábítószerfüggő (1997-es közlés). Ez utóbbiakat a könnyebb kezelhetőség érdekében az egyes intézetek között szétosztják, és ha az érintett szerződésben vállalja – külön körletrészen –, terápiás kezelésben részesítik. *Észtországban* érdekes módon a szenvedélybetegekkel, kábítószeresekkel szemben alkalmazott – a bíróság által előírt – kényszergyógyítás programja nem vált be. Szükség esetén kórházba kerülnek a szenvedélybetegek. Alkoholelvonó programjuk 3 hónapos, a börtönökben folytatódik a terápia, az utógondozás pedig a megfelelő központokban történik a szabadulás után.

Az úgynevezett Atlantis néven működő kábítószer-leszoktató programjuk az önkéntességen alapul, az országban 3 helyen alkalmazzák. Ha nem jelentkezik a szenvedélybeteg a programra, nem kerülhet nyitott börtönbe. A program egyéni és csoportterápiára épül, gyógyszeres kezelés nélkül. Finnországban évek óta tapasztalt tény, hogy a zárt börtönök populációjának 80-90 százaléka alkoholista és/vagy kábítószer-fogyasztó. A kábítószeresek gyógyításában a súlyosabb esetekben legális drogokat használnak. A kábítószer-függőség aránya Izraelben is nagyon magas. Komplex szűrő-, felderítő, gyógyító rendszerük működik. A „tiszta" vagy függéstől szabadult elítéltek részére privilégiumokat biztosítanak, például külön intézetben vagy külön részlegben helyezik el őket, nagyobb kedvezményeket biztosítva nekik. Hollandiában a kábítószerfüggő elítéltek aránya eléri a 40-60 százalékot, esetükben főleg szubsztitúciós (helyettesítő, pótló) terápiát alkalmaznak Metadonnal (1997-es hivatkozás). Horvátországban a fogvatatottak drogelvonása egy központi (zágrábi) börtön részlegében történik. Egy kezelés két hónapig tart, évente megközelítőleg 1000 beteget kezelnek.

Kanadában a fogvatartottak jelentős része szenved pszichiátriás betegségekben, többek között a kábítószer-használat következtében kialakuló zavarokban, skizofréniában vagy súlyos depresszióban. E klinikai programok a kanadai büntetés-végrehajtás pszichiátriai intézeteiben futnak. *Lengyelországban* egy, az USA-ban kidolgozott és ellenőrzött program alapján foglalkoznak – önkéntes alapon – az alkoholisták gyógyításával. Olaszországban olyan megoldással próbálkoznak, hogy a kábítószeres elítéltek elzárás büntetését elsősorban alternatív büntetésekkel váltsák fel. A kábítószeresek efféle büntetése kiváltható szociális felügyelet alá helyezéssel, melynek alkalmazása során az elítélt köteles magát alávetni egészségügyi, terápiás kezelésnek. 1990 óta törvény szabályozza a kábítószer-élvezők rehabilitációját, előírva, hogy azt az állami egészségügyi egységek végezzék a büntetés-végrehajtással és a helyi intézeti egészségügyi egységekkel együttműködve. A kábítószer-élvező fogvatartottaknál 1990 óta metadon-terápiát alkalmaznak pszichológiai és szociális terápiával együtt. Spanyolországban a kábítószeresek magas aránya miatt, a kezelésük kiterjedt. Nemcsak a börtönökön belül, hanem drogrehabilitációs központokban is kezelik őket. A kezelésben a fő hangsúlyt a pszichológiai módszerek alkalmazására helyezik a gyógyszeres terápia helyett. Alkalmaznak *drogmentességi programot* (életmód-korrekciós tanácsadás, pszichoszociális segítség), információs programot (megelőzési és ártalomcsökkentési ismeretek). 1992-től *Metadon szubsztitúciós* program létezik az ópiát (főleg

heroin) használó drogfüggő személyek kezelésére. Svájcban az elítélttel való – a kényszergyógyítással nem egyenlő – pszichológiai foglakozást előírhatja a bíróság. Ez kizárólag gyógyszer nélküli, hosszú időtartamú foglalkozást jelent.

A személyiségzavarosokkal, alkoholistákkal és kábítószer-fogyasztókkal szemben a svájci Btk. intézkedéseket alkalmaz. Az intézkedések végrehajtása az ún. intézkedési centrumokban – 5 ilyen van az országban – történik. Jelentős a munkaterápia alkalmazása. A szenvedélybetegek részlegébe kerülés önkéntes és szerződésen alapul. A metadon-program alkalmazása szigorú feltételekkel, meghatározott ideig, orvosi kontrollvizsgálatokkal és rendszeres vizeletpróba közbeiktatásával zajlik. Svédországban 1988 óta létezik ún. *szerződéses kezelés* azok számára, akik kábítószer-fogyasztás következtében követték el bűncselekményüket. Ez egy meghatározott terv szerinti, külön intézetben történő gyógykezelést jelent, melyen az elítélt önként vesz részt – cserében nem kell letöltenie a bíróság által kiszabott ítéletét. (Ha azonban az elítélt nem működik együtt a terápia során a hatósággal – azaz megszegi a szerződést –, az eredeti ítéletet hajtják végre.) Végezetül Szlovákiában pszichiátriai részleg működik a kényszergyógyításra ítélt alkohol-, oldószer-, gyógyszer- és drogfüggő elítéltek, valamint a szexuális bűncselekmények elkövetői számára.

Vírushordozók, fertőző betegek

A nemzetközi tapasztalatok arra mutatnak, hogy a vénás kábítószer-használat és ezzel párhuzamosan a HIV-fertőzöttek száma nagy mértékben növekszik, sokasodnak a tébécével való együttes előfordulás esetei, nő a tbc-s betegek száma, köztük a rendkívüli járványveszélyt jelentő ún. gyógyszerrezisztens formáké.

A WHO/UNAIDS jelenlegi álláspontja szerint a HIV-fertőzés börtönön belüli terjedésének megakadályozására a felvilágosítás, a condomok biztosítása a kívánatos módszer. A vénás injekciókkal való terjedést *tűcsereprogrammal* gátolják. A kötelező HIV-szűrést és a HIV-fertőzöttek elkülönítését a szervezet elveti, de pusztán emberjogi okokból. A tébécés betegek eredményesebb gyógyulására, a betegség terjedésének és újabb gyógyszerrezisztens esetek megakadályozására a WHO kialakította az ún. DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) módszert. Ennek lényege, hogy az egészségügyi személyzet jelenlétében és ellenőrzése mellett kötelező bevenni az előírt mennyiségű és minőségű tébécé elleni gyógyszert. A módszert börtönön kívül is meg kívánják valósítani. Szükségesnek tartják egy központi jelentési és nyilvántartási rendszer kidolgozását (Ez emlékeztet a magyar tüdőgondozói hálózatra.) A fenti módszer segítségével az egyéni gyógyulási arány jobb, a betegség társadalmi veszélyessége csökken.

A vírushordozó (például AIDS), illetve fertőző betegségben szenvedő fogvatartottak számáról, számarányairól pontos adatokkal nem rendelkezünk. Ennek legfőbb oka, hogy Európa legtöbb államában – az emberi jogokra való hivatkozással – nem, vagy csak a fogvatartott kérésére végeznek vizsgálatokat.

A részletesebb, országonkénti tapasztalatok szerint Észtországban az AIDS-betegeket külső egészségügyi intézményekben kezelik. Ha a betegség nagyon gyors lefolyású, a fogvatartott szabadságra mehet. Lettországban rendszeresen elvégzik az elítéltek AIDS-szűrését, illetve vizsgálatát. Komoly problémát jelent, hogy a fogvatartottak 3 százaléka tébécés beteg. El-

helyezésük a többi fogvatartottal történik, csak távlati tervekben szerepel egy külön intézet felépítése. Franciaországban az emberi jogokra való hivatkozással nem végeznek HIV-szűrést. Hollandiában sincs HIV-szűrés. Horvátországban viszont az AIDS-, illetve hepatitis-vizsgálatok csak valamely indikáció alapján történnek. Lengyelországban az AIDS-esek számára fenntartott osztály önálló épületben található. Németországban (Bajorország) a HIV-vizsgálat elvégzésekor a fogvatartott hozzájárulása is szükséges, a hozzájárulást okmányolni kell. A vizsgálatot, noha nem kötelező, a fogvatartottak nagy része igénybe veszi. Olaszországban a HIV-fertőzöttek száma igen magas. Adataik becsültek, mivel csak az elítélt hozzájárulásával végezhetik el a szükséges vizsgálatokat.

A szeropozitív (HIV-pozitív) személyekkel kapcsolatos intézkedések közé tartozik elkülönítésük a börtönpopuláción belül, vizsgálatukra, ellátásukra külső szakértőt vesznek igénybe, szükség esetén külső kórházakba, klinikai körülmények közé helyezik őket.

Spanyolországban úgyszintén számottevő a HIV-fertőzöttek aránya. Az elítéltek 9 százaléka egyszerre drogos és AIDS-es (1994-es adat). A fertőző betegségek közül a hepatitisz (BCE), a szifilisz, a gonorrea, illetve a tbc kezelése jelent további gondokat. Svájcban abból kiindulva, hogy a kábítószer-probléma szorosan összefügg az AIDS-szel, kísérleteznek egyszerhasználatos steril tűk kiosztásával (1996-os közlés).

Kényszergyógykezelés

E témára – miután a büntetés-végrehajtás fontos, de szűk szeletét képezi – természetesen viszonylag kevés hivatkozás történt. Bár pontos adatokkal nem rendelkezünk, utalások találhatók arra vonatkozólag, hogy a szellemi fogyatékos, súlyosan pszichés, elmebeteg bűnelkövetők száma a legtöbb országban növekszik. A rendelkezésre álló tapasztalatok szerint a személyiségzavarban szenvedő, az alkoholista, a kábítószer-élvező, illetve a kényszergyógykezeltnek számító fogvatartottak elhelyezése gyakran együtt történik. Ausztriában például az osztrák Btk. megelőző intézkedésként szabályozza a szellemileg abnormális jogsértők intézeti elhelyezését, az elvonóintézeti elhelyezést. Olaszországban ugyan nincs központi kórház, de van 6 törvényszéki pszichiátriai kórház, ahol az elítéltek kényszergyógykezelését végrehajtják. Svájcban az intézkedések alkalmazása során a szellemi fogyatékosokat, pszichés betegeket be lehet utalni pszichiátriai intézetekbe, otthonokba terápiás foglalkozásokra. Az a szellemi fogyatékos, aki bűncselekményt követ el és nem visszaeső, normál intézetben tölti büntetését. A személyiségzavarban szenvedők , az alkoholt, gyógyszert, valamint az egyéb kábító hatású anyagot kóros mértékben fogyasztók kezelése együtt történik a súlyos személyiségzavarban szenvedőkkel és elmebetegekkel. Az effajta intézetek átmenetet képeznek a börtön és a pszichiátriai klinika között. Itt pszichiátriai szakvéleménnyel megalapozott büntetéseket és intézkedéseket hajtanak végre.

A pszichiátriai klinikák általában nem rendelkeznek zárt osztállyal, emiatt megtagadják a betegek felvételét. Bern kantonban tervezik (1995-ös adat) egy zárt pszichiátriai intézet létrehozását, mivel egész Svájcban egyetlen ilyen intézmény működik.Szlovákiában a központi kórházban (Trencsény) van egy elmeosztály. Nincs viszont külön IMEI. A kivizsgálás és a kényszerelvonás is itt történik. Két kihelyezett osztály van, Illaván és Lipótváron.

Deák Ferenc