



Magyar Helsinki Bizottság

**A MAGYAR HELSINKI BIZOTTSÁG
JELENTÉSE
AZ IGAZSÁGÜGYI MEGFIGYELŐ ÉS ELMEGYÓGYÍTÓ
INTÉZETBEN
2013. AUGUSZTUS 7–9-ÉN
TETT LÁTOGATÁSRÓL**

A Magyar Helsinki Bizottság megfigyelői 2013. augusztus 7–9. között tettek látogatást a budapesti Igazságügyi Megfigyelő és Elmegegyógyító Intézetben (IMEI). A látogatás során az intézet vezetése és munkatársai készségesen segítettek a Magyar Helsinki Bizottság megfigyelőinek munkáját. Az intézet munkatársai a látogatás során a megfigyelők rendelkezésére bocsátották az előzetesen megküldött kérdésekre adott válaszokat tartalmazó dokumentumokat, a különböző házirendeket, illetve külön a megfigyelők számára készített kimutatásokkal egyetemben, és minden egyéb kért információt megadtak. A megfigyelőknek az intézet minden részlegét lehetőségük volt megtekinteni.

A Magyar Helsinki Bizottság megfigyelői látogatásukat az IMEI főigazgató-helyettesével, orvos-igazgatójával való megbeszéléssel kezdték. Ezt követően a megfigyelők az intézet munkatársainak kíséretében annak minden egységét bejárták, illetve véletlenszerűen kiválasztott kórtermekben, helyiségekben az ott tartózkodó betegekkel a személyi állomány, illetve az intézet munkatársainak ellenőrzése nélkül (tőlük látó- és hallótávolságon kívül) beszélgetést folytattak. A megfigyelők emellett a négy szemközti beszélgetésre előzetesen jelentkezett betegeket is meghallgatták, szintén ellenőrzés nélkül. A látogatás végén a megfigyelők megosztották tapasztalataikat az intézet vezetésével, a jelentéshez fűzött kommentárját sárgával jelöljük – a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága megjegyzéseit pedig szürke háttérrel.



A jelentés elkészítését az Európai Unió „Alapvető jogok és polgárság” programja támogatta. Tartalmáért a kizárólagos felelősséget a Magyar Helsinki Bizottság viseli, az semmilyen vonatkozásban nem tekinthető úgy, mint amely az Európai Unió véleményét tükrözi.

I. Általános tapasztalatok

1. Az intézet alapvető adatai

A kívülálló számára nehéz átlátni az IMEI működését, hiszen eltérő beteg, illetve beutalt csoportok eltérő jogszabályi háttérű és más-más házirenddel rendelkező részlegek vannak az intézet területén belül. Az IMEI-ben elhelyezetteket összefoglaló néven ápoltnak nevezik, az ápoltnak között vannak betegek (ld. alább az a, b és c pontokat) és beutaltak.

a) Az IMEI Az egyetlen zárt pszichiátriai intézet **kényszergyógykezeltek**, azaz olyan személyek számára, akik személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekményt követtek el, de elmeműködésük kóros állapota miatt nem büntethetők, és tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fognak elkövetni (feltéve, hogy büntethetőségük esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni).¹

b) Az **ideiglenes kényszergyógykezelésre** utaltak² is az IMEI-ben vannak elhelyezve. Az ideiglenes kényszergyógykezelés a kóros elmeállapotú terhelt személyi szabadságának bírói elvonása jogerős ítélet nélkül, amelynek akkor van helye, ha megalapozottan lehet következtetni arra, hogy a terhelt kényszergyógykezelését kell elrendelni.

c) Az IMEI-ben helyezik el azokat az **elítélteket**, akik **kóros elmeállapotúvá váltak** és a szabadságvesztésüket nem lehet végrehajtani.³ Az IMEI-ben töltött idő beleszámít a szabadságvesztés idejébe.

d) A beutaltak közé tartoznak azok az **előzetesen letartóztatottak**, akiknek a bíróság elrendelte **elmeállapotuk megfigyelését**⁴, illetve

e) azok az **előzetesen letartóztatottak** és **elítéltek**, akik akinek **kóros elmeállapot**, illetve szervi-idegrendszeri **megbetegedés** gyanúja miatt szükséges az IMEI-ben történő kezelése⁵, vagy megállapították a **korlátozott beszámítási képességét**,

f) illetve akinél a büntetés-végrehajtási intézet orvosa a büntetés végrehajtása során személyiségzavarra utaló tüneteket észlelt és az IMEI-ben történő **megfigyelését** tartja **szükségesnek**.

g) Szintén a beutaltak közé sorolja a jogszabály azokat az **előzetesen letartóztatottakat**, akiknél az ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelésére nincs alap, de szükséges a pszichiátriai kezelésük, ezért a bíróság rendelkezése alapján az előzetes letartóztatásukat az IMEI-ben kell végrehajtani.⁶

¹ A büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 78. §

² A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 140. §

³ A büntetések és intézkedések végrehajtásáról szóló 1979. évi törvényerejű rendelet 31. §

⁴ A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 107. §

⁵

⁶ A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 141. § (2)



Az IMEI épületét 1896-ban adták át, azóta több nagyobb rekonstrukción esett át. Az épület állaga általánosan rossz, sok helyen felújításra szorul. Kisebb felújítások zajlanak, de összességében a fizikai körülmények rosszak. Az intézet éves költségvetése évi 800 millió forint körül van, ebből igen nehéz a sok épületből álló intézet fenntartása. A Helsinki Bizottság 2003-as látogatása során már szó esett róla, hogy az intézetet 2008-ig más épületbe helyezik. Azóta is folyamatosan felmerül, hogy elköltözik az intézet, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (Budapest), a Büntetés-végrehajtás Központi Kórház (Tököl) és a Szegedi Fegyház és Börtön Krónikus Utókezelő Részleg (Algyő-Nagyfa) közös telephelyre integrálásával összefüggő feladatokról szóló 1060/2012. kormányhatározatban megfogalmazottak szerint az IMEI a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházával és a Szegedi Fegyház és Börtön Krónikus Utókezelő Részlegével közös helyszínre, a Szent László Kórház területére költözik. Az emberi erőforrás miniszternek 2013. december 31-ig kellett megtennie a szükséges intézkedéseket, hogy a kórház egy része átkerüljön a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának vagyonkezelésébe.

A Magyar Helsinki Bizottság információi szerint a három intézet a tervek szerint nem marad Budapesten, hanem Miskolcra költözik.

A BVOP válaszelevelében múlt időben írt az intézményegyesítési tervről, miszerint „*komoly kormányzati szándék mutatkozott*” a bv. szervezet fekvőbetegeket ellátó egészségügyi intézményeinek egy telephelyen történő összevonására. Ezzel együtt felmérték valamennyi bv. intézményben és az IMEI-ben azokat a zárkákat, amelyekben a WC-k leválasztása és a szellőzés biztosítása indokolt. Az IMEI 2014-ben több jóváhagyott beruházást valósít meg. 1) 170 db kölső nyílászárót cserél le 15–20 millió Ft értékben; 2) a főépületben betegszekrényeket helyez el 7–8 millió Ft értékben; 3) egyéb esztétikai és állagjavító munkák 39 milliós értékben (a burkolat, WC-k és zuhanyzók felújítása, meszelés, mázolás). 2015-ben a személyzetnek kívánnak központi öltözőt kialakítani. Ha mindez megvalósul, „akkor az IMEI épületei a homlokzat felújítás kivételével jelentős állag- és esztétikai javuláson mennek keresztül, mely során a személyi állománynak kulturáltabb munkakörnyezetet, a betegek és elítéltek számára pedig higiénikusabb és kevésbé zsúfolt tereket alakítanak ki” – írja a BVOP.

2. Létszám

Az intézet teljes befogadóképessége 311 ágy, az ápoltak száma a látogatás napján 222 fő volt.

	Az egyes objektumok teljes befogadóképessége	Az egyes objektumokban elhelyezettek száma a látogatás napján
I. épület	150	126
II. épület	97	41
III. épület	64	55
Összesen	311	222

	Az egyes betegellátó osztályok teljes befogadó képessége	Az egyes betegellátó osztályokban elhelyezettek tényleges száma a látogatás napján
I. sz. Pszichiátriai és Rehabilitációs Osztály	54	52
II. sz. Pszichiátriai és Rehabilitációs Osztály	51	48
III. sz. Pszichiátriai és Rehabilitációs Osztály	44	36
IV. sz. Pszichiátriai és Rehabilitációs Osztály	20	19
Női Neuropszichiátriai Osztály	45	26
Neuropszichiátriai Osztály	64	31
Központi Kivizsgáló és Módszertani Osztály	33	10
Összesen	311	222

Ápoltak tényleges száma a látogatás napján	
Kényszergyógykezeltek	184
Szabadságvesztés alatt kóros elmeállapotúvá vált elítéltek	1
Ideiglenes kényszergyógykezeltek száma	22
Előzetesen letartóztatottak száma (ebből Be 141. § (2) alapján beutaltak száma)	25 (12)
Összesen	232 fő

Átlagos telítettség az elmúlt egy évben (parancsnoki becslés)	
Telítettség összesen	78%

2. A személyzet létszáma kategóriák szerint

Engedélyezett létszám	170 fő
Ténylegesen szolgálatot ellátók száma (ténylegesen betöltött) (ebből tartósan távol GYED, szülési szabadság, tartós betegállomány miatt)	148 (157) (9)
Vezetőség (főigazgató, főorvos, főigazgató-helyettes, orvos igazgató, ápolási igazgató)	4
Biztonsági felügyelő (osztályvezető, bizt. főfelügyelő, biztonsági felügyelők)	14
Orvos Részmunkaidőben foglalkoztatott „külsős” orvos	9 1
Ápolók	81
Pszichológus (teljes állásban)	4
Pszichológus (részmunkaidőben)	3
Nevelők (osztályvezető, nevelők)	7
Egyéb (gazdasági, személyügyi, jogi-tb- nyilvántartási, gyógytornász, gépjárművezetők)	22
Összesen ténylegesen, teljes állásban, ténylegesen, részmunkaidőben foglalkoztatottakkal együtt	141 fő 145 fő

3. A fogvatartottak megoszlása kategóriák szerint

Végrehajtási fokozat szerint	
fegyház	5 fő
börtön	5 fő
pénzbírságot helyettesítő elzárás	1 fő
Kényszergyógykezeltek száma	184 fő
Szabadságvesztés végrehajtása alatt kóros elmeállapotúvá vált elítéltek	1 fő
Ideiglenesen kényszergyógykezeltek száma	22
előzetes letartóztatottak száma	25 fő

Biztonsági fokozat szerint*	
I. biztonsági csoport	0 fő
II. biztonsági csoport	4 fő
III. biztonsági csoport	14 fő
IV. biztonsági csoport	3 fő
Összesen	21 fő

Nem szerinti megoszlás	
Férfi	
Nő	

Az ápoltak közül többen látás-, illetve hallássérültek, a látogatáskor 1 mozgássérült fogvatartott volt az intézetben.

A látogatás napján 61 ápolttal állt cselekvőképességet korlátozó és 24 cselekvőképességet kizáró gondnokság hatálya alatt, vagyis az ápoltak 36 %-ának volt valamilyen szinten korlátozva a cselekvőképessége.

Az intézetben nincs kialakítva különleges biztonságú zárka, egészségügyi elkülönítő helyiség létezik.

4. Rendkívüli esetekre vonatkozó adatok

2012-ben 10 haláleset fordult elő az intézetben. A vizsgálatok minden esetben kizárták az idegenkezűséget és az öngyilkosságot. Az aktákból kiderül, hogy két haláleset félrenyelés, illetve fulladás miatt következett be („balesetszerű falatbeékelődés okozta fulladás vacsora után”, illetve „félrenyelés étkezés után”). Több retrospektív kutatás is rámutatott arra, hogy a pszichiátriai betegek körében nagyobb valószínűséggel fordulhat elő félrenyelés és ennek következtében fulladásos halál. A lehetséges okok között szerepel (a mentális betegségben szenvedő betegek kora, szegényes öngondoskodása, a helytelen étkezési szokásai mellett) a pszichiátriai gyógyszerek mellékhatása. Egy tanulmány szerint főleg a szedatívumok magasabb dózisa hozható összefüggésbe a végzetes fulladásos esetekkel (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20728853>).

2012. évben kilenc esetben indult büntetőeljárás a személyi állomány tagjai ellen fogvatartottakkal kapcsolatos cselekmény gyanúja miatt.

A büntetőügyek közül hat esetben bántalmazás hivatalos eljárásban büntette miatt indult nyomozás, egy esetben erőszakos közöszlés, egy esetben hivatali visszaélés, egy esetben könnyű testi sértés gyanúja miatt indult eljárás.

Hat esetben a Központi Nyomozó Főügyészség megszüntette a nyomozást, mivel nem volt megállapítható bűncselekmény elkövetése, egy esetben a nyomozóhatóság elutasította a feljelentést, mivel nem volt megállapítható bűncselekmény elkövetése, egy esetben a nyomozóhatóság a nyomozást megszüntette, mivel a feljelentő a feljelentést visszavonta.

A bántalmazás hivatalos eljárásban indult ügyek közül egy eset folyamatban van.

2012. évben három esetben tett feljelentést az Intézet hivatalos személy elleni erőszak miatt fogvatartott ellen, egy esetben súlyos testi sértés miatt, egy esetben kényszerítés, könnyű testi sértés miatt tett feljelentést a fogvatartottak vonatkozásában hivatalból, egy esetben továbbította a fogvatartott magánvádas indítványát könnyű testi sértés miatt az illetékes hatóság felé.

A fenti ügyekben az eljárások folyamatban vannak.

2012-ben 8 esetben történt kényszerítő eszköz használat (testi kényszer és bilincs)

- 4 esetben utasítás megtagadása
- 2 esetben felügyelet megtagadása
- 1 esetben dühöngő, ön- és közveszélyes magatartás
- 1 esetben ellenszegülés és támadás elhárítása

Egyik esetben sem történt személyi sérülés. A BVOP szerint az intézet munkatársainak szakmai kompetenciájáról tanúskodik a kényszerítő eszközök alkalmazásának alacsony száma, s hogy egyszer sem történt sérülés.

Az Intézetben a betegek és beutaltak gyógykezelése során az egészségügyi jogszabályokban szabályozott, egészségügyi személyzet által végrehajtható (orvosi utasításra) egészségügyi személyi korlátozást 60 esetben alkalmazták. Az egészségügyi személyi korlátozás a jogszabályok értelmében nem minősül kényszerítő eszköz alkalmazásnak. Az egészségügyi személyi korlátozás alkalmazására a

beteg, beutalt dühöngő, agresszív magatartása, ön- és közveszélyes állapota miatt kerül sor orvosi utasításra.

5. Zsúfoltság

A parancsnok becslése szerint az intézet telítettsége 78%.



Az intézet tájékoztatása értelmében az egy betegágyra jutó alapterületet a korábbi ún. „minimum-rendelet” határozta meg, amely a „normál osztályokon (ide tartozik a pszichiátria is) 6-8 nm/ágy mértéket írt elő. A 60/2003 (X.20.) ESZCSM rendeletben már nem szerepel ilyen meghatározás, de minimális (6,08 nm), normál (8,05 nm) és optimális (11,07 nm) helyszükséglet-kategóriákat vesznek figyelembe a kórházépítészetben.

Az intézet tájékoztatása szerint 7 kórteremben biztosított a fenti mozgástér, ez 20-22 fő fogvatartottat jelent. 36 kórteremben, 210-230 ápoltnak nem tudják biztosítani a jogszabályban előírt mozgástert. A legszűfoltabb kórteremben az egy főre jutó mozgástér 3,4 nm.

A megfigyelők benyomása szerint nem éri el az egy főre jutó mozgástér a 3,4 nm-t minden kórteremben, például a III-as épületben a nők elhelyezésére szolgáló kórterem ennél jóval zsúfoltabb volt, a megfigyelők becslése szerint a szabad mozgástér nem érte el a 1,5 négyzetmétert. Egymástól kb. 30-70 cm-re helyezkednek el az ágyak.

A megfigyelőknek többen panaszkodtak a fizikai körülményekkel kapcsolatban. Egy beteg például jelezte, hogy az NPO 11-es zárkájában a WC-n nem volt ajtó, ami miatt a háromszemélyes zárkában a zárkatársai az ő feje mellett kb. másfél méterre végezték dolgukat, valamint panaszolta a zárka zsúfoltságát, mivel három ágyon feküdtek beutaltak a kb. tíz négyzetméteres zárkában. A beutalt jelezte azt is, hogy ebben a zárkában nincsen sem asztal, sem szék, sem szekrény ezért az ételét az ágyán volt kénytelen elfogyasztani, ám amikor az ágyára kifolyt az étel, kénytelen volt a földön enni.

A BVOP a tervezett és a már véghezvitt változásokról: „Az IMEI-ben tapasztalható zsúfoltság, az infrastruktúra elavultsága, hiányosságai régóta megoldásra váró problémák, amelyeket finanszírozási okok miatt nem tudunk eddig teljes mértékben enyhíteni. Mindennek ellenére az intézet higiénés állapota, közegészségügyi-járványügyi helyzete stabil.”

6. Befogadás, kapcsolódó körülmények, zárkák

A betegek és beutaltak tájékoztatása a nevelő által szóban és írásban is megtörténik, amit a fogvatartott az aláírásával tudomásul vesz. A fogvatartottal az ismertetik a házirendet, idegen nyelvű házirend, valamint a fogvatartottak jogairól és kötelezettségeiről szóló tájékoztató is több nyelven rendelkezésre áll. Az intézet tájékoztatása szerint szükség esetén tolmács segítségével idegen nyelvű szóbeli tájékoztatás történik.

Analfabéták esetében is az intézet átadja az írott tájékoztatókat, és a nevelő ennek tartalmát részletesen ismerteti szóban is.

A kényszergyógykezelt betegeket ellátó osztályokon nincs a kórtermekben WC, a betegek az osztályon lévő közös WC helyiséget használhatják korlátozás nélkül. A beutaltak elhelyezésére szolgáló zárt kórtermekben fallal elkerített WC áll rendelkezésre, ezek közül nyolc nem rendelkezik külön szellőzéssel.

Az osztályokon hetente egy alkalommal van „tiszta csere”, a szennyeződött ruházatot, ágyneműt (vér, széklet, vizelet) soron kívül lecserélik. A II. épületben a megfigyelők több panaszt hallottak ezzel

kapcsolatban. Volt, aki azt mondta, hogy több mint két hónapja nem cserélték le az ágyneműjüket, olyan is akadt, aki azt jelezte, hogy befogadása után csak egy héttel kapott párnát, lepedőt illetve takarót.

Az Intézet a jogszabályoknak megfelelően a betegeknek formaruhát és fekvőbeteg-gyógyintézeti normák alapján ruházatot, a beutaltaknak fekvőbeteg-gyógyintézeti normák alapján ruházatot biztosít. A betegek ruhái sokszor nagyon rossz állapotban vannak, több helyen szakadtak, annak ellenére, hogy – mint az az intézet kimutatásából kiderül – a látogatást megelőző egy évben 180 pizsama nadrágot, illetve kabátot vásárolt az intézet, illetve 257 fehér pólót szerzett be. Probléma adódik abból is, hogy sok ápoltsúlya jelentősen gyarapodik az intézetben, kevés a nagy méretű ruha.

A kényszergyógykezelt betegeket ellátó osztályokon a betegek kórtermei állandó jelleggel nyitva vannak, a betegek az osztályon szabadon mozoghatnak. Az osztályt csak kísérettel hagyhatják el, a napi szabadlevegőn tartózkodás, a különböző beteg-programok, a látogatás során elhagyják az elhelyezésükre szolgáló épületet, ezekben az esetekben az esetekben ápolószemélyzet biztosítja a kísérést és felügyeletet.

A beutaltak a kórtermet csak a napi szabadlevegőn tartózkodás, az orvosi vizsgálatok és egyéb egészségügyi beavatkozások, beszélők idejére hagyhatják el. A beutaltak kísérését és felügyeletét biztonsági felügyelő, illetve hivatásos ápoló hajtja végre.

A II. épületben a kórtermek folyamatosan zárva vannak.

A szabadlevegőn tartózkodás a jogszabály által előírt napi 1 órában, felügyelettel, épületenként elkülönített sétaudvaron történik. Extrém időjárási körülmények esetén a napirendtől eltérően történik a szabadlevegőn tartózkodás biztosítása.



A büntetés-végrehajtási intézetekhez hasonlóan számos elkülönítési szabálynak kell megfelelnie az intézetnek (dohányzók- nem dohányzók, férfi – nő, beutalás jogcíme, fertőző – nem fertőző beteg stb.) Nem érvényesül viszont a végrehajtási fokozat (fogház, börtön, fegyház) alapján történő elkülönítés.

7. Étkezés, ruházat

Az alapélelmezésen kívül 6-7 féle orvosi és egyéb diétában részesül kb. 50 fő.



Külön épületben (a látogatófogadásra is rendszeresített ún. „Pavilonban”) van lehetőség kiétkezésre. A megfigyelők benyomásai szerint az árak magasak (fogvatartotti jelzések is érkeztek ezzel kapcsolatosan, elsősorban a csokoládé és a kozmetikumok árait kifogásolták), a választék elfogadható.

Az intézetvezetése a jelentéshez fűzött válaszában kifejtette, hogy az üzemeltetőnek az árakat úgy kell képezni, hogy azok hasonló áruválasztékkal rendelkező külső boltok árait legfeljebb 15%-kal haladják meg. Ennek betartását a pszichopedagógiai osztályvezető folyamatosan ellenőrzi.

8. Orvosi ellátás

A megfigyelő csapat orvos tagjai megállapították, hogy orvosi szemmel szétnézve az intézetben, látható az igyekezet a régi, mai szemmel jócskán elavult épületek, épületgépészeti berendezések, a víz-villany-, csatorna-vezetékek, bútorok és egyéb berendezési tárgyak karbantartására, tisztán, rendben tartására, amennyire ez lehetséges. Látható a rendszeres takarítás, (ablakok, rácsok), a festés-mázolás, szükség szerinti kisebb felújítások folyamatos elvégzése, ill. az „új szárny” létesítése (melyet büszkén emlegetnek a dolgozók,) ami szintén a korral való haladás igényét jelzi. Hogy eljárt az idő az intézmény felett, arról legkevésbé az itt dolgozók tehetnek, sőt, ők ugyanolyan szenvedő alanyai az egészségügyből folyamatosan történő forráskivonásnak, mint az itt őrzött, kezelt, ápolat fogvatartottak. Más hasonló korú egészségügyi intézményekkel összehasonlítva, a többség hasonló

problémákkal küzd: elavult vízhálózat, öreg szaniterek, ütött-kopott ajtók, ablakok, pisilakoló, valaha modernnek számító fénycsövek, lámpák.

Az elmúlt évek során a Helsinki Bizottság megfigyelőiként szomorúan tapasztaljuk a magyar egészségügyi és börtönviszonyok körülményeinek stagnálását. (Ami a fejlődő világhoz képest fokozódó elmaradással egyenértékű.) (Tisztelet a kivételnek: az új létesítmények valóban sokkal korszerűbbek.)

9. TÁMOP 5.6.3-12/1

Jelentősen hozzájárulhat az intézeten belüli programok fejlődéséhez a TÁMOP -5.6.3-12/1 projekt megvalósítása („A fogvatartottak többszakaszos, társadalmi és munkaerő-piaci reintegrációja és az intenzív utógondozás modellje c. kiemelt projekt”). A projekt célja az ország mindegyik büntetés-végrehajtási intézetét érintően a jogerősen kiszabott szabadságvesztés büntetést töltő elítéltek, az előzetes letartóztatás alatt álló személyek, valamint kényszergyógykezeltek társadalmi és munkaerő-piaci reintegrációjának elősegítése és az elkövetők bűnismétlési kockázatának csökkentése érdekében reintegrációs program megvalósítása, amely a célcsoport fejlesztésére) fókuszál (személyiség- és kompetenciafejlesztő, valamint képzési és utógondozási programokon keresztül). A projekt alapvető célja, hogy minél nagyobb létszámú fogvatartotti populáció számára nyíljon meg a belépés lehetősége a programba, és szükségletek, illetve az egyén változtatásra irányuló motivációja függvényében kapjon lehetőséget a készségfejlesztésben, szakmatanulásban való részvételre.

A program felépítése biztosítja azt, hogy – amennyiben a bevont célcsoporttag motivációja, illetve a szükségletfelmérés eredménye nem teszi lehetővé a készségfejlesztésbe, szakmatanulásba való belépést – lehetőséget kapjon a kivezető szakasz szolgáltatásaiban való részvételre.

Az IMEI-ben kényszergyógykezeltek a speciális fogvatartotti csoportokon belül is külön kategóriát képeznek, tekintettel arra, hogy esetükben nem személyiségzavarról, vagyis a „normál” személyiség tartós alkalmazkodási zavaráról van szó (mint pl. a gyógyító nevelőcsoportba utaltak esetében), hanem elmebetegségről, ami a valósághoz való alkalmazkodás súlyosabb és tartós zavarát jelenti, és fontos jellemzőjük, hogy szociális készségeik is súlyosan sérülnek. Emiatt a többi fogvatartottakhoz hasonlóan hasznos számukra a készségfejlesztés, ez azonban szorosan és párhuzamosan a terápiás tevékenységgel kell, hogy történjen, mivel attól elválaszthatatlan és arra vissza is hat. A kényszergyógykezeltek képezhetősége egyébként nem tér el az átlag populációtól, de a képzésbe történő bevonhatóságuk aktuális pszichés állapotuk függvénye, így annak folyamatos követésén kell, hogy alapuljon, és a tartós gyógyszeres kezelés hatását sem lehet figyelmen kívül hagyni.

A programba bevonható kényszergyógykezeltek nagy része korábban tartós munkaviszonnyal rendelkezett, illetve néhányuknak az alapfoknál magasabb iskolai végzettsége is van, de betegségük miatt jelenleg megváltozott munkaképességűek vagy munkaképtelenek, így a szakképzésbe való bevonásuk alacsony létszámmal és alapfokú vagy betanító képzésekbe reális (a szakképzésbe integrálható tervezett létszám: 15-20 fő). A szolgáltatások célja elsősorban a társadalmi reintegráció elősegítése azon kényszergyógykezeltek esetében, akik nem tartós elhelyezést nyújtó intézménybe kerülnek a kényszergyógykezelés után. Akik esetében szociális otthoni elhelyezés a várható kimenet, az intézményi foglalkoztatásra történő alkalmassá tétel és a szociális otthoni tartózkodásra történő felkészítés a fő cél, a megmaradt társas kapcsolatok ápolásának fenntartásával.

10. Kapcsolat a külvilággal, védővel

Az IMEI-ben elhelyezett betegek kapcsolattartására más szabályok vonatkoznak, mint a büntetésüket töltő fogvatartottakéra, más-más szabályok vonatkoznak az egyes csoportokra.



A beutalt elítéltek esetében havonta egy alkalommal, az előzetesek esetében havi két alkalommal egy-egy óra időtartamban van biztosítva a látogatás. A kényszergyógykezelték esetében heti rendszerességgel biztosítják a látogatást, 2 óra időtartamban. A beutaltak havi 2 alkalommal maximum 5 kg-os csomagot kaphatnak, a betegek esetében heti rendszerességgel maximum 5 kg súlyú csomag fogadása az előírás. Kapcsolattartóval hetente 6 perc időtartamban, a védővel munkaidőben ellenőrzés és korlátozás nélkül van lehetőség

telefonálásra. A beutaltak esetében asztali beszélőre van lehetőség, fizikai kontaktus lehetséges, de élelmiszert csak helyben, az ott elhelyezett automatából vásárolhatnak, az osztályra nem vihetik magukkal. A betegek esetében asztalnál történik a beszélő, így fizikai kontaktusra is van lehetőség, meghatározott élelmiszert hozhatnak magukkal a hozzátartozók, amelyből a beteg fél kiló gyümölcsöt-zöldséget vihet fel az osztályra. Több fogvatartott panaszkodott arra, hogy bár fizikai kontaktusra van lehetőség, látogatóit csókkal nem köszönheti.

„A betegeknél és a beutaltaknál is engedélyezve van, hogy a látogatás elején csókkal köszöntsék szerettüket, és a látogatás végén, elbúcsúzáskor is megvan erre a lehetőségük. Házastársak, élettársak esetén ez természetes, és hetente megtörténik. A fogvatartottak a látogatás időtartama alatt asztaloknál ülnek, ahol az ápoltszemből szembe ül a hozzátartozójával. Egymás kezét foghatják, ekkor azonban már a testi érintkezés – csókolózás – nem engedélyezett” – magyarázza a szabályt az intézetvezetés.



A védővel a hét minden napján hivatali munkaidőben (H-CS 9-15-ig, P: 9-12:30-ig) van lehetőség beszélni, ellenőrzés, időbeli korlátozás nélkül. Kiétkeztetésre havi 2 alkalommal van lehetőség (kivéve januárban, egy alkalommal a pénzügyi zárás miatt), kiskereskedelmi árakon. A pártfogókkal nincs kapcsolat, a gondnokokkal való kapcsolattartás jellemző az esetek többségében. A fogvatartottak egyénileg, igény szerint keresik meg a kontrollszerveket (civil szervezetek, ügyészség, ombudsman, stb.), ennek gyakorisága változó. A közelmúltban az Intézet felvette a kapcsolatot a Pszichiátriai

beteg érdekvédő fórumának elnökével a szorosabb kapcsolattartás, illetve együttműködési megállapodás megkötése miatt.
A látogatók fogadása külön épületben (az ún. „Pavilonban”) zajlik, itt kerül sor a kiértékelésre is.



11. Művelődés, szórakozás, oktatás, sport

Az intézetben tornaterem, illetve kondicionálóterem nincs.

A nőknek gyógytornát, illetve gimnasztikát tartanak az udvaron, amennyiben az lehetséges.

Az udvaron van továbbá kosárlabda palánk, és foci kapu.

Esténként, van lehetőség pingpongozni. A lenti képen a női (kényszergyógykezelteket ellátó) osztályon elhelyezett pingpongasztal van, a megkérdezett ápoltak közül senki nem használta az asztalokat.

Az intézet egy életmódcsoportot is elindított, 16-an jelentkeztek, dietetikus és gyógytornász bevonásával zajlik a csoportmunka.

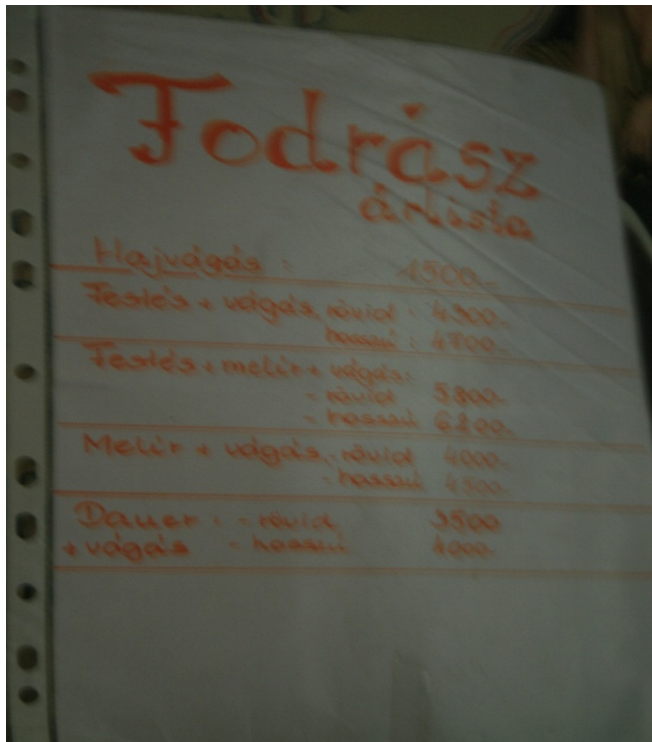
Számos ajánlást fogalmaztak meg különböző szervezetek (Lásd, CPT 2009-es ajánlás, az ombudsman AJB-1161/2009 számú jelentése), hogy – a gyógyszeres kezelésen túl – terápiás és egyéb tevékenységeket is kellene biztosítani az ápoltak számára, a megfigyelők benyomása szerint jelenleg is több intézeti programra lenne szükség.

Hétfő	Kedd	Szerda	Csütörtök	Péntek
10.00–11.00 Színjátszó szakkör	10.00–11.00 Színjátszó szakkör	9.00–11.00 Ref. instentisztelet/rom. kat. mise (heti váltásban)	9.00– Kiegészítés(Fő, pót kétheti váltásban)	9.00-11.00 Látogató fogadás
			9.30– Intézeti szintű betegprogram (havonta)	
13.00– Könyvtár 13.00–15.00 Kreatív foglalkozás	13.00–14.00 Disco 14.00–15.00 Ének óra	14.00–15.00 Foci	14.00–15.00 Angol (önképzőkör, egy beteg vezetésével) 14.00-15.00 Ének óra	



Több ápolat is beszámolt arról, hogy az intézetben zajló élet epizódjait vidám képekben feldolgozó „Baráti körben” című zenés-táncos színdarab többször előadták, Dunaújvárosban az I. Országos Börtönszínházi Találkozón II. helyezést értek el, és megnyerték a „Legjobb rendezőnek” járó díjat is. A

darab többeknek nagyon fontos, nagyon pozitív élményt jelentett, elmondták a megfigyelőknek a maguk versszakát. A színdarab Liebl Judit nevelő kiemelkedő munkáját dicséri.



Az intézetbe bejár fodrász, a női fogvatartottak maguknak végezhetnek szőrtelenítést.

Az intézetvezetés kiegészítése: „Az utóbbi években nem volt lehetősége intézetünknek külsős foglalkoztatót alkalmazni a különféle szocioterápiás programok lebonyolításához, így a nevelők vették át ezen programok megszervezését és lebonyolítását.

A nevelők az osztályos munka és az igen megnövekedett adminisztrációs terhek mellett végzik az intézetünkben megszervezésre kerülő sport-, kultúr- és szakköri foglalkozásokat. Emellett havi szinten az intézeti programok megszervezése és lebonyolítása is az ő feladatuk. Az elmúlt évtől egy nevelőnő vezetésével az IMEI épületei körüli zöld terület, és a belső sétatudvar ápolását, szépítését célzóan a betegek rendszeresen kertészkednek, virágokat ültetnek és gondozzák, nyírják,

locsolják a kertet. Pszichológusaink folyamatosan tartanak különféle pszichoterápiás kiscsoportokat (ikgyk-sok beilleszkedését segítő csoportja, tematikus és művészetterápiás csoportok, kibocsátást előkészítő rehabilitációs csoport stb.) Az országban egyedülálló módon a hozzátartozók bevonásával 2011 óta zajlik intézetünkben az ún. pszichoedukációs csoport. 2013. óta a TÁMOP 5.6.3. projekt elindulásával számos készségfejlesztő tréningfoglalkozás került (ill. jelenleg is tart) lebonyolításra: asszertív 1-2 csoportok, kommunikációs 1-2-3 tréningek.”

II. Egyéni panaszok

A megfigyelőkhöz többen fordultak panasszal az állapotukkal, illetve a gyógyszerezésükkel kapcsolatban (pl. fáradékonyság, kimerültség, nehéz beszéd, nyálcsorgás, elhízás). Érkezett panasz azzal kapcsolatosan is (I. épület, férfi osztály), hogy egy-egy konfliktust követően az abban érintett felek nyugtató gyógyszereket kaptak, anélkül, hogy a konfliktust feltárták volna. A megfigyelők orvospszichiáter tagjai áttekintettek több dokumentációt, nem találtak az orvosi protokollal, illetve a WHO ajánlásokkal ellentétes gyógykezeléssel. Az intézet vezetésével folytatott beszélgetésből kiderült, hogy az intézet hozzávetőlegesen 40 millió forintot fordít gyógyszerekre, ez behatárolja a gyógykezelést. Az intézet – a „kinti” egészségügyben tapasztaltakhoz hasonlóan – nem a legmodernebb, hanem a leginkább költségkímélő gyógyszereket vásárolja meg. Az intézet vezetésével folytatott beszélgetésből kiderült, hogy az intézet nem a támogatott áron jut hozzá a gyógyszerekhez, azt piaci áron kénytelen megvásárolni.

Két éve van az IMEI-ben kényszergyógykezelésen egy HIV-fertőzött beteg. Pozitívumként értékelhető, hogy annak ellenére nincs teljesen elkülönítve a többi fogvatartottól, hogy egyszemélyes zárában helyezték el. Cellájának ajtaját nyitva tartják, bármikor találkozhat a többi betegtársával. A fogvatartással ill. saját körülményeivel kapcsolatban nem volt panasza, az ellátást tűrhetőnek mondta. Amikor betegségéről kérdeztük, elmondta, hogy 2009-ben ment el HIV szűrésre, mert nagyon sokat fogyott. Jelenleg nem kap gyógyszert betegségére, félévente viszik a Szent László Kórházba kontroll vizsgálatra. A dokumentációjába betekintve azt láttuk, hogy mivel a CD4+ száma alacsony (1071/mm³) ezért a civil kezelőorvosa valóban nem találta szükségesnek (egyelőre) a gyógyszeres terápiát, azonban szoros, 3 havonkénti kontrollt javasolt. A kartonjában azonban rendszeres

ellenőrzésnek nem találtuk nyomát: 2013-as ambuláns lap előtti utolsó Szt. László kórházban kapott orvosi papírján 2011-es dátum szerepel.

Több panaszt hallgattak meg e megfigyelők a női osztályon. Megjegyezzük, hogy ott benyomásaink alapján, és az intézet többi osztályához képest kifejezetten rideg légkör uralkodott. Míg a kényszergyógykezelt férfiak osztályain a férfiak megtöltötték étellel az osztályok folyosóit, addig a női osztályon mindenki az ágyán feküdt vagy ült, az osztály folyosóin senki nem sétált. Beszédese volt a kihelyezett A/4-es lap is: „*Mielőtt megszólalsz, gondold meg, hogy szebb-e, amit mondani kívánsz, mint a csönd, amit megtörsz.*”

Több fogvatartott panasza irányult más büntetés-végrehajtási intézményekre. Ezeket itt nem részletezzük.

A megfigyelők beszéltek egy ideiglenes kényszergyógykezelt beteggel az I. épület férfi rehabilitációs osztályán, akin sérülések nyomai voltak észlelhetőek. Az ápoló állítása szerint az IMEI-be kerülése óta kétszer bántalmazták. Az első bántalmazás elmondása szerint látogatásunk előtt kb. öt hónappal történt, amikor nem kívánta bevenni a gyógyszereit, és ekkor két órát bántalmazta a kórtermében, miután mindenki mást kiküldtek onnan. A második bántalmazása elmondása szerint a látogatás előtt kb. két-három hónappal történt. Ekkor egy ápolónak szóvá tette, hogy milyen hangnemben beszél betegtársaival. Az ápoló áthívott egy felügyelőt egy másik épületből, aki rövidesen megérkezve ököllel az ápoló fejébe ütött, jobb szemöldöke felrepedt és vérzett. Ezt a bántalmazást több másik ápoló is megerősítette. A bántalmazásról szóló beszámolót az IMEI vezetőségéhez továbbítottuk, ígéretet kaptunk az ügy körülményeinek feltárására.

Az intézet vezetése jelezte, hogy „az I. Férfi Pszichiátriai és Rehabilitációs Osztályon szolgálatot teljesítő személyi állomány (orvosok, ápolók) és az osztály nevelője nem tudtak az ügyvel kapcsolatban semmilyen adatot szolgáltatni, ilyen ügyben panaszt sem a nevelőnél, sem az orvosoknál nem tett egy beteg sem. A betegeken keletkezett sérülésekről minden esetben készül látlelet, amely tartalmazza a sérülés keletkezésének körülményeit. Amennyiben bántalmazásról panaszodik egy beteg, abban az esetben haladéktalanul feljelentést teszünk az illetékes szervnél. A kérdéses időszakban nem került sor feljelentésre ilyen típusú sérülés, látlelet felvétele kapcsán.”

III. Főbb megállapítások, javaslatok

1. Határozatlan tartamú kényszergyógykezelés⁷

2013. július 1-jétől hatályos a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi c. törvény, melynek 78. bekezdése értelmében ismét **határozatlan időtartamú szankcióvá** vált a kényszergyógykezelés: az intézkedést akkor kell **megszüntetni, ha szükségessége már nem áll fenn**. Ez így volt 2010. május 1-je előtt is, a 2009. évi LXXX. törvény 25.§-ának (1) bekezdése módosította a (korábbi) Büntető törvénykönyvet, mely szerint a kényszergyógykezelés legfeljebb a cselekményre megállapított büntetési tétel felső határának megfelelő ideig, életfogytig tartó szabadságvesztéssel is büntetendő bűncselekmény esetén legfeljebb húsz évig tartott. Az akkori jogszabály értelmében, ha a kényszergyógykezelést követően is szükséges volt, a határozott idő leteltét követően, a kényszergyógykezelést pszichiátriai intézetben kellett elhelyezni.

A pszichiátriai betegeket jogi státuszuk alapján különítik el: a kényszergyógykezelteket az IMEI-ben, a többieket a pszichiátriai intézetekben kezelik. Az IMEI ugyanakkor nem az ott nyújtott orvosi ellátás jellege alapján, hanem **biztonsági fokát tekintve különbözik a többi intézettől**. Orvosi szempontból az IMEI rosszabb helyzetben van a többi kórházhoz képest: többlétszolgáltatást nyújtani nem tud, ugyanakkor a szigorú biztonsági előírások, a zárt jelleg, megnehezítik a betegek megfelelő pszichiátriai ellátását. Ráadásul az intézet tájékoztatása szerint az IMEI-ben egy beteg egy napi

⁷ A fejezet alapjául a Magyar Helsinki Bizottság és a Mental Disability Advocacy Center 2007-es közös javaslata szolgált.

költsége körülbelül 10.000 forint, míg ugyanez pszichiátriai ellátást nyújtó más szakintézményekben csak 6.000 forint körül van.⁸ Az eltérés a szigorú biztonsági előírások betartásával is magyarázható.

Az új szabályozás azt a szemléletet tükrözi, hogy minden kényszergyógykezelt beteg **állandóan magas biztonsági kockázatot** jelent. Ez azonban nem felel meg a valóságnak. A betegek már a kényszergyógykezelés elrendelésekor külön biztonsági osztályokba sorolhatók (pl. az általuk elkövetett bűncselekmények típusa, pszichiátriai „történetük”, személyes jellemzőik, családi háttér, környezet, stb. alapján). Különösen sokat változhat azonban a beteg által jelentett biztonsági kockázat a kényszergyógykezelés folyamán – egyes betegek együttműködőbbek, jobban reagálnak az alkalmazott kezelésre, az ő állapotukat hamarabb sikerül stabilizálni. Ez ugyanakkor nem jelent egyet a kényszergyógykezelés feltételeinek megszűnésével. A bűnismétlés kockázata (ami a kényszergyógykezelés fenntartásának feltétele) nem csak a személy által jelentett biztonsági kockázat függvénye, hanem egy sor más tényező is (elsősorban pl. a környezet befogadóképessége, ahová a beteg a kényszergyógykezelés után kerül). A „bűnismétlés kockázata” és a „gyógykezelés során jelentett biztonsági kockázat” tehát értelemszerűen összefüggő, de korántsem azonos fogalmak.

Megjegyzendő, hogy más országokban a bűnismétlés kockázatát és a biztonsági kockázatot speciális képzésben részt vett elmeügyi szakértők állapítják meg külön **standardizált módszerekkel**. A legismertebb ilyen standardizált módszer a bűnismétlés kockázatának megállapítására a HCR-20 kézikönyv,⁹ amelynek a magyar bírósági és pszichiátriai gyakorlatba való bevezetését nagyon ajánlatosnak tartanánk. A jelenlegi helyzetben ugyanis nincs semmilyen objektív alapja egy beteg „veszélyessége” megállapításának, még ha azt igazságügyi elmeszakértő végzi is. Standardizált szabályok hiányában az igazságügyi elmeszakértői vélemények valójában inkább szubjektív „vélemények” maradnak, amelyek felülvizsgálata a bíróságok számára gyakorlatilag lehetetlen. Márpedig a jogalkotó a bíróságokra, nem pedig az igazságügyi elmeszakértőkre bízta annak eldöntését, hogy egy adott személy jelent-e még veszélyt a társadalomra nézve. A standardizált veszélyességi szabályzat hiánya azt eredményezi, hogy az orvosszakértő véleménye gyakorlatilag nem ellenőrizhető a bíróságok által.

A Helsinki Bizottság az új Büntető törvénykönyv tervezetéhez benyújtott javaslatában szövegszerűen is megfogalmazta, mit tekintene megfelelőnek a kényszergyógykezelésekkel, illetve azok felülvizsgálatával kapcsolatban. A javasolt szabályozás a korábbi büntető törvénykönyv szövegezéséből indult ki:

(2) A kényszergyógykezelést az erre kijelölt zárt intézetben *vagy pszichiátriai intézetben kell végrehajtani az azt elrendelő, ill. felülvizsgáló bíróság döntése alapján, a kényszergyógykezelt személy által jelentett biztonsági kockázat függvényében.*

(3) A kényszergyógykezelés legfeljebb az (1) bekezdés szerinti cselekményre megállapított büntetési tétel felső határának megfelelő ideig, életfogytig tartó szabadságvesztéssel is büntetendő bűncselekmény esetén legfeljebb húsz évig tart. Ha ezt követően az egészségügyről szóló törvényben meghatározott feltételek fennállása miatt szükséges, a kényszergyógykezeltet pszichiátriai intézetben kell elhelyezni. A kényszergyógykezelést az e bekezdésben meghatározott tartam előtt is haladéktalanul meg kell szüntetni, ha szükségessége már nem áll fenn

(4) A kényszergyógykezelés szükségességét a bíróság hathavonta felülvizsgálja. *A bíróság a felülvizsgálat során dönthet a kényszergyógykezelés helyének megváltoztatásáról is a (2) bekezdésben meghatározott biztonsági kockázat megváltozásának függvényében.*”

A javasolt módosítás lehetővé tette volna, hogy csak a valóban szigorú biztonsági kockázatot jelentő személyek kerüljenek az IMEI-be. Aki ilyen súlyos biztonsági kockázatot nem jelent, de nála a

⁸ <http://www.asz.hu/jelentes/1286/jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasanak-ellenorzeserol/1286j000.pdf>

⁹ HCR-20 – Assessing risk for violence, Authors: C.D. Webster, K.S. Douglas, D. Eaves, S.D. Hart. Published by: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby, Canada, and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission, 1997, Burnaby, Canada

kényszergyógykezelés feltételei az (1) bekezdés szerint még fennállnak, azon pszichiátriai intézetben hajthatták volna végre (ill. folytathatták volna) a kényszergyógykezelését. Ezzel ezek a személyek jobb terápiás lehetőségekhez jutnának (a civil kórházak ebből a szempontból sokkal jobban felszereltek), ami elősegítené korábbi gyógyulásukat az IMEI-ben történt gyógykezeléshez képest.

Mindemellett a civil pszichiátriai kórházak számára nem jelentene gondot a kényszergyógykezeltek ellátása. A Btk. szerinti kényszergyógykezelés és az Eü. törvény szerinti kötelező gyógykezelés csak a kórházba kerülés módjában és a felülvizsgálat ill. kikerülés módjában – gyakorlatilag tehát a betegek jogi státuszában – különbözik. A kórházban kapott orvosi ellátás tekintetében nincs és nem is lehet különbséget tenni a betegek között jogi státusuk alapján (lásd a Fővárosi Ítéltábla 2007. február 26-i döntését, amely megállapítja, hogy az IMEI-ben is az Eü. törvény vonatkozó rendelkezéseit kell alkalmazni a gyógykezelések tekintetében). Az azonos diagnózissal kezelt betegeket orvosi és jogi szempontból is egyformán kell kezelni a különböző pszichiátriai kórházakban, attól függetlenül, hogy önkéntes betegek, kötelező gyógykezelés alatt, vagy netán kényszergyógykezelés alatt állnak. Orvosi szempontból Magyarországon a Pszichiátriai Szakmai Kollégium szakmai protokolljai az irányadóak, amelyek nem tesznek különbséget beteg és beteg között jogi státusz alapján. Megkülönböztetni csak a valós biztonsági kockázat alapján lehet a betegeket – ezt a javasolt módosítás lehetővé teszi, hiszen a biztonsági kockázat függvényében ítélné úgy a bíróság, hogy a kényszergyógykezelést az IMEI-ben ill. civil pszichiátriai intézményekben hajtsák végre.

Megjegyzendő, hogy a több közép-európai országban (pl. Csehország, Szlovákia, Lengyelország, Szlovénia) nincs az IMEI-hez hasonló zárt intézet. A büntető törvénykönyvek által elrendelt kényszergyógykezelést civil kórházakban hajtják végre. A kényszergyógykezeltek azonos orvosi ellátásban részesülnek az önként, ill. az egészségügyi törvények alapján gyógykezelt betegekkel.

A módosítás a jelenlegi rendszer egy másik fontos hibáját is kiküszöbölte volna. Jelenleg az IMEI-ben zárt környezetben kezelt betegek felépülésük esetén automatikusan szabadlábra kerülnek, minden átmenet nélkül. Mivel az IMEI-ben nincs lehetőség arra, hogy a már látszólag felépült betegek reakcióit hétköznapi helyzetekben vizsgálják, és így az orvosok pontos képet alkossanak veszélyességükről (ami nem egyszerűen az elmeállapot, hanem az elmeállapot és a környezet kölcsönhatásának a függvénye), gyakran a sötétben tapogatóznak annak megítélésükre, hogy egy-egy konkrét személy jelent-e még a társadalomra nézve kockázatot vagy sem. Ez gyakran túlzott óvatossághoz vezet a szakvélemény kiállításakor. Ugyanakkor az orvosok sokszor joggal tartanak attól, hogy ha az egyébként már stabil állapotú volt beteg rossz körülmények közé kerülne az IMEI-ből, az az elmeállapotában visszaesést jelentene, ami esetleg bűncselekmény elkövetéséhez vezetne. Az IMEI-ben való kezelés azonnali megszűnté sokszor olyan biztonsági kockázatot jelent, amit az orvosok nem mernek vállalni.

Ezen a helyzeten sokat segíthetne, ha a látszólag stabilizálódott állapotú betegeket az IMEI-ből nem az „utcára” (szabadlábra) engednék, hanem pszichiátriai intézetbe, amely ugyan enyhébb biztonsági fokozatú, mint az IMEI, de mégis nagyobb ellenőrzésre ad lehetőséget a beteg cselekedetei fölött, mintha haza kerülne. A pszichiátriai intézetben lehetőség lenne a beteg hétköznapi környezetben való megfigyelésére, ami az általa jelentett biztonsági kockázatok pontosabb megállapításához vezetne. Ha az IMEI-ben mutatott stabil állapota a civil kórházban romlana, a következő felülvizsgálat alkalmával visszakerülhetne az IMEI-be. Ha az állapota stabil maradna, átkerülhetne a civil kórház nyílt osztályára, ill. a következő felülvizsgálat alkalmával a bíróság a kényszergyógykezelést megszüntethetné.

A modern igazságügyi pszichiátriában alapkövetelmény a biztonsági kockázatok testre szabása. Mivel a biztonsági előírások és a terápiás környezet egymás ellen ható tényezők (minél szigorúbb egy kórház biztonsági fokozata, annál nehezebb és drágább ott a megfelelő terápiás kezeléseket biztosítani), szükség van a beteg tényleges állapotának megfelelő biztonsági fokozatú kórházban való elhelyezésére. Ennek megfelelően pl. az angolszász országokban az igazságügyi pszichiátriai intézményeket három osztályba sorolják (magas, közepes, és alacsony biztonsági fokozatú igazságügyi pszichiátriai kórházak). A súlyos bűncselekményt elkövető és nagy biztonsági kockázatot jelentő személyek először a magas biztonsági kockázatú kórházakba kerülnek (amelyek jellegüket tekintve az IMEI-hez hasonlóak, bár annál jobban felszereltek). Állapotuk stabilizálódásával átkerülnek egy

közepes biztonsági fokozatú kórházba, ahol terápiás kezelésüket folytatják. Ennek sikeressége esetén alacsony biztonsági fokozatú kórházba kerülnek, ahol a társadalomba való visszaileszkedésükre fordítják a hangsúlyt (pl. munkát vállalnak, szabadon elhagyhatják a kórházat már a kényszergyógykezelés folyamán). Ha ez sikeres, a kényszergyógykezelést megszüntetik, és az illetőt otthonába bocsátják (ismert a kényszergyógykezelés feltételes megszüntetése is). Ez a rendszer lehetővé teszi, hogy felépülésük folyamatos legyen, és egész idő alatt megkaphassák a szükséges orvosi segítséget és felügyeletet.

Ezzel szemben a magyar gyakorlatban csak az első (magas biztonsági fokozatú kórház – IMEI) és az utolsó (szabadon bocsátás) elem van jelen, a közbülsők hiányoznak. Ezt a hiányt pótolhatta volna a javasolt módosítás, ami lehetővé tette volna, hogy az IMEI-ben stabilizált állapotú betegeket tovább kezelhessék alacsonyabb biztonsági fokozatú pszichiátriai intézményekben.

Fontos megemlíteni, hogy a büntetőjogi szankciónak az alaptörvény és az Emberi Jogok Európai Egyezménye alapján egyértelműnek és előreláthatónak kell lennie, az Egyezményben megfogalmazott „prescribed by law” fordulatban a law csak határozott tartalmú normát jelenthet – ezt sérti a határozatlan szankció, valamint felmerül a diszkrimináció gyanúja is, hiszen határozatlan büntetés esetén valaki ugyanazon cselekmény elkövetéséért többet tölthet az IMEI-ben, mint elítéltként börtönben töltött volna beszámíthatósága esetén. Vagyis van egy büntetőjogi felelősséget kizáró tényező (kóros elmeállapot), de ezzel együtt (vagyis büntetőjogi felelősség hiányában) hosszabb időt tölthet el az érintett nagy biztonsági fokozatú zárt intézetben, mintha büntethető lenne. Vagyis hátrányosabb a helyzete a bűnt elkövető nem-betegekhez képest, mert hosszabb ideig "kezelik", mint tartanák fogva, és hátrányosabb a bűnt el nem követőkhöz képest is (mert őket civil kórházban kezelik).

2. Dohányzás

A kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól, működéséről szóló 36/2003. (X. 3.) IM rendelet 2. § (1) bekezdése szerint az IMEI a büntetés-végrehajtásért felelős miniszter irányítása alatt működő, zárt jellegű, országos feladatkörű **büntetés-végrehajtási egészségügyi intézet**.

A dohányzás engedélyezése az intézet különböző épületeiben, az ott elhelyezett ápolti csoporttól függően eltérő. Leegyszerűsítve attól függ a dohányzás engedélyezése, hogy az adott részlegen inkább a büntetés-végrehajtási, a pszichiátriai vagy az egészségügyi jelleg az erősebb. Az **I. és a III. épületben a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés alatt álló betegek** külön helyiségekben **dohányozhatnak**. A betegeknek havonta 35 doboz cigarettát engedélyeznek, ami megfelel a pszichiátriai betegek gyakoribb dohányzási igényének. Azoknak, akik más módon nem jutnak cigarettához (nincs pénzük, kapcsolattartóik nem küldik be), az intézet napi öt szál cigarettát biztosít.

A dohányzás nagy problémát jelent viszont a II. épületében. **A II. épület földszintjén** a Központi Kivizsgáló és Módszertani Osztályon a **korlátozottan beszámítási képességgel rendelkező és a személyiségzavar tüneteit mutató elítéltek** vizsgálatát és gyógykezelését végzik, és itt **dohányzó és nemdohányzó kórtermekben** vannak elhelyezve a beutalt fogvatartottak. A **II. épület emeletén** kialakított **Neuro-Psichiátriai Osztályon** (NPO) azonban – ahol az **előzetes letartóztatásban lévő fogvatartottak és elítéltek elmeállapotának megfigyelése és neurológiai vizsgálatok végzése történik – tilos a dohányzás**, az itt elhelyezettek részére semmilyen módon nem biztosítják a dohányzás lehetőségét. Az NPO-n fogvatartott személyek ugyanis **nem pszichiátriai betegek**, akik részére a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény alábbi szabálya lehetővé teszi a dohányzást:

2. § (5) A (7)-(9) bekezdésben foglaltak szerint zárt légtérű dohányzóhely is kijelölhető
[...]

b) büntetés-végrehajtási intézményekben és a rendőrségi előállító helyiségekben, fogdáknak és az őrzött szálláshelyeken a fogvatartottak - köztük a kóros elmeállapotúak - számára,

c) az Eütv. 188. § a) pontja szerinti pszichiátriai intézetben a pszichiátriai betegek számára,

Az NPO-n fogvatartott személyek részére továbbá – mivel **az NPO egészségügyi szolgáltatónak minősül** – a 1999. évi XLII. törvény tiltja a dohányzást:

2. § (4) A (2) bekezdés a) és b) pontjában foglaltakon túlmenően nyílt légtérben sem jelölhető ki dohányzóhely

[...]

c) ¹⁰ az (5) bekezdésben foglalt kivétellel az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 3. § f) pontja szerinti egészségügyi szolgáltatónál.

A megfigyelők tapasztalatai szerint ez igen sok feszültséget szül, az ápoltak igazságtalannak tartják, hogy egy emelettel lejjebb elhelyezett társaik dohányozhatnak, míg nekik erre nincs lehetőségük. A megfigyelők fültanúi voltak annak, hogy a II. épület egyik emeleti zárkájának ablakát az egyik fogvatartott kezével betörte. A fogvatartottal az esemény előtt a megfigyelők beszélgettek, mely során a fogvatartott – aki a megfigyelők megítélése szerint nem volt beszámítható állapotban – többször kétségbeesetten kérte, hogy engedjék meg neki, hogy dohányozhasson. Az ablak betörésének csörömpölő hangjára az egyik megfigyelő a helyszínre sietett, és látta, hogy a betört ablaktáblát a felügyelet egyik tagja kiemeli a helyéről és a folyosóra helyezi (mivel a zárkában nem kettő, hanem egy ablaktábla van, ezért a zárkában ettől kezdve nem lehetett teljesen becsukni az ablakokat, a kitört ablaktábla helyén csak egy rács maradt a zárka légtere és a szabadlevegő között). Az ablakot kitörő fogvatartottat az egészségügyi helyiségbe kísérték, hogy vérző alkarját bekössék. A megfigyelők másnap visszatértek a kérdéses zárkába, ahol az ablakot kitörő fogvatartottól és a zárkatársaitól megtudtuk, hogy előző este a fogvatartott olyan – vélhetően nyugtató – injekciók kapott, amelyet máskor nem szokott. Az IMEI személyzetének egyik tagja kérdésünkre másnap elmondta, hogy az ablakot betörő fogvatartottal szemben nem fognak kártérítési igényt érvényesíteni, mert az IMEI személyzete is azon az állásponton volt az esemény bekövetkezése után, hogy a fogvatartottat a beszámítási képességének hiánya miatt nem lehet tettéért felelősségre vonni.

A dohányzásnak az NPO-n való tiltása a többi itt fogvatartott személy részére is problémát jelentett.

Az orvosigazgató szerint is a fő akadályt az jelenti, hogy az Eütv. tiltja a dohányzást olyan helyiségekben, amelyekben betegellátás folyik.

A feszültségek csökkentése érdekében úgy véljük, célszerű lenne a dohányzást az összes ápolti csoportnak engedélyezni. Az engedélyezés egyik módja a jogszabály módosítása lenne. Hosszútávon a megoldást az NPO-ban kialakított zárt légtérű dohányzóhely kialakítása jelentené, mely lehetővé tenné – időszakos felügyelet mellett – a dohányzást a függőségüket és ezzel a dohányzás lehetőségének megvonásával járó tüneteket kevésbé kezelni tudó pszichiátriai betegségekkel küzdő személyek részére. Rövidtávon lehetséges megoldás, hogy a szabadlevegőn tartózkodás ideje alatt engedélyezik a dohányzást, amelyre a jelenlegi jogszabályok is lehetőséget adnak. Az IMEI vezetése a látogatáskor jelezte, hogy még a megfigyelők látogatása előtt megkeresték a tűzoltóságot, hogy véleményezzék, milyen tűzvédelmi kockázatai lehetnek a dohányzás engedélyezésének a sétaudvaron.

Utólagos tájékoztatást kértünk az intézetvezetéstől, hogyan halad a dohányzás feltételeinek megteremtése a II. épület fogvatartottjainak. 2014. áprilisában ezt a választ kaptuk: „A Bizottság ellenőrzésekor még nem tudtuk biztosítani az NPO-n fogvatartott személyeknek a dohányzás lehetőségét, de figyelembe véve a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény 2. § -át, zárt légtérű dohányzóhelyiséget alakítottunk ki a beutaltak számára.”

3. Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, a szociális otthon befogadó nyilatkozata

A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény (a továbbiakban Be.) 566. §-a értelmében a bíróság határoz a **kényszergyógykezelés** fenntartásáról, illetve **megszüntetéséről**, először a kényszergyógykezelés megkezdését követő hat hónapon belül. Amennyiben a bíróság a kényszergyógykezelést nem szünteti meg, félévente megismétlik a felülvizsgálatot. A Be. 566. § (2)

bekezdése szerinti eljárásban a szükségesség körében a tárgyi jellegű feltételek már nem vizsgálhatóak. „Így nem lehet újból értékelni, hogy a kényszergyógykezelés alatt álló személy elbírált cselekménye büntetethőséget kizáró ok hiányában bűncselekmény tényállását valósítja-e meg, s utóbbi esetben milyen annak a súlya, jellege, s milyenek a személyi körülmények. Mindezeknek az eldöntése az ítélelhozó bíróság hatáskörébe tartozott.”¹⁰

A felülvizsgálat előtt elmeorvos-szakértői véleményt kell beszerezni, a szakvéleményekre építi a bíróság a döntését, hogy megszünteti vagy fenntartja a kényszergyógykezelést. A szakértőnek vizsgálnia kell az ápolat állapotában beállt változást, és „azt mérlegelve kell nyilatkoznia arról, hogy a beteg javult-e oly mértékben, vagy gyógyult-e, hogy szükséges-e a további kezelés? A szükségesség akkor szűnik meg, ha a bűnismétlés veszélye már nem áll fenn.”¹¹ Ezt a Legfelsőbb Bíróság Büntető Kollégiumi Véleménye úgy fogalmazza meg, hogy „a szükségesség keretében azt kell vizsgálni, hogy a beteg meggyógyult-e, illetve a bűnismétlés veszélye fennáll-e, valamint hogy a kényszergyógykezelés – a beteg esetleg változott egészségi állapotára is figyelemmel – a társadalom védelme szempontjából a továbbiakban nem sürgős-e. A szükségesség vizsgálatánál a bíróságnak, illetve a szakértőknek figyelembe kell venni a kényszergyógykezelt testi, pszichikai tulajdonságokat, valamint **általános magatartása mellett családi, környezeti adottságait is vizsgálnia kell**, vagyis azt, mennyire **protektív az a környezet**, ahova az ápolat a kényszergyógykezelés megszüntetése után kerülhet.”

A kényszergyógykezelés megszüntetésekor általában két lehetőség van: a korábbi ápolat **szociális intézménybe helyezik el, vagy hozzátartozói, rokonai fogadják be**. Amennyiben nincs szabad férőhely, illetve nincs olyan hozzátartozója a betegnek, aki a befogadást vállalná, **a szakértő általában nem javasolja a kényszergyógykezelés megszüntetését, és a bíróság sem rendeli el** azt. Az IMEI-ben tett látogatáson szerzett tapasztalatok alapján a megfigyelők arra a következtetésre jutottak, hogy **akár 4-5 év is eltelhet úgy, hogy férőhely hiányában a kényszergyógykezelés megszüntetésére nem kerül sor**, hiszen a protektív környezet nem biztosított. A megfigyelők több olyan beteggel beszéltek, akik évek óta várnak arra, hogy legyen szabad férőhely a szociális intézetekben, és még mindig csak a várólistán szerepelnek. Tovább nehezíti a helyzetet, hogy az IMEI-ben kezelt gyakran rendelkeznek **vegyes diagnózissal**, vagyis több betegségben szenvednek egyszerre (paranoia, skizofrénia), és egyes intézetek csak az egyik típusú betegség kezelésére vállalkoznak.

A megfigyelők több olyan ápolttal beszéltek, akik évek óta várnak helyre a szociális intézetekben, hiába, csak a várólistán szerepelnek. A magyarországi pszichiátriai ellátórendszer szociális pillérében (pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthonai és rehabilitációs intézetei) a KSH adatati szerint kevesebb, mint 9000 férőhely áll rendelkezésre. Az intézetekbe való bekerülés igen nehéz, gyakorta éveket kel várni egy-egy férőhely felszabadulására. További problémát jelent az, hogy ezek a férőhelyek nagy létszámú bentlakásos intézetekben vannak, amelyek alkalmatlanok arra, hogy tényleges rehabilitációs teljesítményt nyújtsanak. A hazánk által is kihirdetett A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény 19. cikke értelmében a nagy létszámú intézményi ellátás helyett közösségbe integrált, személyre szabott lakhatási szolgáltatásokat kellene létrehozni. Tovább nehezíti a helyzetet, hogy az IMEI ápolottjai gyakran rendelkeznek **vegyes diagnózissal**, vagyis több betegségben szenvednek egyszerre (paranoia, skizofrenia), és egyes intézetek csak az egyik típusú betegség kezelésére vállalkoznak.

Súlyosan sérti a személyi szabadsághoz való jogot, hogy a fent vázolt helyzet alapján az IMEI-ből szabadulást végső soron nem a kezelt elmeállapota határozza meg, hanem hogy biztosított-e a befogadó környezet. Álláspontunk szerint **nem fogadható el a hosszabb ideig tartó fogvatartás indokául, hogy a befogadó környezet nem biztosított**. Amennyiben olyan fokú állapotjavulás következik be a kezeltnél, hogy a további ellátás az IMEI keretein belül nem indokolt, mindenképpen **megoldást kell találni az elbocsátásra**.

Ahogy azt az új Büntető Törvénykönyv tervezetéről szóló, a Központ a Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány (Mental Disability Advocacy Center, MDAC) korábbi javaslatait is figyelembe vevő

¹⁰ BKv30.

¹¹ Ld. még: az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 14. sz. módszertani levele az igazságügyi pszichiátriai szakértői vizsgálatokról és véleményezésről

véleményünkben¹² is jeleztük, az IMEI orvosi szempontból rosszabb helyzetben van a többi kórházhoz képest: többetszolgáltatást nyújtani nem tud, ugyanakkor a szigorú biztonsági előírások, a zárt jelleg, az antiterápiás környezet megnehezítik a betegek megfelelő pszichiátriai ellátását, és így gátlóan hatnak felépülésükre. Az IMEI-nek zárt jellegéből adódóan sokkal kevesebb lehetősége van terápiás foglalkozások nyújtására is. Ezeket az állításokat az MDAC-MHB közös jelentése¹³ és a Kínzás Megelőzésére létrehozott Európai Bizottság (CPT) jelentései¹⁴ is megerősítették. Így az IMEI-ben való kezelés a fenti okokból való fenntartása a pszichiátriai kezelés egésze szempontjából is hátrányos lehet.

A helyzetre megoldást jelenthet az intézményrendszer átalakítása, az **utógondozó intézmények** kialakítása, de tisztában vagyunk azzal, hogy ez hosszabb folyamat, míg a kialakult helyzetre célszerű **mielőbb megoldást** találni. Álláspontunk szerint enyhíthető lenne a probléma úgy is, hogy a jogszabályok előnyben részesítik a kényszergyógykezelteket, **soronkívülséget** biztosítanak számukra a szociális intézményekben történő elhelyezés során.

A soron kívülség azt a – beszámolók szerint gyakorlati – problémát is orvosolná, hogy a Be. 84/B. § (2) bekezdés b) pontjának rendelkezése alapján a beteget azon a napon el kell bocsátani az IMEI-ből, amikor a kényszergyógykezelés megszüntetéséről a bíróság értesítőlapja megérkezik, ám ekkora a szociális intézmények befogadó nyilatkozata sok esetben még nem áll rendelkezésre.

Fenti problémával kapcsolatban a Magyar Helsinki Bizottság a Társaság a Szabadságjogokért szervezettel közösen a jogalkotóhoz fordult és jogszabály-módosítást kezdeményezett.

4. Betegjogi képviselő

A látogatás során folytatott megbeszélések szerint az IMEI-ben a betegjogi képviselő nem tart állandó jelleggel (heti egy alkalommal) fogadóórát, csak ha egyszerre több panaszlevelet továbbítanak neki.

A kényszergyógykezelésre vonatkozó szabályok alapelve, hogy arra – a jogszabályokban meghatározott eltérésekkel – a pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésére kötelező irányadó szabályokat kell alkalmazni, melyet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 189-195. §-ai tartalmazzak.

Mindezek alapján az egészségügyi intézményekkel azonos módon, az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központtól [OBDK] szóló 214/2012. (VII. 30.) Korm. Rendelet rendelkezéseinek megfelelően:

„9. § (1) A betegjogi képviselő az OBDK által meghatározott időtartamban fogadóórát tart a 100 ágyasnál nagyobb kapacitású fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóknál. Amennyiben a betegjogi képviselő feladatának ellátásához szükséges, a panaszok kezelésének, illetve a jogok gyakorlásának figyelemmel kísérése érdekében intézménylátogatást végez.”

Fontos figyelemmel lenni továbbá a büntetés-végrehajtási szervezetről szóló 1995. évi CVII. törvény rendelkezésére, miszerint:

„16. § (8) Ha a kényszerítő eszközt kényszergyógykezeléssel vagy ideiglenes kényszergyógykezeléssel szemben alkalmazták, a 16. § (6) bekezdés szerint kialakított állásfoglalásról az érintett személyen kívül értesíteni kell a betegjogi képviselőt, a beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselőjét és a törvényességi felügyeletet ellátó ügyészt is.

17. § (3) Az intézkedéssel érintett személynek, továbbá ha az intézkedést kényszergyógykezeléssel, ideiglenes kényszergyógykezeléssel szemben alkalmazták, a betegjogi képviselőnek, a beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselőjének - függetlenül a 16. § (6)

¹² Lásd: http://helsinki.hu/wp-content/uploads/Velemeny_a_Bunteto_Torvenykonv_tervezeterol_Magyar_Helsinki_Bizotts%C3%A1g_20120309.pdf.

¹³ *Elítéltek vagy betegek: Igazságügyi pszichiátriai fogvatartás Magyarországon* (A Magyar Helsinki Bizottság és a Központ a Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány közös jelentése az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben tett látogatásról a BVOP parancsnokának és az IMEI főigazgató főorvosának észrevételeivel), MDAC és MHB, 2004, Budapest

¹⁴ *Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 30 March to 8 April 2005*, CPT/Inf (2006) 20, Strasbourg, 29 June 2006, <http://www.cpt.coe.int/documents/hun/2006-20-inf-eng.pdf>

bekezdése szerinti állásfoglalástól - joga van az intézkedéssel kapcsolatban feljelentést, keresetet, bejelentést vagy panaszt tenni az illetékes hatóságnál vagy szervnél.”

A képviselő további feladata a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól, működéséről szóló 36/2003. (X. 3.) IM rendelet szerint:

„5.§ (3) Ha a betegnek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége állandó jelleggel hiányzik és nem áll gondnokság alatt, a főigazgató főorvos a járási (fővárosi kerületi) gyámhivatalnál (a továbbiakban: gyámhivatal) ideiglenes gondnok kirendelését, illetőleg a gyámhivatal útján a gondnokság alá helyezés iránti polgári per megindítását kezdeményezi. A gondnok kirendeléséig a beteg érdekképviselőjét az IMEI szociális ügyeket intéző előadója és a betegjogi képviselő látja el.”

Látható tehát, hogy az IMEI-ben a kezelték érdekvédelme a betegjogi képviselő intenzívebb - az egészségügyi intézményekhez képest is gyakoribb - jelenlétét indokolná. Fontos figyelembe venni azt is, hogy az ápoltnak az átlagnál jóval alacsonyabb a jogérvényesítési képessége, így javasoljuk, hogy a kötelező fogadóórán túl a képviselő proaktív módon, maga kezdeményezzen beszélgetést az ápolttal. Problémás, hogy a közelmúltban többször is változott a betegjogi képviselő személye, így nehezebb bizalmi kapcsolatot kialakítani. Az intézet munkatársaival folytatott beszélgetések során derült fény arra, hogy az utóbbi évben már a harmadik személy látja le ezt a feladatkört.

Javasoljuk, hogy olyan személy lássa el az intézetben a betegjogi képviselői feladatait, aki kevésbé leterhelt, kevesebb kötelezettsége van más intézetek vonatkozásában, hiszen az IMEI-ben ellátandó feladatok különös teherbírást és figyelmet igényelnek.

Mivel az IMEI egy igen speciális intézmény, és a különösen sérülékeny ápoltak általában igen hosszú időt töltenek ott, megfontolásra javasoljuk ellátottjogi képviselő rendszeres foglalkoztatását a betegjogi képviselő mellett a nem egészségügyi típusú panaszok megoldása érdekében.

Nagyon fontosnak tartjuk annak biztosítását is, hogy a betegjogi képviselővel az ápoltak ellenőrzés nélkül levelezhessenek, enélkül nehezen képzelhető el a bizalmi viszony kialakítása.

Az intézetvezetés az addigi rossz gyakorlat megváltoztatásáról számolt be: „A Helsinki Bizottság ellenőrzésekor ez még valóban így volt, azonban az ellenőrzés megállapításaira tekintettel azonnal változtattunk a régi gyakorlaton. A betegjogi képviselő azóta minden hétfőn 14–15 óra között fogadóórát tart intézetünkben, amennyiben nincs jelentkező, akkor is végigjárja az osztályokat, és beszélget a betegekkel. A betegjogi képviselő személyének változásába az intézetünknek nincs beleszólása, az OBDK 2012. évben történt megalakulásakor a területi felosztások megváltoztatása okán a képviselők személye is cserélődött.”

5. Orvosok alacsony száma

Az intézetben kilenc főállású pszichiáter dolgozik, egy pedig szerződés alapján. (Szomorú érdekesség, hogy a Magyar Helsinki Bizottság 2003-as látogatásakor még 21 orvos dolgozott az intézetnél, nagyjából hasonló intézeti beteglétszám, és alacsonyabb fogvatartotti létszám mellett.) A kilenc pszichiáterhez persze nem csak az intézetben ápolttal párszáz ember tartozik, hanem közvetve 18.000 fogvatartottal.

A riasztóan alacsony számnak több oka van, a költségvetési szigor mellett az is probléma, hogy egy-egy meghirdetett állásra nincs jelentkező. Egész Magyarországon számos problémával küzd a pszichiátriai ellátórendszer, ez hatványozottan jelentkezik az IMEI-ben, ahova nem tudják plusz kedvezményekkel, akár magasabb jövedelemmel odacsábítani a fiatal pszichiátereket. Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerrel szóló 122/2009. kormányrendelet már 2011-ben a hiányszakmák között nevesítette a pszichiátriai szakmát, a helyzet azóta nem javult. A pszichiátriai betegellátás fekvőbeteg és gondozási típusában is csökkent a létszámellátottság. (Lásd még az Állami Számvevőszék 2012. évi jelentését a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzése kapcsán <http://www.asz.hu/jelentes/1286/jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasanak->

<ellenorzseserol/1286j000.pdf>). Az általános pszichiáter-hiány mellett az is probléma, hogy az IMEI-ben dolgozó pszichiátereknek általában magasabb munkateherrel kell megküzdeniük, mint „civil” kórházban dolgozó társaiknak, a klasszikus feladatok mellett el kell egyben a büntetés-végrehajtás sajátosságaiból adódó feladatokat is el kell látniuk.

6. Fiatalkorúak

2012-ben összesen 34 fiatalkorú fogvatartott volt beutaltként az IMEI-ben, összesen 311 napot töltöttek az Intézetben, az átlagos bent töltött idő hossza 7,95 nap volt. Hat olyan fiatalkorú volt, aki egy éven belül kétszer is bekerült az IMEI-be.

A fiatalkorúak elhelyezése során a hazai és a nemzetközi jogszabályok is hangsúlyt fektetnek arra, hogy a fiatalkorúakat a felnőttektől el kell különíteni. Ezt írja elő pl. a Bvtv 30. §-a, és a Gyermekjogi Egyezmény¹⁵.

Az elmúlt években volt arra példa, hogy a fiatalkorúak elkülönítése nem valósult meg. Ez ellentétes a büntetés-végrehajtásra irányadó jogszabályokkal, mindazonáltal elképzelhetőnek tartjuk, hogy a gyermekek mindenképpent álló érdekeinek érvényesülése az adott helyzetben az elkülönítési szabályok figyelmen kívül hagyását kívánja meg. Különösen igaz ez abban az esetben, amikor csak egy fiatalkorú van az intézetben, és elkülönítése ahhoz vezet, hogy egyedül lesz egy kórteremben, ami lehetséges, hogy a pszichés állapotának nem felel meg és számos kockázatot vet fel (pl. öngyilkosság veszélye). A fiatalkorúak elhelyezése tehát véleményünk szerint – osztva az intézet álláspontját, illetve gyakorlatát – különös megfontolást igényel és nem jogi, hanem orvos-szakmai kérdés, az eset összes körülményének gondos mérlegelését feltételezi. Hangsúlyozzuk azonban, hogy az elhelyezésnek minden esetben törvényesnek kell lennie, egy intézet sem bírálhatja felül a hatályos jogszabályokat. Amennyiben az intézet gyakorlata alapján nem biztosítható a fiatalkorúak – jelenleg hatályos jogszabályban rögzített módon történő elkülönített elhelyezése, és az intézet álláspontja, hogy az elkülönített elhelyezés nem minden esetben szolgálja a gyermek mindenképpent álló érdekét, úgy haladéktalanul jogszabály módosítást kell kezdeményezniük.

7. Terápiás foglalkozások

Az intézet elsősorban gyógyszeres kezelés formájában végzi a betegek gyógyítását. A gyógyszeres kezelés mellett csekély számú kreatív foglalkozás folyik az intézetben. Az intézeti heti programjai között szerepel: heti két alkalommal színjátzó szakkör és énekkar, heti egy alkalommal disco, mise, foci, angol óra, továbbá heti egy délután van lehetőség a könyvtár használatára. Havonta egy alkalommal intézeti szintű kulturális program is megvalósul. Ezek a kreatív foglalkozások mind üdvözlendőek, azonban a betegek gyógyulása és rehabilitációja szempontjából ennél többre lenne szükség. Erre a tényre az alapvető jogok biztosának jelentése is felhívta a figyelmet, az AJB-5019/2012. számú ügyben:

„Az Országgyűlés 2007. július 6-án, a *2007. évi XCII. törvénnyel* kihirdetette a *Fogyatékossgal Élő Személyek Jogairól Szóló ENSZ Egyezményt és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyvet* (a továbbiakban: Egyezmény). Az Egyezmény 2008. május 3-án lépett hatályba. Az értelmi, illetve testi fogyatékossgal élő személyek IMEI-ben való elhelyezése nem felel meg a nemzetközi egyezmény 25. cikkelyében foglalt egészségügyi rendelkezéseknek, mivel a jelenleg működő egy-egy szakkörön túl további terápiás és egyéb, a rehabilitációt elősegítő tevékenységet is biztosítani kellene számukra.”

Erre az intézetvezetés így reagált: „A 4. pontban leírtak alapján számtalan pszicho-, szocioterápiás, felekezeti, sport és szakköri programot kínálunk betegeinknek. Ezek mellett a kényszergyógykezelt betegek munkaterápiás foglalkoztatás keretében is tevékenykedhetnek intézetünkben, amely elsősorban ún. intézetfenntartási munka keretében valósul meg.”

¹⁵ ENSZ Egyezmény a Gyermek Jogairól 37. § [...] Különösképpen el kell különíteni a szabadságától megfosztott gyermeket a felnőttektől, kivéve, ha a gyermek mindenképpent álló érdekében ennek ellenkezője tűnik ajánlatosabbnak.[...]

8. Adaptációs szabadság

A Bizottság látogatásának idején senki nem volt adaptációs szabadságon. 2012-ben is mindössze három ápolott volt adaptációs szabadságon az alábbiak szerint:

1.	01.01 – 05.23
	05.31 – 07.27.
	12.18 – 12.31.
2.	04.27 – 06.20.
	06.27 – 07.13
3.	09.05 – 09.25.
	10.10 – 12.31.

Az IMEI vezetőinek elmondása szerint az adaptációs szabadságok rendkívül alacsony számának elsődleges oka az, hogy a kényszergyógykezelt személyek többsége nem tudja azt a családjánál tölteni.

A 36/2003. IM rendelet szerint:

9. § (4) Az adaptációs szabadság a beteg gondozására alkalmas - és ezt írásban vállaló - személynél tölthető el. A beteg a gondozást vállaló személy kíséretében bocsátható adaptációs szabadságra.

Álláspontunk szerint az adaptációs szabadságot intézeti környezetben is végre lehet hajtani, mely esetben a fenti szabály által előírt gondozást vállaló személy az intézet egyik dolgozója. Azoknál a betegeknél, akiknek a gyógyulása érdekében adaptációs szabadság kezdeményezhető, és várható, hogy ettől állapotuk javulni fog, csakúgy, mint a kényszergyógykezelés feltételeinek megszűnésekor, biztosítani kellene, hogy az ápolott fogadó intézet soron kívül tudja biztosítani az adaptációs szabadság helyszínét és a szükséges személyes gondozást. Az adaptációs szabadság rövidebb időre foglalná le az adott intézet kapacitását (jogsabály szerint ez legfeljebb harminc napra engedélyezhető, mely egyszer meghosszabbítható) és amennyiben a kényszergyógykezelt személyek erre a rövid időre is soron kívüli bejutási lehetősége kapnának, az IMEI-ből történő végleges szabadulásuk után is vélhetően kisebb lenne az IMEI-be való visszakérülésük esélye.

9. Elzárás

A szabálysértés miatt alkalmazott legsúlyosabb joghátrány az elzárás büntetése. A szabálysértési elzárás a meg nem fizetett pénzbírság, helyszíni bírság, illetve a nem teljesített közérdekű munka helyébe is léphet. A szabálysértési elzárást a büntetés-végrehajtási intézetben kell végrehajtani. A Magyar Helsinki Bizottság tapasztalatai alapján a szabálysértési elzárás a gyakorlatban valójában nem különbözik a szabadságvesztés büntetéstől, sőt az átlagosnál sokszor rosszabb körülmények közt hajtják végre. A „rövid idő” miatt gyakran nincsen beszélőre vagy csomag fogadására lehetőség, az elzárásos nem kap munkát, nem járhat iskolába, tanfolyamra. Azt gondoljuk, hogy a szabálysértési elzárás igen gyakran nincs arányban az elkövetett szabálysértéssel.

Azt viszont elfogadhatatlannak tartjuk, hogy egy szabálysértési elzárásra ítélt mentális állapota miatt átkerülhetett az IMEI-be. A 2013. augusztus 1-jéig hatályos Bv tvr. kimondta ugyanis, hogy amennyiben „az elzárásra ítélt és a szabálysértési elzárással sújtott elkövető külön gondoskodást igénylő mentális vagy fizikai állapota ezt indokolta teszi, az elzárás és a szabálysértési elzárás sajátos büntetés-végrehajtási intézetben is végrehajtható.”

Három ember került az IMEI-be az elzárása végrehajtása alatt 2012-ben.

1.	06.29 – 07.09.	11 nap
2.	09.24 – 09.27.	4 nap
3.	11.21 – 11.23.	3 nap

A jelenlegi jogszabályok ezt nem teszik lehetővé, jelenleg senki sem találhatja magát az IMEI-ben egy befizetetlen helyszíni bírság miatt. Bízunk benne, hogy ez így marad, a jogalkotó is felmérte, létezik más megoldás, más intézményrendszer az instabil mentális állapotú szabálysértők „kezelésére”.