

FLIEGAUF GERGELY

Az emberi jogok pszichológiai vonatkozásai: néhány szó a fogvatartottak egészségügyi ellátásáról

E rövid cikkben néhány vonatkozó nemzetközi jogforrást elemzünk, valamint ezek szellemében pár nem kifejezetten hazai gyakorlati dilemmát vázolunk.

Nemzetközi standardok

A börtönegészségügyet számos nemzetközi egyezmény, ajánlás és standard érinti. Közös jellemzőjük egyrészt, hogy általában redundánsak, azaz ugyanazokat az elveket fejtik ki, valamint egymásra hivatkoznak. Másrészt gyakorlati szakemberek állítják őket össze különböző munkabizottságokban, azonban leginkább politikusokból álló grémiumok fogadják el. Ez azt jelenti, hogy a standardok igenis gyakorlatiasak, és tényeken alapulnak, de nehéz kivitelezni őket. Erre kiváló példa lehet a börtönbeli kábítószertüri ártalomcsökkentés elve. Harmadrészt az aláíró vagy jegyző államok különböző formában és módszerrel integrálják ezeket a standardokat a jogrendszerbe (ratifikáció). Ennek az a következménye, hogy a standardok országonként változó erejűek, és más-más mértékben lehet őket kikényszeríteni. Negyedrész ezek a dokumentumok hivatkozási alapok lehetnek, diplomáciai kérdéseket vethetnek fel, vagy civilszervezetek tüzhetik érvényességük vizsgálatát programjaik közé.

A teljesség igénye nélkül megemlítünk egypár ilyen nemzetközi standardot.

Az elítéltek kezelésére vonatkozó minimumszabályok (UN Standard minimum rules for the treatment of prisoners, 1955) – több helyen említi az egészségügyet, és külön fejezetben tárgyalja a börtönbeli egészségügyi szolgáltatást, az egészségüggyel kapcsolatban külön hangsúlyozza egyebek között az elhelyezést, a tisztaságot, a ruházatot, az étkezést, a pszichiátriát, a nőket és a gyermekeket, valamint a fogorvosi kezelést.

A büntetés-végrehajtási dolgozók magatartási kódexe (UN Code of conduct for law enforcement officials, 1979) – a hatodik cikk kommentárja szerint az egészségügyi szolgálat kinti segítségét is igénybe vehet, azaz nem tar-

tozhat teljes mértékben a szervezet alárendeltségébe. E kitétel véleményem szerint bizonyos szempontból függetlenségi elvként is értelmezhető.

Az ENSZ orvosi etikára vonatkozó alapelvei (UN Principles of medical ethics', 1982) – az alapelvek kifejezetten a büntetések idején alkalmazandók. Ez a standard ellentmondásokat sorol fel. Az egészségügyi vagy az orvosszakma börtönbeli kivánalmai a következők:

- a civil életben tapasztalható egészségügyi körülmények azonosak a börtönbeliekkel;
- az egészségügyi személyzet kínzásban vagy megalázó kezelésben nem vesz részt;
- az orvos kizárólag felülvizsgálatban, szomatikus vagy pszichiátriai beavatkozásban vesz részt;
- az orvosok nem vesznek részt vallatásban;
- az orvosok nem állapítják meg, hogy a fogvatartott egészségi állapota milyen fenytésre vagy korlátozásra alkalmas;
- az egészségügyi dolgozók nem vesznek részt a fogvatartott mozgásának korlátozásában, csak ha ennek kifejezett egészségügyi oka van.

Az ENSZ a bebörtönzésről és a letartóztatás bármilyen formájáról szóló alapelvei (UN Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment, 1988) – Ez a fontos dokumentum tiltja a fogvatartottakon végzett egészségügyi kísérletet. Kötelezővé teszi az egészségügyi vizsgálatot a befogadáskor. Itt jelenik meg az a kívánalom, hogy a vizsgálat menetét és a vizsgálatot végző személyek nevét rögzíteni kell.

A foglyokkal való bánásmód alapelvei (UN Basic principles for the Treatment of prisoners, 1990) – ez a standard tiltja a diszkriminációt az egészségügyi kezeléshez való hozzáférés tekintetében, függetlenül a fogvatartott jogállásától.

*Bangkokai szabályok (Bangkok Rules, 2010)*² – a rendelkezés a fogva tartott nők egészségügyi ellátásáról szól. A szabályok egyebek között rögzítik az egészségügyi befogadás rendjét, az elhelyezés módját, a higiénés követelményeket, a szűrővizsgálat szükségességét, a szexuális abúzus észlelését és az ezzel kapcso-

1 A dokumentum teljes címe: Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Mindebből kiténik, hogy az alapelvek célja elsősorban a kínzás tilalma.

2 Teljes cím: United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules).

latos tanácsadási kötelezettséget, a kezelés bizalmas jellegét, a genderspecifikus³ kezelés etikai jellemzőit, valamint a gyermekek vonatkozó jogait.

Európai börtön szabályok (European prison rules, 2006) – a börtön szabályokon kívül Európa tanácsi ajánlás szabályozza a fertőző betegségek börtönbeli kezelését, valamint a börtönegészségügy etikai és szervezeti kérdéseit is. A 2006 januárjában elfogadott európai börtön szabályok az 1987-es ajánlás módosítása. E szerint a megváltozott mentális állapotú személyeket speciális intézetben kell elhelyezni. E szabály értelmezése sok kérdést vethet fel. Több nyugat-európai országban a mentálisan sérült fogvatartottakat a büntetés-végrehajtástól független szervezetek kezelik. Fontos – és az ellenőrző szervezetek figyelmének középpontjában álló – követelmény a fogvatartottak egészségügyi kezelésének bizalmas volta. Az Európa Tanácsnál végzett munkám alapján tudom, hogy ezt a rendelkezést maguk a börtönorvosok is hajlamosak félreértelmezni, vagy a hatóságok önkényesen értelmezik. A bizalmasság követelménye nem azt jelenti, hogy az orvos az egészségügyi adataikat még az ellenőrző szervezetnek sem adhatja ki, hanem azt, hogy az anyagok ne kerüljenek illetéktelenek kezébe. Érdemes megemlíteni, hogy az ajánlás rögzíti: a börtönökben a civil világ munkavédelmi szabályait kell alkalmazni. Európa börtöneiben tett látogatásaimon magam is gyakran láttam, hogy ezt a követelményt nem teljesítik. Az ajánlások harmadik része kifejezetten a börtönegészségüggyel foglalkozik. Véleményem szerint itt az elkülönített fogvatartottakra vonatkozó pont (43.2) a legrelevánsabb. A börtönorvos feladata nem az, hogy megállapítsa, a fogvatartott egészségi szempontból alkalmas-e az elkülönítésre, hanem az, hogy napi szinten meglátogassa őket. Az előbbieket mellett rendkívül gyakorlatias megállapításokat olvashatunk az Európa Tanács kintzás elleni bizottságának (*European Committee for the Prevention of Torture; CPT*) standardjaiban és országjelentéseiben, valamint az Emberi Jogok Európai Bíróságának (EJEB) dokumentumaiban.

Néhány gyakorlati megjegyzés

A következőkben az előbbieken részletezett jogforrások szellemisége alapján néhány gyakorlati megjegyzéssel illusztráljuk azokat az elvi dilemmákat, amelyekkel a börtönegészségügy szembesül.

³ Itt a szót a következőképpen kell értelmezni: „Szexuális nemhez kötött”, azonban a gender szó többnyire társadalmi nemet jelent. A szexuális és a társadalmi nem között többretegű különbség van. E különbségeknek szintén van emberi jogi konnotációjuk, gondoljunk csak a melegek élettársi vagy házassági kapcsolatára.

A börtönorvos szerepe

Munkavégzésünk során a teljes személyiségünkkel veszünk részt a tevékenységben, érzéseink és gondolataink a mindennapi életben is megjelennek, miközben dolgozunk. A börtönorvos ellátja a fogvatartottak kezelését, de emellett a személyzettel is foglalkozik. Jelentős szerepkonfliktus ez, hiszen a börtönőrök legtöbb – elsősorban pszichoszomatikus jellegű – panaszja elsősorban abból ered, hogy a börtön agresszív közeg, ahol utasításokat kell kiadniuk, és azokat be is kell tartatniuk olyanokkal, akik éppen azért kerültek a zárt intézménybe, mert nem igazodtak a társadalom által elvárt magatartásmintákhoz. A munkahelyi stressz szív- és érrendszeri vagy daganatos betegségeket éppúgy okozhat, mint ahogy esetleg alkoholizmushoz, játékszenvedélyhez és kiegyensúlyozatlan párkapcsolathoz is vezethet. Ezeknek a problémáknak a forrása – más jelentős, itt nem részletezett faktorok mellett – maga a fogvatartott. Az orvos ezeket a nehézségeket nyilván átlátja.

A fogvatartottak egészségi panaszai is sokrétűek, számos esetben azonban abból erednek, hogy a személyzet nem látja el megfelelően a munkáját. Az orvosnak ezt is kezelnie kell.

A két, egymáshoz képes polarizált helyzetben lévő klientúra az orvosi munkát rendkívül konfliktusossá teszi, ezért a börtönrendszernek arra kell törekednie, hogy a személyzetnek külön üzemorvosa legyen.

Az orvos további szerepkonfliktusa abból ered, hogy számos esetben jogi jellegű döntést kell hoznia, és a börtönszervezet az ő véleményétől függően tesz meg bizonyos intézkedéseket, holott az orvos elsődleges feladata a gyógyítás.

Az egészségügy függetlensége

Számos nyugat-európai országban tapasztalhatjuk, hogy a börtönegészségügyet az egészségügygel foglalkozó minisztérium felügyeli, azaz az egészségügyi szervezeti szempontból független a börtöntől. A korrekt egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés alapjog, a börtön társas közege és jogi háttere miatt azonban az orvos látogatása soha nem lehet közvetlen. Ez kifejezetten érvényes a kábítószerügyi ártalomcsökkentésre. Az ártalomcsökkentés elsősorban egészségügyi feladat, számos szociális munka jellegű feltétele van, az egyik lényegi eleme azonban az alacsonyküszöb-elv, azaz az, hogy a kliensnek együtt kell működnie, és ezért mintegy cserébe azt kapja, hogy az ártalomcsökkentés idején anonim maradhat.

Bizonyos egészségügyi adatok, tények vagy információk szigorúan bizalmasak (orvosi titoktartás), a börtönben azonban a személyzet – státusából eredően – arra törekszik, hogy minden titkot megtudjon. Egyes információk ezért könnyebben kiszivároghatnak, ha a börtönorvos az intézet vezetőinek alárendeltje.

A börtönökön belül az emberi jogok gyakran költségvetési okokból nem érvényesülnek, ezért is kifejezetten fontos az egészségügy függetlensége, hiszen így a börtön finanszírozása átláthatóbbá válhat. Köztudott, hogy az egészségügy a börtön költségvetésének jelentős hányadát adja, még akkor is, ha ezeket a javakat nem kezelik külön.

Kábítószerügyi ártalomcsökkentés

Az átfogó kábítószerügyi szakmapolitika általában három részből áll. A börtönökben a legfontosabb a kínálatcsökkentés, azaz annak a megakadályozása, hogy a drog bejusson a börtönbe, illetve a megtalált tiltott tárgy kerüljön ki a fogvatartott birtokából. Ezt egészíti ki a keresletcsökkentés, amely a drog iránti igény gátlását tűzi ki célul (ez a kábítószermentes vagy prevenciósz részlegek és körletek egyik alapelve). A kínálat- és keresletcsökkentés azonban még optimális esetben sem képes hatékonyan kezelni a kábítószer-problémát. Itt jön be a képbe az ártalomcsökkentés, amelynek az a célja, hogy minimalizálja a drogfogyasztásból eredő sérelmeket, panaszokat, problémákat. Példaként említhetjük, hogy annak, aki a börtönön kívül túcsereprogramban vagy opioidhelyettesítő kezelésben vett részt, emberi joga, hogy ez a kezelés a börtönbe befogadás után ne szakadjon meg. Ez a megközelítés rendkívül komplex, és a probléma megoldását jelentős nehézségek hátráltatják számos európai országban.

A megfelelő ártalomcsökkentés hiányában a börtönrendszerben nagy lesz a fertőző betegségekben (elsősorban HIV, hepatitis C vírus) szenvedők száma, a börtönben elterjednek az úgynevezett felírt, nem illegális drogok (például a benzodiazepinek), és a két jelenség egyszerre végül is a biztonságot veszélyezteteti majd, a nevelési feladatokat pedig jelentősen nehezíti. A fertőzésveszély szempontjából meg kell említeni a börtöntetoválást és az implantátumok behelyezését is. Az ezekhez használt eszközök a kábítószer-fogyasztói szubkultúra elemei.

Az öngyilkossági kísérlet és az önkárosítás elhatárolása

Az öngyilkossági kísérlet célja a halál, míg az önkárosítás az életben maradás. Az önkárosítás elkészített tett, az motiválja, hogy a személy bizonyos helyzetben rendkívül kényelmetlenül érzi magát, elviselhetetlen fenyegetést vagy szégyent érez. Pszichológiai szempontból kóros, ha az egyén az önkárosításra kondicionálódik, azaz az enyhébb lelki megterhelésre is olyan szélsőségesen reagál, mintha valódi fenyegetést vagy szégyent érezne. Ezek az események gyakoriak a börtönben, és sajátos módon, egyes esetekben a külső jegyekből ítélve nagyon nehéz az öngyilkossági kísérlet és az önkárosítás elhatárolása. Ezért kiemelkedően fontos a személyzet ez irányú képzése.

A börtönben még a legkörülményesebb odafigyelés ellenére is előfordul önkárosítás vagy öngyilkosság, ez a személyzetet több szempontból kínosan éri. Egyrészt felelősséget kell vállalniuk az eseményért, szakmai vitákba kell bocsátkozniuk; másrészt – és ez a lényegesebb – kezelniük kell a helyzetet. Az öndesztrúció minden helyzetben olyan körülményeket szül, amelyek a közbeavatkozó személyt is traumatizálhatják. Egy rendkívüli esemény után a személyzet mentálhigiénés ellátása is kiemelkedően fontos.

Mentálisan sérült fogvatartottak

Büntetés-végrehajtási intézményekbe (például hazánkban az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe) olyan fogvatartottak is kerülnek, akiknél mentális okok miatt nem áll fenn a büntetőjogi felelősség. Ők gyakran a polgári jog szempontjából is cselekvőképtelenek vagy korlátozottan cselekvőképesek. Emberi jogi szempontból mindig vitás kérdés, hogy ezek az emberek hogyan járulnak vagy járulhatnak hozzá a pszichiátriai, gyakran a mozgást is korlátozó gyógyszeres, pszichofarmakológiai (*chemical restraint*) vagy a testi integritást megtörő (például ágyhoz rögzítés) kezelésekhöz.

Ezeneken felül a hétköznapi börtönkörleten is vannak olyanok, akik viszont a pszichológiai diagnózis szerint sorolhatók a mentálisan sérült kategóriába. E személyek az egészséges társaikhoz képest sokkal gyakrabban kerülnek olyan helyzetbe, amely veszélyezteti a büntetés-végrehajtás biztonságát. Az ő emberi méltóságuk több szempontból is sérülékenyebb. Esetükben kiemelten fontos különbséget tenni az intézet biztonsága és a személy biztonsága között.

Fiatalkorú fogvatartottak

A börtönökben a fiatalkorú fogvatartottak viselkednek a legagresszívabban. Ennek a kérdésnek több oldala van. Úgy is mondhatnánk, hogy a fiatalkorúak fizikai értelemben jóval agresszívabbak, mint a felnőtt korúak. A társas terrorizálása szintén náluk radikálisabb. Mindezen megállapításokat árnyalja, hogy a fiatalkorúak jogi kategóriája nem fedi le a pszichológiai vagy a társas fiatalkort. Azzal csupán metszetet alkot. Márpedig a fiatalkorúak kezelése világszerte szigorúan életkorhoz kötött. Például a börtönrutin terén jelentős különbség van egy többszörös visszaeső huszonegy éves, egy éppen „felnőttesített” egykor fiatalkorú fogvatartott, és egy első büntényes huszonhárom éves felnőtt korú fogvatartott között, akik a börtönben zárkatársak lehetnek.

A fiatalkorúak szenvedik el a legsúlyosabb fizikai és akár szexuális bántalmazást is a börtönökben. Az ő szempontjukból kifejezetten fontos a bizalmas orvosi kezeléshez való hozzáférés. Nem kell részletezni, hogy ilyen szempontból mit jelent a börtönegészségügy függetlensége.

Az érett fogvatartottak agresszív cselekedetei jóval kifinomultabbak, és inkább a külvilágra vonatkoznak (például zsarolás hozzátartozókon keresztül), ez a kriminális kapcsolatok fejletlen volta miatt a fiatalok esetében korlátozott, ezért ők a testi épségükkel fizetnek a fogvatartottak közötti konfliktusokért. A testi épség fenntartása természetesen nemcsak a börtönorvos feladata, hanem nagyobb rendszerben képzelhető el, amelynek elemei a sport, a pihenés körülményeinek megteremtése, az egészséges táplálkozás és a fogvatartotti programok szervezése.

Ezek a megállapítások nem teljes körűek, hiszen lehetne még értekezni például a fogva tartott nőkről, a szexuális jellegű bűnelkövetőkről vagy a hosszú idős fogvatartottakról is, ezen kérdések azonban már annyira szerteágazók, hogy nem férnek bele a tanulmány kereteibe.