

CSATAI TAMÁS

A rendőrré válás és szolgálatellátás alatti pályaalkalmassági követelmények alakulása az 1800-as évek végétől napjainkig

Az állampolgárok biztonságának megteremtésében (biztonságigényének teljesítésében, szubjektív biztonságérzetének kialakításában) a rendőrségnek – ha nem is kizárólagos, de – meghatározó szerepe van.

Nem lehet vita tárgya, hogy e jogos társadalmi kívánalmaknak a rendőrség csak akkor képes megfelelni, ha a szolgálatellátás minősége javul, a szolgálati teljesítmény növekszik. E minőségi és mennyiségi követelmények alapvető elemei közös töről, azaz a gazdasági és humán erőforrásokkal való helyes gazdálkodás tényezőiből fakadnak, ezek egymást átfedik és nem választhatók el egymástól.

A humánerőforrás-gazdálkodás alapja a rendőr-alkalmassági követelményrendszer működése-működtetése, amely – a mai fogalmaink szerint – öt követelménycsoportba (személyi, képezési, fizikai, pszichikai, egészségügyi) sorolható, de e csoportok szakmai szempontrendszere egyeztetett, közös szemléleti alapra és együttes gyakorlati tennivalókra kell hogy helyeződjön, mivel az alkalmassági felmérés, illetve elbírálás rendkívül összetett kérdés, így egyik szakterület dominanciája sem engedhető meg.

Sokakban még ma is az a tévhit él, hogy a rendőrjelöltek alkalmasságának elbírálása, azaz a rendőrré válás folyamata orvos-egészségügyi dominanciájú, holott a rendőr kiválasztásának – jelenleg már – az orvos az utolsó láncszeme, mivel a személyi, képezési, fizikai, pszichikai, egészségügyi alkalmasság „ötös fogat” – ha jogszabályilag nem is, de – a gyakorlatban úgynevezett erősorrend is. Ez azt jelenti, hogy – a gazdasági erőforrások hatékonyabb felhasználására (azaz az úgynevezett spórolásra) hivatkozás okán – a továbblépés a sorrendben csak az *Alkalmassági* minősítés megszerzésével lehetséges. Ez azonban azt jelenti, hogy a jelöltet nem összetett módon, azaz az öt követelménycsoportra történő megvizsgálás után minősítik. (Meg kell jegyezni, hogy ez az úgynevezett erősorrend az állományban lévő rendőrök alkalmasságvizsgálati rendszerében már nem ilyen egyértelmű.)

Mivel az alkalmassági vizsgálatok hitelességére csupán az interdiszciplináris szemlélet és gyakorlat nyújthat kellő garanciát, így nem mellőzhető az öt alkalmas-

sági követelményrendszer egyenkénti mélyreható elemzése, de orvosként ezt a teljes mélységű értékelést annak ellenére nem tehetem meg, hogy több mint harminc éve foglalkozom a rendőrök alkalmasságának kérdéskörével.

Amire vállalkozhattam, az az egészségi követelményrendszer – viszonylag – teljes mértékű, a pszichikai kritériumrendszer kisebb mértékű és a fizikai követelmények egészségügyi szempontú értékelése-elemzése.

A személyi követelményrendszer vonatkozásában csak megjegyzem, hogy a komplexitásra való törekvés szellemében nem mellőzhető például a büntetlen előélet, a kifogástalan életvitel, illetve a méltatlanság fogalmának mélyreható elemzése-értékelése.

Ugyanúgy újra kell gondolni a rendőrré válás, illetve a szolgálatellátás alatti képesítési követelmények rendszerét is, amelyben nélkülözhetetlen a tiszt, illetve nem tiszt állománycsoportok – illetve az ezek közötti átjárás – oktatási-képzési rendszerének áttekintése.

Mindezekből látható, hogy jelen tanulmány – mind az öt követelménycsoportra vonatkozóan – csak vitaindító lehet; a vitához bővebb alapot csak az egészségi, pszichikai, fizikai követelmények vonatkozásában nyújthatok.

Az egészségi, pszichikai, fizikai alkalmassági vizsgálatok múltjának áttekintése (a Hszt. előtti időszak)

Az 1800-as évek végétől az 1950-es évek elejéig

A *rendőr* szó 1823-ban fordult elő legelőször *Márton József* német–magyar diáklexikonjában. A mai értelemben vett *rendőrség* szó *Fogarasi János* diák–magyar műszó könyvében olvasható. A *rendőrség* szó hivatalosan először az 1840. évi IX. tc.-ben jelenik meg. Magyarországon a *rendőrség* fejlődése az 1871. évi XVIII. tc. megalkotásával vette kezdetét. Az első szervezett rendőri egység, az úgynevezett fővárosi *rendőrség* felállítását az 1881. évi XXI. tc. rendelte el.

Ez után a *rendőrség*nek mennyiségében folyamatosan növekedő, minőségében egyre bonyolultabbá váló ügyekben kellett tevékenykednie.

Ezek a tényezők egyre inkább megkövetelték, hogy a *rendőrség* állományába csak bizonyos szempontok szerint válogatott személyek kerüljenek be, és az addigi toborzási ceremónia helyett szükségszerűvé vált a rendőrijelöltek többirányú alkalmassági vizsgálatának rendszeres bevezetése.

E felismerést támasztja alá, hogy a Budapesti Fő- és Székesfőváros Kir. Rendőrség 1894. évi működéséről szóló jelentésben már a következő olvasható: „...a *rendőrségi főorvos* eszközli a *rendőrségi őrszemélyzet létszámának kiegészítése végett*

a kismemelt legénység egészségi állapotának megvizsgálását és minden egyes vizsgált egyénről felvételi ívet állít ki”.

Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy a rendőrjelöltek – mai fogalmaink szerinti – centralizált egészségi alkalmassági vizsgálata már 1894-ben megkezdődött, és az így kialakuló módszer kisebb-nagyobb szervezeti és szakmai módosítással az 1950-es évek elejéig állt fenn.

Az 1950-es évek elejétől 1996-ig

Az 1952-ben kiadott Rendőrorvosi szolgálat ellátására vonatkozó utasítás rögzítette, hogy „Rendőrségi szolgálatra csak olyan egyének nyilváníthatók egészségügyi szempontból alkalmasnak, akik a szolgálati követelményeknek előreláthatólag hosszabb ideig (25-30 évig) megfelelnek”. Ez a gondolat alapvető változást jelentett a rendőrjelöltek egészségi alkalmasságának elbírálásában, és mivel ezen utasítás kiadásával egyidejűleg országosan kialakultak az úgynevezett belügyi alapellátó egységek, így a megyékben is megkezdődött a rendőri pályára jelentkezők egészségi alkalmassági vizsgálata.

Az egységes elbírálás kialakításának elősegítése érdekében 1961-ben sor került egészségügyi alkalmassági táblázat kiadására.

Ebből a követelményrendszerből a következőket kell kiemelni:

1. Az alkalmassági táblázat 133 pontba csoportosította a betegségeket és fogyatékosságokat.
2. A fizikai alkalmasság, illetve teljesítőképesség még fogalom szintjén sem szerepelt a kritériumrendszerben.
3. Pszichikai alkalmasságot kizárólag az orvosi elme- és idegbetegségek kategóriáiban bírálták el.
4. Az alkalmassági táblázat
 - hat rovatot (I. sorozott őr-járőr és karhatalmi, II. sorozott légmentesítő, III. operatív, IV. hivatásos és továbbszolgálatos, őr-járőr és karhatalmi, V. igazgatási, hadtápl, irodai, egészségügyi és műszaki, VI. tiszti és tiszthelyettesi iskolások),
 - négy minősítést (alkalmas, alkalmatlan, egyéni elbírálás, szakszolgálatra alkalmas) különböztetett meg.
5. Az alkalmassági táblázat döntően a felülvizsgálatra kerülő személyek alkalmatlanságának az eldöntéséhez készült azzal a kitételrel, hogy a rovatok alkalmazásánál mindig a felülvizsgálatra kerülő személy által betöltött munkakör számított.
6. Az alkalmatlanság eldöntéséhez az összes rovatot figyelembe kellett venni, azaz a hivatásos beosztottak a FÜV bizottságok csak akkor javasolhatták egészségügyi okokból leszerelésre, ha valamennyi rovatban alkalmatlan minősítést kaptak.

(Például a IV. rovat szerinti alkalmatlan az V. rovat szerinti beosztásban alkalmas! Ezt az illetékes FÜV bizottságnak *formailag* is így kellett meghatározni!)

7. Felvétel esetén is az alkalmassági táblázat alapján kellett dönteni azzal a kitételel, hogy az irányadó rovatot a felveendő személy jövőbeni, várható beosztása szabta meg.

A rendőrök egészségi alkalmassági vizsgálatát 1965-ig az illetékes fővárosi és vidéki rendőrorvosok végezték. 1965-től a fővárosi illetékességű rendőri állomány egészségi alkalmassági vizsgálatának összegzésével, minősítésével a BM Szakorvosi Rendelőintézet egyik belgyógyász szakorvosát bízták meg. A vidéki rendőr-főkapitányságoknál továbbra is a rendőrorvosok látták el ezt a feladatot.

Mivel a szabályozás többszöri korrekciója, illetve a szakmai tevékenység fokozott figyelemmel kísérése ellenére a rendőri felvétel előtti egészségi alkalmassági vizsgálatok elvégzése terén nem alakult ki egységes gyakorlat, így olyan döntés született, hogy az egységes elvek alapján működő és megfelelő szakmai ismeretekkel végzett egészségi alkalmassági vizsgálat csak egy központi intézmény létrehozásával biztosítható. Ilyen megfontolások alapján jött létre 1980-ban a BM Korvin Ottó Kórház és Intézményei önálló szervezeti egységként az Egészségügyi Alkalmasságot Vizsgáló Osztály, amely 1985-től az ország egésze vonatkozásában vizsgálta a hivatásos rendőri állományba jelentkezők egészségi alkalmasságát.

A vizsgálatok centralizálása mellett további feladat volt, hogy a rendőri alkalmasság orvosi elbírálásánál az eddigieknél nagyobb súlyt kapjon a fizikai erőnlét és a szellemi teljesítőképesség vizsgálata.

A vizsgálatok centralizálásával egyidejűleg általános követelménnyé vált az illetékes alapellátó orvosok által végzett ügynevezett előszűrés, amikor is a fizikai vizsgálatokkal is felismerhető nyilvánvalóan alkalmatlanokat már helyben ki lehetett szűrni.

Meg kívánom jegyezni, hogy az 1971. évi 10. tvr. mérföldkő volt a hivatásos szolgálati viszony szabályozásában. Ugyancsak nagy jelentőségű volt a 17/1973. BM paranccsal kiadott Belügyminisztérium Egészségügyi Szabályzata, amely lefektette az alkalmassági vizsgálatok eljárási rendjének alapjait, az alkalmassági követelményrendszert azonban nem módosította.

Mivel az 1961-ben kiadott egészségügyi alkalmassági táblázat elavult, így 1981-ben – az eltelt húsz év tapasztalatainak figyelembevételével – új belügyi egészségügyi alkalmassági táblázat kidolgozására és kiadására került sor.

Az „új” követelményrendszerből a következőket kell kiemelni:

1. Az alkalmassági táblázat 136 pontba csoportosította a betegségeket és fogyatékségeket.

2. Meghatározott kritériumrendszer szerinti fizikai alkalmassági vizsgálat nem történt, de az orvosi vizsgálatnak ki kellett terjednie az „általános erőnléti állapotra” is. Az alkalmassági táblázatban alkalmatlansági okként szerepelt a „Nem kielégítő fizikai teljesítőképesség”. Meg kell jegyezni, hogy ehhez a megállapításhoz semmiféle magyarázat nem tartozott.
3. Meghatározott kritériumrendszer szerinti pszichikai alkalmassági vizsgálat nem történt, de az egészségi alkalmasság elbírálásánál az orvos pszichológiai vizsgálatot is végezhetett annak érdekében, hogy csak megfelelő szellemi teljesítőképességet nyújtó egyének kerüljenek hivatásos állományba. Az alkalmassági táblázatban alkalmatlansági okként szerepelt a „Nem kielégítő szellemi teljesítőképesség”. Ehhez a megállapításhoz az alkalmassági táblázat magyarázata a következő általános eligazítást adta: *„A psychodiagnosztikai módszerrel bizonyítható ideg- és elmebetegségek a belügyi szolgálattal össze nem egyeztethető betegségek.”*
4. Az alkalmassági táblázat
 - három (I., II., III.) úgynevezett szakágazati (munkaköri) kategóriát (I. kategóriába tartozott például a bűnügyi állomány, a II. kategóriába tartozott a közrendvédelem, közlekedésrendészeti állomány, a III. kategóriába tartoztak a funkcionális szervek),
 - az egyes kategóriákon belül két (A, B) jelzést és
 - három minősítést (alkalmas, alkalmatlan, egyéni elbírálást különböztettek meg. Megjegyzés: a Rendőrtiszti Főiskolára és a BM-tanintézetekbe való felvételt megelőző egészségügyi alkalmasság orvosi véleményezésénél mindig a főiskola, illetve a tanintézet elvégzése utáni szakágazatoknak megfelelő kategóriákat kellett figyelembe venni.
5. A jelzések közül
 - a) az A jelzést
 - a Rendőrtiszti Főiskolára, a BM-tanintézetekbe történő beiskolázások,
 - a hivatásos állományba történő felvételek, valamint
 - átminősítések során,
 - b) a B jelzést a hivatásos állományban lévő megváltozott egészségi állapotú személyek egészségi alkalmasságának elbírálásánál kellett alkalmazni.

A Hszt. előtti időszak összefoglalása

A Hszt. hatálybalépéséig az egészségi alkalmassági követelményeknek való megfelelő elbírálása, valamint a szellemi és fizikai teljesítőképesség megítélése az orvosi kompetencia körébe tartozott.

Az orvosi vizsgálatnak ki kellett terjednie az általános erőnléti állapot megítélésére is, erre vonatkozóan döntően az alkati adottságok, csontváz- és izomrendszer, a szív és keringési, valamint a légzőrendszer vizsgálata adott támpontot.

Mivel a „kielégítő”, illetve „nem kielégítő” fizikai teljesítőképesség megítélése az egészségügy mellett más szakterületek bevonását is igényli, így a vizsgáló rendszerek kimunkálását az orvosok a kiképzési szakemberekkel (a későbbiekben úgynevezett sporttisztakkal) együtt végezték. A közös tevékenység nyomán kialakult, hogy a fizikai teljesítményt vizsgáló módszereken belül a legfontosabb a kényszerítő (szorító, csavaró, karoló, emelő) teljesítmények, az állóképesség és a rugalmasság vizsgálata. Ezen túl az egyenruhát viselő, fegyveres szolgálatot teljesítő személyek természetek, külső jegyeinek követelményei is vizsgálatot igényeltek.

A vizsgálatot végző orvosnak az előbbiek alapján kellett döntenie a „fizikai teljesítőképesség” kielégítő vagy nem kielégítő voltáról.

Az orvosi vizsgálat keretében kellett döntenie a „szellemi teljesítőképesség” kielégítő vagy nem kielégítő voltáról is.

Mivel a szellemi teljesítőképesség megítélése a pszichológia és a pszichiátria kompetenciakörébe tartozik, így a kielégítő (nem kóros), illetve nem kielégítő (kóros) állapot megítélését az orvosok pszichológusok bevonásával végezték. Ennek érdekében az orvosi vizsgálatokon kívül pszichológiai vizsgálatok („pszichodiagnosztikai módszerek”) is történhettek. A szellemi teljesítőképesség vizsgálata kiterjedt a figyelemkoncentráció, a rövid távú emlékezet és az intelligencia mérésére.

Az orvosi vizsgálatokkal diagnosztizálható úgynevezett nagy ideg-, elmebetegségekben túl az elvégzett pszichológiai vizsgálatokkal fény derült bizonyos képességbeli, illetve személyiségbeli zavarokra is, segítve ezáltal a komplexebb megítélést. A személyiségzavarok között kiemelhető például

- a katonai normatívák betartásának képtelensége,
- magatartásbeli változással, illetve a feladatellátás elégtelenségével járó „szervneurosis” kritériumrendszere.

Megjegyzés: „Homosexualitás esetén alkalmatlan minősítés hozandó”.

A vizsgálatkor figyelmet fordítottak a beszéd-, az írás- és fogalmazáskészség mi-kéntjére is.

A pszichológiai vizsgálat eredménye beépült az orvosi vizsgálat minősítésébe, mivel a vizsgálat a kóros elváltozás kiszűrésére és nem az elvárható teljesítmény előrelépésére vonatkozott.

Már akkor látszott, hogy a pszichológia az egészségügyből – lassan, de egyre határozottabban – kiválik, és külön megfontolást igényelt, hogy a pszichológia milyen formában és mennyire építhető be az alkalmassági vizsgálatok rendszerébe.

A Hszt. előtt tehát mind a rendőrré válás folyamatában, mind a szolgálatellátás alatt az egészségi, pszichikai, fizikai alkalmasság elbírálása egészségi dominanciájú volt, ami magában hordozta az orvosi szemléletmód előnyeit és hátrányait egyaránt.

Az egészségi, pszichikai, fizikai alkalmassági vizsgálatok jelenének áttekintése (a Hszt. utáni időszak)

1997-től 2000-ig

A – mai fogalmaink szerinti – egészségi, pszichikai, fizikai alkalmassági követelmények elbírálása 1997. május 21-ig, azaz a 33/1997. (V. 13.) BM–IM–TNM együttes rendelet (a továbbiakban: 33/1997. rendelet) hatálybalépéséig az orvos kompetenciakörébe tartozott.

Az egészségi alkalmassági vizsgálatok területén néhány eljárási elem megváltozott, de a szakmai szabályozás – kisebb finomításokon kívül – érdemben nem módosult. A 33/1997. rendelet főként a pszichikai és fizikai alkalmassági vizsgálatok terén hozott új elemeket.

A fizikai alkalmasság elbírálása alapvetően megváltozott, és kikerült az egészségi alkalmasság elbírálási rendjéből. Az egészségügy szerepe csak az ismételt nem megfelelő minősítés esetén került látótérbe, amikor vizsgálni kellett a nem megfelelő minősítést kiváltó okokat.

A „Nem kielégítő fizikai teljesítőképesség” fogalmat alkalmazó előző szabályozást hatályon kívül helyezték, és helyette a „Megfelelő”, „Nem megfelelő” minősítést vezették be.

A bevezetett négy életkori csoporton belül külön férfiakra, illetve nőkre vonatkozó feladat- és értékelési pontrendszer alapján történt a minősítés.

A minősítés – az összeállított öt feladatból (fekvőtámasz, felülés, hajlított karú függés, 4 x 10 m-es ingafutás, 2000 m-es síkfutás) négy gyakorlati teljesítésével szerzett pontszám alapján is történhetett.

Mindezek alapján a hivatásos állományba felvételre kerülők, illetve a hivatásos állomány ötven év alatti tagjainak fizikai alkalmasságát évente egyszer fizikai állapótfelmérésen kellett ellenőrizni, amelyet az úgynevezett sporttisztiek végeztek el. Ezáltal a fizikai alkalmasság vizsgálata – térben és időben egyaránt – „elszakadt” a másik két alkalmasság vizsgálatától.

A pszichikai alkalmasság elbírálása szintén alapvetően megváltozott, mivel ezekre a vizsgálatokra az egészségi vizsgálatoktól elkülönítetten, még az előtt került sor. A döntést a teljesítménytesztiek eredményei és a személyiségtesztiek értékelése alapján a pszichológus hozta meg.

A „Nem kielégítő szellemi teljesítőképesség” fogalmat alkalmazó előző szabályozást hatályon kívül helyezték, és helyette bevezették a *pályaalkalmasság* fogalmát.

Az eddigi – orvos által véleményezett – kóros-nem kóros kategóriákon túl a nem kóros kategóriában további pszichológiai vizsgálatra került sor, mivel vannak olyanok, akiknek az általános intelligenciája hiányos, szellemi szintjük alacsony – a mindennapi értelemben ez nem kóros –, de a rendőri munkára nem alkalmasak. A pszichológiai vizsgálatok során az eddigieknél nagyobb jelentőséget tulajdonítottak a jelölt szociális készségei elemzésének. Az addig alkalmazott képesség- és teljesítményvizsgáló eljárások kiegészültek személyiségvizsgáló tesztekkel. Ez után a hivatásos állományba felvételre kerülők pályaalkalmassági minősítését – az egészségi vizsgálatoktól elkülönítetten, az előtt – a pszichológus önállóan hozta meg.

A hivatásos állományban lévők esetén korcsoportonként meghatározott időközönként (negyvenéves korig háromévenként, 41 és 50 év között két évenként, 51 évtől évente) úgynevezett időszakos pszichikai alkalmassági vizsgálatra került sor.

2000-től 2009-ig

A 33/1997-es együttes rendeletet – a 2000. szeptember 22-én hatályba lépő és kisebb mértékben többször módosított – 21/2000. (VIII. 23.) BM–IM–TNM együttes rendelet (a továbbiakban: 21/2000-es rendelet) váltotta fel.

A követelményrendszerből a következőket kell kiemelni:

1. Az új jogszabály az addigi 136 ponthoz képest 156 pontba csoportosította az orvosi elváltozásokat.
2. Az alkalmassági táblázat
 - öt úgynevezett szakágazati (munkaköri) kategóriát (I., II., III., IV., S [speciális K [külszolgálat])
 - négy minősítést (alkalmas, alkalmatlan, egyéni elbírálás, ideiglenesen alkalmatlan) különböztetett meg.

Az egyes kategóriákon belüli A és B jelzés megszűnt, ez a táblázat alkalmazhatóságát „egylábúvá” tette, mivel az állományban lévő megváltozott egészségi állapotúak vonatkozásában – érdemben – nem volt használható!

A 21/2000-es rendelet hatálybalépésével az egészségi alkalmassági vizsgálatok területén – a szakmai szabályozás kisebb finomításán kívül – érdemi változás nem történt.

A pszichikai követelmények részletesebb elemzése előtt, íme, néhány gondolat a fizikaialkalmasság-vizsgálatok változásairól az orvos szemszögéből:

- a jogszabály szövege szó szerint megegyezett az előző jogszabály szövegével,

- a feladat- és értékelési pontrendszer vonatkozásában az addigi öt feladatrendszert (fekvőtámasz, felülés, hajlított karú függés, 4 x 10 m-es ingafutás, 2000 m-es síkfutás) további két feladattal (fekve nyomás, helyből távolugrás) egészítette ki,
- az eddigi jogszabályban meghatározott korcsoportri pontérték minősítést nem határozta meg, azt az országos parancsnok hatáskörébe utalta,
- előírták, hogy a fizikai alkalmassági vizsgálatot testnevelési vagy sportszakmai képesítésű személyek végezhetik.

A pszichikai alkalmasság kritériumrendszere jelentősen megváltozott. Az „alkalmassági követelmények”-ben a személyiségbeli tulajdonságok nyolc alcsoportba, a képességbeli szintek öt alcsoportba kerültek besorolásra.

A 157/1. kódszámmal jelölt „személyiségbeli tulajdonságok” kategórián belül a következő faktorok vizsgálatára, illetve szűrésére került sor:

- Patológiás személyiségképek, személyiségzavarok.
- Devianciára, korrupcióra utaló személyiségjegyek.
- Szorongásra vagy túlzott agresszivitásra utaló személyiségjegyek.
- Önkontroll hiánya, zavar.
- Pszichés terhelhetőség alacsony szintje.
- Alkalmazkodási készség alacsony szintje.
- Alacsony szintű szociabilitás, a szociabilitás zavar.
- Pályamotiváció hiánya.

Például a patológiás személyiségképekhez és személyiségzavarokhoz tartoznak mindazok a személyiségjegyek és személyiségtulajdonságok, amelyek hatásmechanizmusuknál fogva gátolják és kontraindikálják az adott munkakörre való alkalmasságot és beválást, negatívan hatnak a munkavégzés hatékonyságára, és előrevetítik az egyén pszichés státusának jövőbeni romlását.

A 157/2. kódszámmal jelölt „képességbeli szintek” kategóriába tartozik

- Képességbeli hiányosságok, zavarok.
- Mentális képességek csökkentek voltak, zavar.
- Figyelmi képességek csökkentek voltak, zavar.
- Szenzomotoros képességek csökkentek voltak, zavar.
- Kommunikációs készségek hiánya, zavar.

Például a képességbeli hiányosságokhoz, zavarokhoz tartozik a munkakör által követelményként támasztott mindazon képességek, készségek hiánya vagy zavar, ami gátolja a munkavégzés hatékonyságát, és így az alkalmasságot kizáró tényező lehet.

Az előbbiekből láthatóan egy széles szakmai alapú, de igen szerteágazó alkalmassági kritériumrendszert alakítottak ki, ennek alapján a pszichikai alkalmasság elbírálására a pszichológus vált jogosulttá.

A Hszt. utáni időszak összefoglalása

A Hszt. hatálybalépése után kezdődött el az egészségi, pszichika, fizikai alkalmasság – addig egységes, illetve komplex – vizsgálatának, illetve minősítésének szétválása.

A 33/1997-es rendelet és a 21/2000-es rendelet (a továbbiakban: rendeletek) részletesen és pontosan meghatározták a rendőrré válás folyamatának, illetve a rendőri szolgálati viszony fennállása alatti egészségi, pszichikai, fizikai alkalmassági követelményeket.

Az alapvető változást az jelentette, hogy míg a Hszt. előtt az alkalmasság-alkalmatlanság vonatkozásában a „végső szót” – a szakorvosi (belgyógyász, bőrgyógyász, ideg-elmorvos, fülész, nőgyógyász, mozgásszervi sebész, röntgen, szemész) rész döntések és egyéb rutinszerűen végzett (labor-, EKG-) vizsgálatok alapulvételével, valamint a sportfisz és a pszichológus véleményének figyelembevételével – az orvos mondta ki, azaz kvázi „bizottsági” döntés született, addig a Hszt. után a három szakterület szakembere – egymástól függetlenül – mondott „végső szót”, azaz a minősítésnél megszűnt az orvosi dominancia.

A rendőrré válás alkalmassági rendszerében az együttes rendeletek – az előbbieken túlmenően – bevezették az egymásra épülés rendszerét, azaz erősortrendet vezettek be, ami azt jelentette, hogy a pszichikai alkalmassági vizsgálatra csak az került, aki a fizikain megfelelt, és egészségi alkalmassági vizsgálat csak annál történt, aki mindkettőn túljutott. (Azt pedig csak mint nem kompetens jegyzem meg, hogy ezeket megelőzte a személyi és képesítési „rosta”!)

Addig, amíg a rendőrré válás folyamatában az egészségi alkalmasság vizsgálatának feladata a Hszt. hatálybalépése után is a betegségben, testi fogyatékban szenvedők kiszűrése maradt – feltételezve ugyanis, hogy az egészségi, testi fogyatéktól mentes emberek alkalmasak a rendőri feladatok ellátására –, addig a fizikai és pszichikai alkalmassági vizsgálatok célja és feladata – teljesen elszakítva az orvosi vizsgálatoktól – nem lett egyértelműen megfogalmazva.

Véleményem szerint a szakterületek „önállósodása” hirtelen és megfelelő előkészítés nélkül történt, ez a későbbiekben több értelmezési problémát okozott.

Mivel a jelenlegi rendőri állomány több mint kilencven százaléka az együttes rendeletek egészségi, pszichikai, fizikai alkalmassági követelményei alapján került az állományba, és a mintegy tízéves szolgálatellátásuk idején is e követelményrendszer

alapján történtek az időszakos alkalmasság vizsgálatai, így a megváltozott körülmények (társadalmi morál változása, rendőrségre vonatkozó követelmények növekedése, rendőrséggel kapcsolatos negatív attitűdök erősödése) indokoltá tették a követelményrendszer felülvizsgálatát és a korszerűsítés, illetve fejlesztés irányainak kijelölését.

A felülvizsgálat nyomán meghatározott korszerűsítés, fejlesztés – mai fogalmaink szerint – általában valamely magasabb követelményszint előírását jelenti. A felülvizsgálat nyomán megfogalmazott továbbfejlesztés, korszerűsítés – véleményem szerint – nem szükségszerű velejárója a követelményrendszer normáinak felelése, sokkal inkább jelenti – mind a vizsgálatokban, mind a véleményezésben – a munkakört az eddiginél jobban figyelembe vevő, differenciáltabb minősítési rendszer kialakítását. A továbbfejlesztés ma már a differenciáltabb vizsgálatokat, az adatok részletesebb rögzítését, tartalmasabb közlését, továbbá a jelentkezők alkalmasságának munkakörre jobban adaptált elbírálását jelenti.

Az alkalmassági követelményrendszer korszerűsítése, fejlesztése irányainak összegzése

Mind az öt követelménycsoportot részletesen át kell tekinteni:

1. a személyi alkalmassági követelményrendszer körében pontosan meg kell határozni például
 - a kifogástalan életvitel,
 - a szolgálat befolyásolástól mentes ellátását veszélyeztető körülmények,
 - a hivatásos állomány tagjához és beosztásához méltó magatartás szolgálaton kívüli tanúsításának kritériumait;
2. a képzési alkalmassági követelmények rendszerében ki kell alakítani például
 - a rendfokozati állománycsoporthoz meghatározott,
 - a beosztáshoz (munkakörhöz) szükséges állami és szakmai iskolai, valamint a speciális rendészeti végzettség karrierrendszerü egymásra épülését;
3. a személyi és képzési követelményekhez kapcsolódóan meg kell újítani a személyi állomány tagjai minősítésének és teljesítményértékelésének rendszerét oly módon, hogy az hatékonyabban támogassa az egyén fejlődését és a személyes sikerek elérését, és ezzel egyidejűleg hatékonyabban járuljon hozzá a rendőrség eredményes működéséhez;
4. az egészségi, pszichikai, fizikai alkalmassági követelménycsoportokon belül külön-külön kell meghatározni
 - a felvételtkori,
 - az állományban lévőkre vonatkozó, úgynevezett időszakos,
 - a megváltozott egészségi állapotú (FÜV-eljárás alatt álló) személyekre vonatkozó alkalmassági kritériumrendszert;

5. az egészségi, pszichikai, fizikai alkalmasság vizsgálatokat komplex módon kell végezni, ami azt jelenti, hogy a három szakterület szakemberei állapotot írnának le, és a döntést (alkalmas, alkalmatlan) a három szakterület képviselőiből álló bizottság hozná meg;
6. az egészségi alkalmassági vizsgálati protokoll jelenlegi rendszerének „megfordítása”, azaz a több költséges szakmai részvizsgálat utáni összegzés helyett egy alapos, részletes foglalkozás-egészségügyi orvosi szemléletű – szükség szerinti szakorvosi vizsgálatokkal kiegészített – vizsgálat utáni összegzés;
7. az egészségi alkalmassági vizsgálat alapjául szolgáló – jelenleg szétaprózott, nem koherens – úgynevezett alkalmassági táblázat egyszerűsítése, azaz a következő nyolc betegség-fogyatékosági-egészségkárosodási kategóriánál az egyértelműen (nyilvánvalóan) alkalmatlan határ meghatározása, egyéb esetekben az egyéni elbírálás lehetőségének megadása:
 - alkati elváltozások (testmagasság, testsúly, testfelszín, megjelenés, tetoválás, foghiány),
 - anyagcsere-elváltozások (cukor, vérszír),
 - szív- és érrendszeri elváltozások (vérnyomás),
 - látásélesség, színlátás,
 - hallás,
 - sérülések, műtétek utáni állapot,
 - allergiás állapotok,
 - mozgásszervi elváltozások (elfajulás, kopás);
8. az egészségi alkalmassági táblázatból ki kell emelni a pszichés elváltozások fejezetet, és be kell illeszteni az újonnan kialakítandó pszichikai alkalmassági táblázatba, az új pszichikai alkalmassági kritériumrendszer kialakításánál a kóros-nem kóros kategóriákon túl az utóbbi esetében pontosan meg kell határozni a nem kóros, de nem alkalmas kritériumrendszert;
9. a fizikai alkalmassági követelményrendszer korcsoporti bontását összhangba kell hozni az egészségi, pszichikai követelményrendszerénél alkalmazott korcsoporti bontással, és a jelenlegi sematikus feladat-végrehajtási rendszert át kell alakítani egy dinamikus végrehajtási tevékenységi rendszerre, amelyben egy részfeladat végre nem hajtása nem lehet kizáró ok; mivel a fizikai állapot fejleszthető tényező, így meg kell teremteni a jogorvoslati lehetőséget.

A 2009. november 15-én hatályba lépő 57/2009. (X. 30.) IRM-ÖM-PTNM együttes rendelet (a továbbiakban: 57/2009. rendelet) szakmai koordinációja több hónapig zajlott. A koordináció folyamán számtalan formális és informális csatornán kifejtettem azt a véleményemet, hogy mivel az 57/2009. rendelet tervezete hibás szakmai koncepción alapul, így az egyes részelemek sem szolgálják a korszerűsítést.

Az 57/2009. rendelet tervezetének kodifikációja során több fórumon képviseltem azt az álláspontot, hogy az új szabályozás figyelmen kívül hagy olyan igen fontos rendőrszakmai vonatkozásokat, amelyek a rendőrség arculatának kialakítása, a szolgálati feladatok zökkenőmentes ellátása, az állomány hadrafoghatóságának biztosítása vonatkozásában meghatározó jelentőségűek.

A vázolt korszerűsítési irányok konkrét áttekintése alapján a következőkben látható, hogy az 57/2009. rendelet mennyiben felel meg a kívánalmaknak:

- a fizikai alkalmassági kritériumrendszer területén nem vezeti be az egészségi és pszichikai alkalmassági vizsgálatoknál alkalmazott negyven év alatti és feletti kategóriákat, és az életszerű dinamikus, folyamatosan végrehajtható mozgásgyakorlat helyett bevezeti a megemelt szintű, kötelező (kizáró jellegű) 2000 m-es síkfutás teljesítését; nem teremti meg a jogorvoslat lehetőségét;
- nagyobb hangsúlyt helyez az „alkalmasság összesített minősítése” fogalom használatára, de jelenlegi formájában nem teremti meg az alkalmasság valóban komplex értékelésének feltételeit, mivel az egészségi, pszichikai, fizikai alkalmasságot vizsgáló szakemberek nem javaslatot tesznek, hanem önálló (kizáró) döntést hoznak – miként a személyi és képzési alkalmasság (megfelelés) esetén is történik –, és ezáltal sem az állományba kerülők, sem az állományban lévőkhöz történő minősítése esetén nem valósul meg az alkalmasság komplex elbírálása;
- az egészségi, pszichikai, fizikai követelménycsoportoknál csak minimális mértékben valósult meg a felvétel előtti, az állományban lévők, illetve a megváltozott egészségi állapotúakra vonatkozó alkalmassági követelmények elkülönített módon történő meghatározása;
- az egészségi alkalmassági vizsgálati protokoll „lábra állítása” nem teljesül, mivel az esetek jelentős részében feleslegesnek mondható költséges szakorvosi vizsgálatokat továbbra is úgy mond „kapásból” elvégzik, ahelyett, hogy egy – részletes kórelőzményi adat beszerzése és értékelése utáni – foglalkozás-egészségügyi szemléletű alapvizsgálat történne, és a kiegészítő vizsgálatokra csak céltzottan kerülne sor;

- az egészségi alkalmassági táblázat gyakorlatban való használhatósága kérdéses, mivel az egyéni elbírálás lehetőségét úgy szélesíti, hogy a nyilvánvalóan alkalmatlan betegség, fogyatékosági, egészségkárosodási kategóriákat is oda sorolja;
- a pszichés zavarok, pszichológiai elváltozások, kóros-nem kóros elkülönítésének kritériumrendszerét nem egyértelműen dolgozták ki, illetve határolták el, és a nem kóros, de nem alkalmas kategória vizsgáló és minősítő rendszere pedig további kiegészítéseket igényel.

Az egyes betegségek, illetve fogyatékok orvosi minősítésével kapcsolatos konkrét példákat a táblázat tartalmazza.

A pályaalkalmassági vizsgálatok jövője

A rendőrség eredményes és gazdaságos tevékenységét – egyéb tényezők mellett – döntő módon befolyásolja, hogy olyan személyeket vegyenek fel, illetve olyanok legyenek állományban, akik – a munkaköri követelményekből reálisan adódó – egészségi, pszichikai, fizikai károsodások elkerülésével legyenek képesek a szolgálati feladatoknak eleget tenni.

Rá kell mutatni, hogy a korszerű európai szintű rendőrség megteremtésének legfontosabb feltétele a tudományos alapokon nyugvó modern vizsgáló módszerekkel és szemlélettel dolgozó alkalmasságvizsgáló tevékenység, amely megfelelő hatékonyság esetén az alkalmatlanok kiszűrésével, a kiváló színvonalú szakmai munka megteremtésén túl a rendőrség szervezetét jelentős anyagi megterhelésektől is megóvhatja.

Határozottan állítható, hogy egy alkalmatlan személy kiképzési és felszerelési költsége, az általa esetleg szakszerűtlenül végzett intézkedés negatív anyagi vonzata, a rövid időn belül szükséges leszereléssel kapcsolatos járandóságok előteremtése az alkalmasságvizsgálatra fordított költségek többszörösébe kerül.

Eddigi tapasztalataim alapján úgy ítélem meg, hogy a jelenlegi alkalmassági rendszerünk – elismerve a több mint ötvenéves egészségi alkalmassági rendszer nemes hagyományait, valamint a mintegy 15-20 éves pszichológiai és fizikai alkalmassági rendszer „szárnypróbálgatásait” – ma már nem segíti kellő hatékonysággal a korszerű rendőri követelményeknek megfelelő emberi erőforrás kiválasztását.

A megfelelő szemlélet és gyakorlat hiányosságaiból adódó paradoxon, hogy a kiválasztás szabályozottnak, részletesnek, szakmailag megalapozottnak mondható, mégis, a kiválasztottak egy része rövid idő után alulteljesít, beilleszkedési zavarokkal küszködik, pszichoszomatikus betegségei lesznek.

Az alkalmassági vizsgálatok hatékonyságának növelése paradigmaváltást követel, ennek előfeltétele a szemlélet átforgalmazása és a gyakorlati tennivalók újragondolása.

Az alkalmasság-elbírálási rendszer átalakításának kiindulópontja, hogy a rendőrszakma megfogalmazza az új, megváltozott szolgálati feladatokból, új kihívásokból adódó követelményeket, és az ezekhez szükséges alkalmassági megfelelésre az öt szakterület szorosan együttműködve, egy megfelelő hatékonyságú, komplex vizsgálati módszerrel válaszol.

Mivel a jövő rendőreinek nemcsak a „polgárbarát rendőr”, hanem a „rendőrbárát polgár” szemlélet kialakítására is alkalmassá kell válnia, így az ez irányú alkalmasság-elbírálása több különböző képesítésű szakemberekből álló team újszerű együttműködését teszi szükségessé.

Megítélésem szerint a rendőrialkalmasság-elbírálásának modernizációja csak a humánszolgálat reformjának keretein belül valósítható meg, amikor is a rendőri alkalmassági vizsgálatok teljes spektrumát egy a rendőrség által működtetett központ végezné, és ebben a központban történne az állományban lévők ügynevezett bevételek vizsgálata is. Ezeket túl a különböző vezetői szintekhez kötött és a beosztás betöltéséhez szükséges alkalmasságok vizsgálatával, kialakításával egy új karrierrendszer bevezetéséhez is jelentős segítséget nyújthat.

Ki kell mondani, hogy az alkalmasság-elbírálásakor nagyobb szerepet kell kapniuk a képességeknek, adottságoknak, a rátermettségnek, ezek azonban a jelenlegi szűk időkeret, valamint a statikus vizsgálati rendszer miatt nem ítéltethők meg kellőképpen. Hosszabb idő alatt, bizonyos szituációs gyakorlatok formájában, dinamikus, az életközeli vizsgálati folyamatban vizsgálhatók olyan tulajdonságok, mint például az önismeret, a kommunikációs készség, a spontaneitás, a helyzetfelismerő képesség, a kreativitás, az empátia, a verbális és nonverbális kommunikáció, alkalmazkodó készség, amelyek megfelelése nélkülözhetetlen a bevételekhez.

Az alkalmassági vizsgálatok keretén belül az eddigieknél nagyobb jelentőséget kell tulajdonítani az önismeret és a beállítódások vizsgálatának, ami fontos összetevője lehet a későbbi bevételeknek. Mivel az önismeret nem magától értődő adottság, így a rendőriszkolai képzésbe az önismeret-fejlesztés feladatát a jelenleginél hatékonyabban kell beilleszteni.

A múlt és jelen bemutatásával, valamint a jövő igényeinek felvillantásával – kiemelve *dr. Félégyházy Csaba*, *dr. Vörös István*, *dr. Balázs István*, *Bilkei Pál* elévülhetetlen érdemeit – én is hozzá kívánok járulni egy modern, a társadalmi kívánalmaknak megfelelő rendőrség kialakításához.

Példák az egyes betegségek, illetve fogyatékségek orvosi minősítésére

Betegség, illetve fogyatékság	Hsz. előtti időszak		Hsz. utáni időszak	
	1961-es alkalmassági táblázat	1981-es alkalmassági táblázat	21/2000-es alkalmassági táblázat	57/2009-es alkalmassági táblázat
Alkati elváltozások (teherképesség, kesztők, terhesléc, megjelenség, terhelés, fogzati)	Teherképesség: min. 150 cm Felső: teherképesség minusz 105 Felső súly: 15 százalékos vagy nagyobb hány esetén AN Terhelés: nem vizsgálati szempont Fogzati: nem vizsgálati szempont	Teherképesség: min. 140 cm Felső: teherképesség minusz 100-105 Felső súly: 15 százalékos vagy nagyobb hány esetén AN Terhelés: nem vizsgálati szempont Fogzati: foghíngy, nem káros ok	Teherképesség: min. 160 cm Felső: teherképesség minusz 105 Felső súly: 15 százalékos vagy nagyobb hány esetén AN Terhelés: nem vizsgálati szempont Fogzati: foghíngy, illetve káros ok	Teherképesség: min. 160 cm Felső: teherképesség minusz 105 Felső súly: 15 százalékos vagy nagyobb hány esetén AN Terhelés: nem vizsgálati szempont Fogzati: foghíngy, illetve káros ok
Angyagszerve-elváltozások (cukor, vérzár)	Diabétes mellitus: Mérsékelt form: AN (megszűnt) nincs Vérzár: nem vizsgálati szempont	Diabétes mellitus: Felsőli előt: minden formájú AN. Alományban: egyéni elbírálás. Vérzár: nem vizsgálati szempont	Diabétes mellitus: Felsőli előt: minden formájú AN. Alományban: egyéni elbírálás. Vérzár: nem vizsgálati szempont	Diabétes mellitus: Felsőli előt: egyéni elbírálás. Alományban: egyéni elbírálás. Vérzár: nem vizsgálati szempont
Szív- és érrendszeri elváltozások (vérmennyiség)	RR: 170 Hgmm fölött AN RR: 150 Hgmm fölött szív- és érrendszeri szövődménnyel AN Tegyes elváltozást nem vizsgálati	Felsőli előt: magas vérmennyiség általában káros ok, egyéni elbírálás, van AN. Alományban: egyéni elbírálás	RR: 160/90 Hgmm fölött Felsőli előt: magas vérmennyiség AN. Alományban: egyéni elbírálás	RR: 160/90 Hgmm fölött Felsőli előt: magas vérmennyiség AN. Alományban: egyéni elbírálás
Látás	Felsőli előt: mindkét szemem 0,3 alatt AN	Felsőli előt: mindkét szemem 0,3 alatt AN. Alományban: egyéni elbírálás	Felsőli előt: mindkét szemem 0,3 alatt AN. Alományban: egyéni elbírálás	Felsőli előt: mindkét szemem 0,3 alatt AN. Alományban: egyéni elbírálás
Szűrlés	Szűrővizsgálat: egyéni elbírálás. Smerés: egyéni elbírálás	Szűrővizsgálat: egyéni elbírálás, van AN. Smerés: AN	Szűrővizsgálat: egyéni elbírálás, van AN. Smerés: AN	Szűrővizsgálat: egyéni elbírálás, van AN. Smerés: AN
Hallás	Súlyos beszéd értélen vizsgálja	Beszédhang: egyéni elbírálás, döntő a beszéd megértés. Magas hang: egyéni elbírálás	Beszédhang és magashang: korlátozott nem hallható el. Egyéni elbírálás, döntő a beszéd megértés	Beszédhang és magashang: korlátozott nem hallható el. Egyéni elbírálás, döntő a beszéd megértés
Sérülések, műtétek utáni állapotok	Vizsgálati szempontként nem jelenti meg	Vizsgálati szempontként nem jelenti meg	Vizsgálati szempontként nem jelenti meg Orólapon	Szövődménymentes gyógyulás esetén a lúncsok gyógyulás után egy év múlva vizsgálja
Altaglás állapotok	Vizsgálati szempontként nem jelenti meg	Felsőli előt: zsinórba (professzionális) súlyosabb esetén AN Alományban: egyéni elbírálás	Felsőli előt: súlyosabb, kezelt AN. Alományban: egyéni elbírálás, van AN	Felsőli előt: rhinitis allergica egyéni elbírálás, döntő a lúncsok állapot. Alományban: egyéni elbírálás
Mozgásszervi elváltozások (elofordulás, káros)	Jelenleg mozgáskorlátozottság esetén AN, egyéni elbírálás	Felsőli előt: minden esetben AN. Alományban: egyéni elbírálás, döntő a terhelés, lúncs	Felsőli előt: minden esetben AN. Alományban: egyéni elbírálás	Felsőli előt: egyéni elbírálás. Alományban: egyéni elbírálás