

Az Igazságügyi Minisztérium -  
Büntetésvégrehajtás Országos Parancsnoksága



**MÓDSZERTANI  
FÜZETEK**

**EGÉSZSÉGÜGYI KÜLÖNSZÁM 1984**

Belső használatra

# MÓDSZERTANI FÜZETEK

AZ  
IGAZSÁGÜGYI MINISZTERIUM  
BÜNTETÉSVÉGREHAJTÁS  
ORSZÁGOS PARANCSNOKSÁGA

Kézirat gyanánt

Szerkeszti:  
a szerkesztő bizottság

Elnök:  
Nagy Tibor bv. vezérőrnagy

Tagjai:  
Fejes Imre bv. őrnagy,  
dr. Ilovsky Vladimír bv. ezredes,  
Kudor Zoltánné bv. őrnagy,  
dr. Márton János bv. ezredes,  
Palotás Miklós bv. ezredes,  
Tusják János bv. ezredes,  
Vincze Tamás bv. ezredes.

Szerkesztő: Bánki Erika

Szerkesztőség:  
1054 Budapest V., Steindl Imre u. 8.

A fotókat készítette:  
Zimmermann Béla

84—6197. Szikra Lapnyomda,  
Budapest

Felelős vezető:  
Csöndes Zoltán vezérigazgató

## TARTALOM

- 
- 1 **Előszó** (dr. Tóth Kovács János)
- 
- 2 **A Sopronkőhidai Fegyház története az orvos szemével** (dr. Sárdy Péter)
- 
- 12 **Adatok a Büntetésvégrehajtás Központi Kórháza történetéhez** (dr. Káplár Zoltán)
- 
- 23 **Az alkoholisták kezelése Nagyfán** (dr. Banka Lajos)
- 
- 29 **AZ IMEI helye a büntetésvégrehajtásban** (dr. Csicsay Iván—Nagyné Bánffy Anna)
- 
- 34 **A személyi állomány körében végzett egészségügyi munka értékelése** (dr. Tóth Kovács János—dr. Heylmann Katalin)
- 
- 37 **A Szegedi Fegyház és Börtön személyi állományának orvosi ellátása** (dr. Szabó Imre)
- 
- 41 **Az egészségügyi ellátást befolyásoló pszichés tényezőkről** (dr. Tóth Kovács János—dr. Menning Éva)
- 
- 47 **A fogvatartottak munkába állításának egészségügyi kérdései** (dr. Heylmann Katalin—dr. Tóth Kovács János)
- 
- 50 **Gyógyszerrendelési szokások a büntetésvégrehajtásnál** (Tunyoghy Ferenc—Hollós Róbert)
- 
- 54 **Önkárosítás, öncsonkítás a fogvatartottak között** (dr. Vagács András)
- 
- 61 **Módszertani levél** (dr. Tóth Kovács János)
-

# ELŐSZÓ



*„Az orvos abban különbözik a többi embertől, hogy míg azoknak csak önmagukkal kell törődniök, addig az orvos nemcsak saját magáról, hanem embertársairól is gondoskodik.”*

Paracelsus

Kedves Olvasó!

Szocialista társadalmunk korszerű egészségügyi ellátásának alapjait az 1972. évi II. törvényben foglaltak határozzák meg. A törvényben, végrehajtási utasításokban foglaltak a büntetésvégrehajtás személyi állománya egészségügyi ellátására is érvényesek az Igazságügyi Minisztérium, a Büntetésvégrehajtás Országos Parancsnoksága azonos témakörű rendelkezéseinek figyelembevételével.

A büntetésvégrehajtás keretei között folytatott egészségügyi tevékenység, az egészségügyi jellegű intézetek munkája nem mindenki számára egyértelmű. A magyar büntetésvégrehajtás egészségügyének kultúrtörténeti emlékei pedig szinte teljesen ismeretlenek még a több évtizedes múlttal rendelkező büntetésvégrehajtási dolgozók előtt is.

Élve e különszám adta lehetőséggel, szeretnénk a tisztelt olvasó elé tárni tevékenységünk eredményeit, nehézségeit és egészségügyünk — lassan a feledés homályába merülő — történelmi emlékeit. Természetes, hogy nem csupán a történeti ismereteket kívánjuk bővíteni, hanem meg akarjuk adni azokat a szükséges információkat is, amelyek az egészség megóvása, az egészséges életmódra nevelés érdekében szükségesek.

Egészségügyi ellátási rendszerünkben jelentős szerepet játszik a gyógyító-megelőző tevékenységen kívül a szűrés, a gondozás, a rehabilitáció, a gyógyüdtetés, és még sok egyéb. A büntetésvégrehajtási ismeretek mellett feltétlenül szert kell tenni az alapvető egészségügyi információkra is.

Az egészségügyi szolgálat kapcsolatrendszere szerzteágazó. Számptalan egészségügyi körbe tartozó feladat megoldása csak a társszolgálati ágak együttműködésével lehetséges, és ennek fordítottja is igaz.

A Módszertani füzetek e példánya — a teljesség igénye nélkül, de messzemenő tárgyilagossággal — mondanivalónknak csak kis részét foglalja magába. Bízva a Kedves Olvasó érdeklődésében, a Módszertani füzetek további számaiban is megkeressük a lehetőséget közleményeink elhelyezésére.

Dr. Tóth Kovács János

# A Sopronkőhidai Fegyház története — az orvos szemével

A múlt század második felében a meglevő büntetésvégrehajtási intézetek befogadóképessége már nem tette lehetővé, hogy a jelentősen emelkedő bűnözés mellett a törvényes végrehajtási feltételeket biztosítani lehessen. Ez a probléma különösen a fegyházbüntetések esetében vált égetővé. A fegyintézetek befogadóképességének korlátozott volta miatt — a törvényekkel ellentétben — a fegyházbüntetéseket gyakran megyei börtönökben, törvényszéki fogházakban hajtották végre.

1884-ben egy királyi rendelet és egy országgyűlési törvénycikk új fegyintézet létrehozását határozta el. Egyetlen kikötés az volt, hogy az építkezés a Dunántúlon történjék, mivel a hiány itt volt a legérezhetőbb.

A minisztérium pályázatára több ajánlat is érkezett, köztük kettő Sopronból. A város a Kuruc-dombot ajánlotta, míg az Offermann és társa cég a cukorgyár régi épületét Sopronkőhidán. Az elbírálással megbízott dr. László Zsigmond miniszteri tanácsos ez utóbbit választotta. A cukorgyár 56 ezer, a négy parcella szántóföld pedig 4677 koronába került.

Az intézet tervének elkészítésével Wágner Gyula műépítész bízta meg, aki korábban több fogházat, a szegedi királyi területi börtönt és a budapesti királyi országos gyűjtőfogházat is tervezte. A kivitelezés felett a Soproni Királyi Ügyészség gyakorolt felügyeletet.

A tervezett munkálatokra — mintegy 600 ezer korona költségvetéssel — Schneider Márton soproni építőmester kapott megbízást. 1884. július 13-án kezdődött és 1886. augusztus 31-én fejeződött be a hatalmas munka. Novemberben már rendeltetésszerűen üzemelt az intézet.

A H alakú lakóépület korának színvonalán kifejezetten modernnek számított. Valamennyi helyiségben villanyvilágítás és központi fűtés volt. Nem műszaki, hanem rossz értelemben vett takarékosági oka volt a későbbi évtizedekben kifogásolt elégtelen fűtésnek.

Az órzési, munkáltatási és egyéb kiszolgáló létesítmények után elkészült a 70 embert befogadni képes kórházépület is. A korabeli leírások szerint tágas, napos, kényelmes volt a kórház. Négy nagy kórteremből, pár kisebb elkülönítő helyiségből állt. Kórtermenként egy-egy fegyenc segített az ápolásban. Két kulcsos őrlátta el a biztonsági feladatokat.

Már induláskor állandó orvosa volt a kórháznak, neve sajnos elmerült a feledés homályában. Következtetni tudunk a hivatásos ápolói személyzetre, de pontos létszámot, neveket nem sikerült felkutatni.

Az intézet működésének első éveiben az orvosi ellátás rendkívül kezdetleges lehetett. A befogadott elítéltek 4,31%-a halt meg az első évben, és a szabadulást az elítélteknek pusztán kétharmada érte meg.

Ebből a korból egyetlen jelentősebb dokumentum maradt fenn: Zsobrovszky Endre fegyintézet-igazgató 1925-ben megkezdett, de be nem fejezett kéz-

irata az intézetről. Az irat fennmaradását dr. Stráner Ernő nyugalmazott királyi ezredesnek, a fegyintézet volt igazgatójának köszönhetjük, aki az irattár 1945. évi leégése előtt a leírást magához vette, majd 1975-ben a Sopronkőhidai Fegyház rendelkezésére bocsátotta.

Az egészségügyi ellátásra vonatkozó legrégebbi adat dr. Stráner Gyula 1904-ben írt jelentése, mely jelentős javulást mutat a kezdeti statisztikai adatokhoz képest. 646 elítélteből 360-at vizsgáltak meg, ebből a gyógykezelés hatására 339 meggyógyult, és csak 6 halt meg.

A legközelebbi írásos emlék két, kézzel írt füzet 1913-ból „Jegyzék a gyógyszerek készítéséről és használatáról” címmel. Szerzője ismeretlen. A kézirat végén feljegyzett imából arra következtethetünk, hogy valamilyen főbenjáró bűnben elmarasztalt fegyenc munkája lehet, mivel az imában ismételt bocsánatot kér bűnéért.

A leírt gyógyszerek alkalmazási területe megdöbbenően széles körű. Fájdalomcsillapítók, szívszerek, bőrgyógyászati, szemészeti szerek, gyomorfekélyre javallt cseppek egyaránt megtalálhatók a jegyzékben. Egyes receptek utalnak a felíró orvosra (pl. dr. Steinertől származó morphiumos gyomorcseppek), mások a beteg nevét jelölik meg (pl. Mikó részére kiírt cinkrázó vagy Sztójka részére összeállított lábizzadás elleni krómsav).

A vérköpésre javasolt készítmények gyakorisága nagyszámú tébécéfertőzésre enged következtetni. Ez az adat egybevág a kor általánosan ismert közegészségügyi statisztikájával. Szintén a gyógyszerészeti jegyzőkből következtethetünk a rühesség és a tetvesség mindennaposágára.



Intézetünk történetének következő fontos dátuma: 1921. Ekkor az Igazságügyi Minisztérium elrendelte az intézet kiürítését, mivel a trianoni békeszerződés értelmében Sopron és környéke Ausztriához került volna. Az emlékezetes népszavazás gátat vetett Sopron elszakításának, de az intézet csupán 1928-ban kezdett újra működni. Aztán elrendelték a szigorított dologház intézményét, melyben a férfiakat illetően Sopronkőhidának jutott a végrehajtói szerep. Általában 400-500 fő töltötte itt szabadságvesztés-büntetését.

E korszak emlékeit illetően adatközlőim elbeszélésére kellett hagyatkoznom. Hármójuk közel fél évszázados élményei alapján tudtuk összeállítani azt a sajnos elég kevés konkrétumot tartalmazó képet, amely az intézet egészségügyi ellátását jellemezte. Hálából fáradozásukért megérdemlik, hogy nevüket megőrizze az emlékezet. Nagy Károly nyugalmazott bv. főtörzsőrmester 1934-től, Harcz Gáspár nyugalmazott bv. főtörzsőrmester 1938-tól teljesített fegyőrként szolgálatot Sopronkőhidán. Geiszbühl Mátyás nyugalmazott fertőrákosi plébános pedig 1938-tól 1950-ig állt katolikus lelkészként a fegyház szolgálatában századosi ki nevezéssel.\*

Az 1930-as évek közepén dr. Szilvási Gyula volt a fegyintézet orvosa. Az emlékek szerint nyugdíjasként látta el teendőit, hetente több alkalommal kijárt vizitert tartani. Utasítása alapján Molnár József és Németh András egészségügyi örök irányították a kórházi munkát, amelyben elítélt ápolók is segítettek.

Szilvási főorvost dr. Takács kórboncnok követte, aki már főállásban látta el a börtönorvosi tiszteket. Munkáját rendkívül odaadóan végezte, az intézetben elhaltakat saját maga boncolta fel a rabtemetőnél levő halottasházban. 1939-ben

\* Aranyimés nyugalmazott plébánosként ma is egyházi szolgálatot teljesít Fertőrákosen. Emlékeit kézirat formájában a Soproni Levéltárnak adományozta. Ennek méltó feldolgozása sürgető, történelemre váró feladat lenne. Órá különösen sokszor hivatkozom az 1944 decemberétől kezdődő időszakban.

költözött el Sopronból. Egyébiránt hullamérgezésben halt meg. Távozása után felszámolták a hullaházat.

1939-től rövid ideig dr. Walter Károly soproni körzetorvos volt az intézet élén, majd dr. Varvasovszky János ideg-elmegyógyász szakorvos nyerte el pályázat útján a fegyintézet orvosi állását. 1945-től 1951-ig már csak másodállásban látta el feladatát.

Az elítélteket, tekintettel a kb. 700 fős létszámra, kényelmesen el lehetett helyezni. Befogadásukkor orvosi vizsgálaton nem estek át, de a tetvesség veszélye miatt mindenkit szőrtelenítettek, a ruhákat pedig fertőtlenítették. (Minden ruhadarabba be volt varrva az elítélt száma, és később mindenki csak a saját ruháját és ágyneműjét használhatta!) A központi mosoda hetente egyszer biztosította a ruhacserét.

Az ételmezés minőségében szegényes (húst csak hetenként egyszer kaptak), de mennyiségben bőséges volt, elégnek bizonyult a gyakran igen nehéz fizikai munka elvégzéséhez. Ebben az időben vált szokássá, hogy a legyengült betegek a napi étrend mellé két deciliter bort is kaptak állapotuk javítására. A kórháznak külön konyhája volt, így garantálni tudták az orvos által előírt egyéni étrendet, valamint a javasolt kalóriadús étkezést.

Idegentest-nyelés, egyéb ma közismert önkárosítás tömegével fordult elő. Műtetre csak nagyon indokolt esetben került sor. Heveny hasi katasztrófa esetén a soproni kórházban, kevésbé sürgős esetben a Budapesti Gyűjtőfogház égisze alatt működő rakókórházban.

Külön megemlékezést érdemel a fogászati ellátás, melynek hőskora erre az időszakra esik. Egy Schwimmel nevű fogtechnikus előbb három, majd 1939-től kb. öt év szigorított dolgházás büntetését töltötte az intézetben. Hazulról bekért szerszámaival dolgozott a kórház épületének egy külön erre a célra kijelölt helyiségében. Foghúzáson kívül fogpótlásokat is készített. Az elítélteken kívül alkalmasan ellátta a hozzá forduló öröket is.

A fegyintézet orvosai különös figyelmet fordítottak a közegészségügyi-járványügyi helyzetre. Nagy erővel folyt a rágcáslok és élősdiak elleni küzdelem, valamint az ételmezés-higiéncia fejlesztése. Nagyrészt ennek köszönhető, hogy adatközlőim nem emlékeznek számottevő járványra vagy ételmérgezésre.

A betegellátásban időnként rab orvosok is segédkeztek. Egyikük, aki a háború kezdeti éveiben tiltott magzatelhajtás büntetése miatt töltötte itt büntetését, különösen sokat tett az elítéltek ellátásáért.

A két háború közti időszakban évente kb. 4-5 elítélt halt meg. Ez az adat a kor egészségügyének ismeretében megfelelőnek mondható, hisz nem teszi ki az 1%-ot sem.

\*

Intézetünk történetének következő, szomorú emlékű szakasza a magyar nép múltjának talán legszégyenteljesebb, legtragikusabb időszakára, a Szálasi-féle nyilas hatalomátvételt idejére esik.

Az 1944. október 15-i szerencsétlen kiugrási kísérlet előtt egy nappal a liberális politikai körök nyomására Horthy kormányzó kieszközölte, hogy a Gestapo Bajcsy-Zsilinszky Endrét engedje szabadon.

A letartóztatáskor elszenvedett súlyos haslövés, az elégtelen gyógykezelés nyomait Zsilinszky haláláig magán viselte. De sem betegsége, sem az életét közvetlenül fenyegető veszély nem akadályozta meg abban, hogy „az Antifasiszta Frontot alkotó különböző politikai színezetű szervezetek és személyiségek felkérésére elvállalja a Nemzeti Felkelés Felszabadító Bizottságának elnöki tisztét.”

November 22-én azonban Mikulich Tibor százados árulása miatt a Nemzeti Felkelés Felszabadító Bizottságának csaknem teljes vezetői kara a nyilasok kezé-

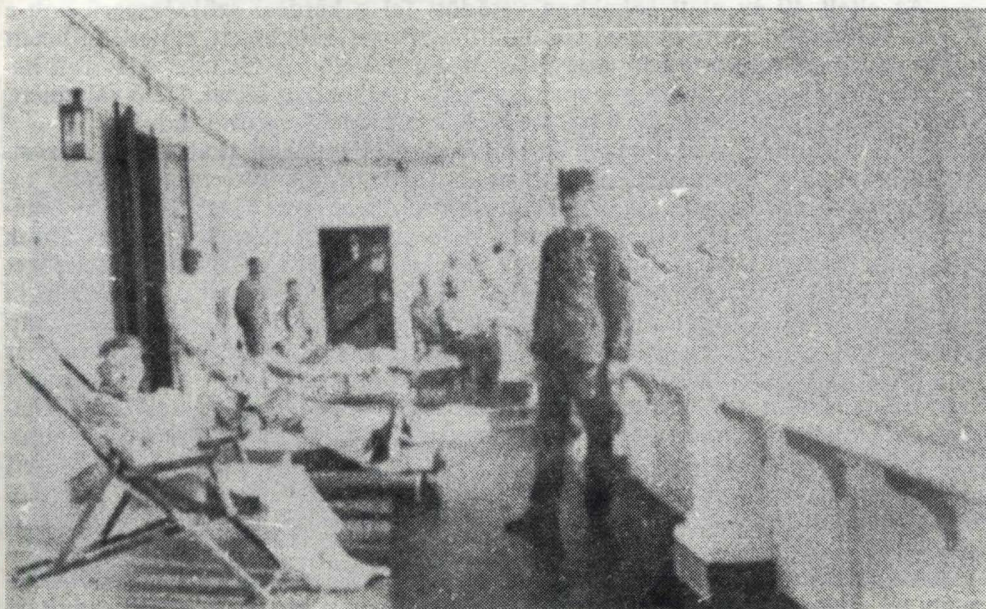
re került. A foglyokat a Margit-körúti katonai fegyházba szállították. A hűtlen-ségi perek előkészítése rövid, de annál brutálisabb rendőri eljárás volt.

Az eljárás idején dr. Weil Emil, a híres kommunista orvos látta el a börtön-orvosi teendőket. Szerény lehetőségeihez mérten igyekezett a foglyok szenvedé-  
sein enyhíteni. Néhányszor ez a segítség életet mentett, mint például a szintén  
letartóztatásban lévő Boldizsár Iván esetében. Őt sikerült dr. Weil Emilnek az  
adminisztratív úton szabadulók listájára csempészni.

A katonai ellenállás vezetőinek statáriális tárgyalása december 6–9-e kö-  
zött zajlott le. Ez a bíróság Bajcsy-Zsilinszky ügyét nem tárgyalhatta, mert mint  
képviselőnek mentelmi joga volt. A bíróság hat halálos ítéletet hozott, majd ke-  
gyelmi bírósággá átalakulva a kötél általi halálbüntetés azonnali foganatosítását  
rendelte el Kiss János altábornagyon, Nagy Jenő vezérkari ezredesen és dr. Tar-  
tsay Vilmos nyugalmazott vezérkari századoson. Gróf Almásy Pál alezredes, Ré-  
vay Kálmán nyugalmazott százados és Makkay Miklós polgári személy esetében  
élt kegyelmi jogával és a halálbüntetést 15, illetve 10-10 évi fegyházbüntetésre  
váltotta.

A szovjet csapatok gyors előrenyomulása miatt a fogházat kiürítették, s a  
foglyokat december 11-én este autóbuszokon Nyugat felé indították. Budakeszi  
határában a Bajcsy-Zsilinszkyt szállító autóbusz előre megszervezett motorhiba  
miatt megállt. Itt a katonai őrség egy tagja — egy máig ismeretlen nevű tarpai  
honvéd — Zsilinszky értésére adta, hogy szökés esetén csak formális elfogási kí-  
sérletet hajtanának végre. „Ha Kiss János és a többiek feláldozták életüket a ha-  
záért, akkor nekem sem szabad élnem. Többet használok a halálommal, mint  
életben maradásommal” — olvashatjuk gróf Almásy Pál naplójában. December  
12-én este fél tizenegy táján érkezett a fogolyszállítmány Sopronkőhidára.

A foglyok között még számos magasrangú katonai-közéleti személyiség volt,  
akik aktív antifasiszta tevékenységük vagy passzív németellenes beállítottságuk  
miatt gyanússá váltak a német érdekeket gátlástalanul kiszolgáló Szálasi-rezsim



Sopronkőhida, kórház 1888

számára. De rajtuk kívül voltak itt magyar és horvát partizánok, baloldali munkások és kommunisták is. Itt raboskodott például Rajk László, Földi Julianna és Markos György is.

A politikai foglyok befogadásakor az egész intézetet átszervezték. 515 elítéltet átadtak a németeknek, akik Mauthausenbe deportálták őket. Közülük 50 érte meg a háború végét.

A köztörvényeseket és az őket fogva tartó őrszemélyzetet teljesen elzárták a politikai foglyoktól, akiket az I., II. osztályon helyeztek el. Külön foglyok kategóriát jelentett az ún. védőőrizeteseke csoportja, akik vádemelés nélkül fogságra vetett személyekből álltak. Itt a kórházban tartották fogva Kállai Miklós volt miniszterelnököt csakúgy, mint Vörös Tibor őrnagy feleségét másfél éves és négyhónapos gyermekeivel együtt...

E mellett természetesen a kórház hivatott lett volna mindkét elítélts csoport betegeit ellátni. A katonai hatóságok azonban gondoskodtak róla, hogy a politikai foglyoknál minimálisra csökkentsék a túlélés lehetőségét.

A börtön orvosa, dr. Varvasovszky János így emlékezett vissza Bajcsy-Zsilinszky Endrével történt első találkozására, akinek mentelmi jogát a nyilas parlament felfüggesztette. December 21-én jelent meg Bajcsy-Zsilinszky Endre a vizsgálaton. Tekintettel leromlott állapotára, amely részben még a márciusi lövésből, részben pedig egy súlyos megfázásból adódott, felajánlottam, hogy felveszem a kórházba. Tudtam, ameddig betegnek számít, addig semmiféle halálos ítéletet nem hajthatnak rajta végre. Igen barátságosan fogadta ajánlatomat, de ismételtelen kijelentette, hogy nem kíván az ítélet ellen tenni semmit.

A hadbírószági tárgyalásra december 23-án került sor. Az ítélethez nem férhetett kétség: kötélt általi halál. A siralomházban az utolsó éjszakát Bárdossy Jenő evangélikus lelkésszel töltötte el. A kivégzést másnap hajnalban hajtották végre. Három szemtanú — Horváth István, Mikó István és Fejes Béla — így emlékezik vissza: „... semmiféle megrendülés nem látszott rajta. Bátran odaállt a bitófa alá... Nem is volt hóhér. Egy önkéntes katona... fojtogatta. Mi meg zúgolódunk ott, mert mikor az akasztás megtörtént, még vagy húsz percig élt...”

Az eltelt 40 év alatt sokakban vetődött fel a kérdés: szükségszerű volt-e Bajcsy-Zsilinszky Endre halála? Hiszen többször megszökhettek, elmenekülhettek volna. A választ Illyés Gyula adja meg. Szerinte Zsilinszky halála választott halál, nem öngyilkosság. Az öngyilkos nem tartja értéknak az életet. De ő valamiért, valakinek adta oda az életét, hogy megváltsa egy közösség földi üdvét.

Révay Kálmán nyugalmazott huszárőrnagy, Kiss János altábornagy közvetlen harcostársa az antifasiszta ellenállásban, karikatúrákkal telerajzolt naplót hagyott hátra. Innen idézek: „A cellákban férgek, tetvek, rüh. Gyengélkedő vizsgá-  
ra viszont csak azok mehetnek, akik már halottak. Addig rágtuk tehát elöljárónk fülét, míg be nem látta: valamennyiünk érdeke, hogy az egyszerűbb kezeléseket házi orvosaink végezzék el, kik celláinkban állandóan kéznél voltak. Így került ki odújából dr. Vályi Nagy Tibor orvos százados, egyetemi magántanár. Egész nap tetvetlenített és rühtelenített. A flekktífusszal is csinált valamit, de ehhez már nem értek. Ő kezelte házipatikánkat is. A politikai foglyok közt volt dr. Harsányi Jenő orvos is, akit a Dominich-féle hadbírószágtól hűtlenségben elmarasztalt és halálra ítélt. Életben maradását dr. Varvasovszky által elrendelt egészségügyi zárlatnak köszönheti. A kiütéses tifusz miatti vesztésgár megszervezése kétségbeesett időnyerési kísérlet volt a halálos ítéletek végrehajtásának elodázására. E manőverek következtében az intézet evakuálásáig már csak két halálos ítéletet hajtottak végre.

Az élelmezés kritikán aluli volt, a foglyok a végletekig legyengültek. A kemény tél ellenére a cellákat nem fűtötték, még fagyási sérülések is előfordultak, különösen a felsőbb emeleteken.



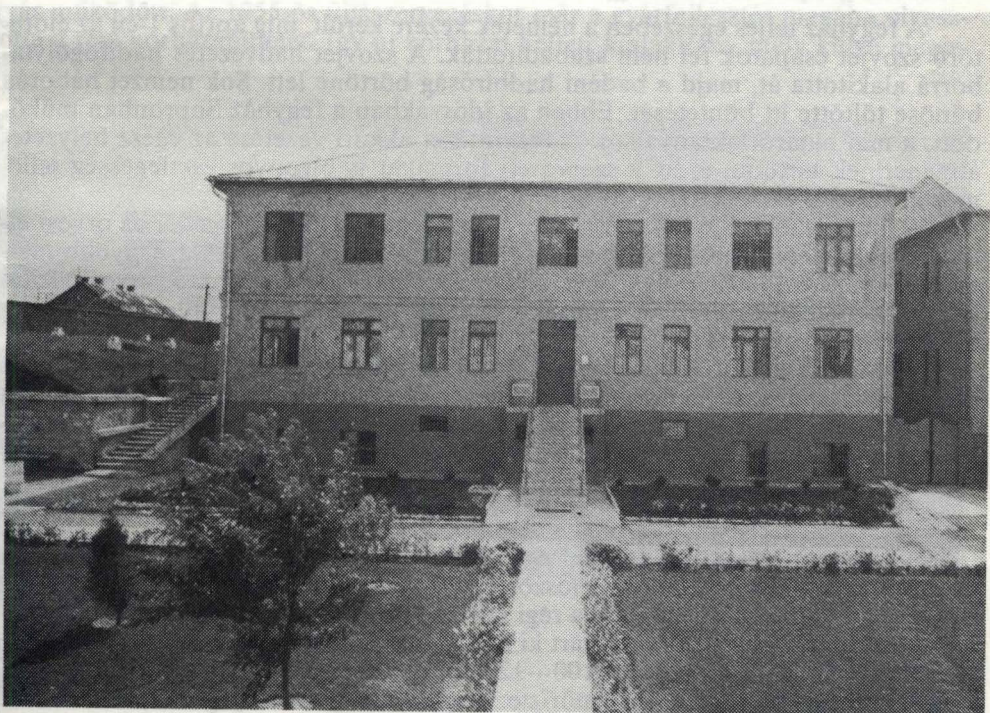
Almásy Pál naplójából tudjuk, hogy az egészségügyi ellátás színvonala katasztrofális volt. „Iszonyú az a könnyelműség, ahogyan itt a betegeket kezelik. A komolyabb betegség itt majdnem egyenlő a halállal.”

Ugyanakkor a köztörvényes elítéltek ellátása mind élelmezési, mind egészségügyi vonatkozásban megfelelő volt. Révay Kálmán feljegyzései szerint — aki írnoki beosztását kihasználva át tudott szökni a köztörvényes osztályokra — a rajzoló, mackósok és egyéb tisztességes fegyenc szakemberek paradicsomi körülmények között éltek a politikai elítéltekhez képest.

1945 első három hónapjában a Dominich-féle hadbíróóság változatlan lendülettel folytatta le rögtönítélő tárgyalásait. A meghozott halálos ítéleteket csak ritkán változtatta kegyelmi jogkörénél fogva életfogytig tartó fegyházbüntetésre. Ha erre mégis sor került, abban nagy szerepe volt dr. Varvasovszky János intézeti főorvosnak, aki elmeszakértői tevékenységet folytatott és igyekezett befolyásolni a bíróságot. Ezenkívül segítette megszervezni az egymástól elzárt vádlottak védekezését, jegyzeteket készített, tanácsokat adott.

Geiszbühl Mátyás lelkesen sokat fáradozott a politikai foglyok életkörülményeinek javításáért, de csak több hónap elteltével kísérte igyekezetét némi siker. Róla írja Révay Kálmán: „Alacsony termetű, törekeny, halkszavú, mosolygós arcú pap. Amikor belép az irodába, kissé zavart. Nem ilyen fegyencekhez van szokva. Ha néha egy pillanatra őr nélkül maradunk, közli a londoni rádió legújabb híreit.”

E kegyetlen időszakban a kórház épületében zsúfoltság, teljes fejtelenség uralkodott. Kívülről és főként messziről kastélynak is nézhetnénk, de belül nem kastély. Itt meghal, aki beteg. A hivatalos gyengélkedőt dr. Varvasovszky, a fegy-



Sopronkőhida, kórház 1985

intézet orvosa vezeti, neki segédkezik távollétében dr. Szabó-Hárs orvos alezre-  
des, aki a kaszton kívüliek teljes jogfosztottságát élvezzi, mivel félig fogoly, félig  
védőőrizetes.

Ugyancsak Révay Kálmán írja: „A kórház kedvence Berci, a szakaszvezető.  
Utálja az egyenruhás német sihedereket, és kétszeresen utálja őket, ha beleszól-  
nak az ő kulcsári teendőibe, a látogatás címén szemtelenkedő nyilasokat pedig az  
egyszerűség kedvéért kidobja. Bercinek, azaz Mártha Albert szakaszvezető úrnak  
köszönöm, hogy az ő birodalmában is feljegyezhettem, amit láttam”.

A nyilas uralom időszaka alatt egy öngyilkosság fordult elő. További 12  
esetben a kivégzéshez kirendelt börtönorvos szomorú kötelessége csak a halál be-  
álltának megállapítása volt.

Március 28—29-én kiűritették a fegyrintézetet és a foglyokat menetszlopok-  
ban terelték Németország felé. Haláluk 40. évfordulóján méltó kegyelettel őrizze  
nevüket az emlékezet.

1944. december 21. Deutsch József

1944. december 24. Pataki István, Facher (Pesti) Barnabás

Kreutz Róbert, Bajcsy-Zsilinszky Endre

1945. január 9. Fisch Emil, Topa János

1945. január 15. Kádár—Klein Elek

1945. január 21. herceg Ode'scalchi Miklós

1945. február 16. Németh László János, Stelczer Lajos

1945. február 26. Dallos György (öngyilkos lett)

1945. március 2. Zsebeházi Lajos (rabkórház, tbc.)

1945. március 13. Dely József

1945. március 15. Ordas Pál (hadikórház, tifusz)

A fegyház teljes egészében a németek kezére került, míg április 1-én az előre-  
törő szovjet csapatok fel nem szabadították. A szovjet hadvezetés hadifogolytá-  
borrá alakította át, majd a badeni hadbíróóság börtöne lett. Sok nemzet háborús  
bűnöse töltötte itt büntetését. Ebben az időszakban a fegyház Sopronban műkö-  
dött, a mai határórlaktányában. A fegyrintézet akkori vezetése az egész helyzetet  
átmenetinek tartotta, ezért a szervezeti formákat is bizonyos esetlegesség jelle-  
mezte.

A laktányában rendelkezésre állt ugyan felszerelt gyengélkedő, az orvosi el-  
látás mégis meglehetősen ad hoc jellegű volt, a kelletnél sokkal nagyobb mér-  
tékben támaszkodott a polgári betegellátásra. Varvasovszky doktor orvosi vizitei  
is rendszertelenné váltak. A korszak egészségügyi ellátásáról érdemleges doku-  
mentum nem maradt hátra.

1948. januárjától 1951-ig ismét a magyar állam fennhatósága alá került az  
intézet. Ezen időszak egészségügyi ellátásáról hiteles képet alkothatunk Farkas  
Lajos nyugalmazott bv. törzsőrmester, volt egészségügyi tiszthelyettes visszaem-  
lékezései nyomán.



A fegyrintézet újraindulásával egyidőben meg kellett szervezni az egészség-  
ügyi ellátást is. A gyengélkedőt először egy — azóta lebontásra került — barakk-  
épületben rendezték be. Később a régi kórházépület visszanyerte eredeti funkció-  
ját. Hetente három alkalommal járt ki orvosi vizsgálatot tartani dr. Varvasovszky  
János főorvos. Rendelésenként 100—120 elítéltet vizsgált meg, azonkívül, hogy a  
kórházi betegek állapotát is ellenőrizte. Nagyon sok fekvőbeteg volt, rendszerint  
50—60 fő. Igaz, hogy ekkor már a fegyház létszáma is jóval 1000 fő fölé emelke-  
dett.

Az ellátás az élelmiszer, a ruházat, a gyógyszerek terén egyaránt nagyon gyenge színvonalú volt. Magas volt a száma az elaggott, leromlott állapotú elítélteknek, valamint a tébécés fertőzötteknek. Ételmérgezés, vérhasjárvány többször fordult elő. A halálozás — az adatközlő emlékei szerint — jelentősen meghaladta a háború előttit. A kórházban külön konyha működött, hogy legalább a betegknél javítani lehessen az élelmezést. Változatlanul tartozéka volt az erősítő étrendnek a két deciliter bor.

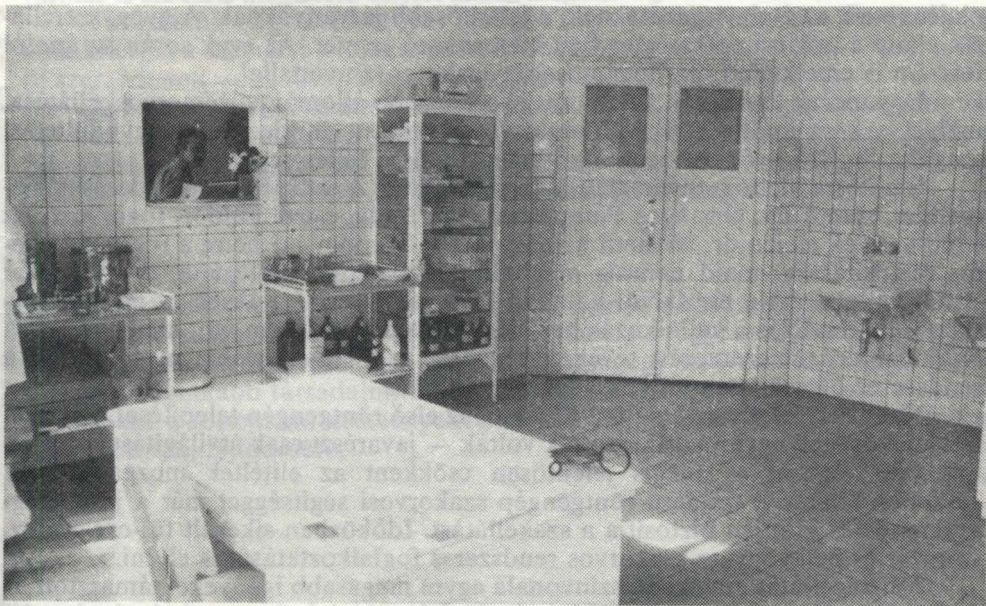
Az idő előrehaladtával némileg normalizálódott a helyzet. Ez megmutatkozott az ellátás javulásában és a kórház felszerelésén is. Sikerült beszerezni néhány sebészeti műszert, sterilizátort, pár laboratóriumi eszközt. Ebben az időszakban jutott az intézet az első, meglehetősen kezdetleges fogászati felszereléshez is. Komoly fejlődést jelentett a szervezett fogászati ellátás, amit alkalmasszerűen látott el egy soproni fogorvos.

A gyógyszerellátás javulásával emelkedett az intézeten belüli betegellátás színvonala. Már a körleteken is rendszeres gyógyszerelés folyt, bár a gyógyszerekkel való visszaélés elkerülése végett itt inkább injekciós kezelést alkalmaztak. Naponta 50—60 injekció beadására is sor került.

Magas volt az idegen testet nyelők és egyéb önkárosítók száma. Ezek ellátása komoly problémát okozott a háromtagú egészségügyi személyzetnek. A műtéti eseteket, illetve a súlyosabb belgyógyászati gyógykezelést igénylő betegeket Soronba vagy Budapestre, a Mosonyi utcai rabkórházba szállították át. Az egészségügyi munkát négy elítélt ápoló, egy írnok és néha egy-egy raborvos segítette.

\*

Az intézet 1951-es felszámolását követően a fegyház területén polgári szövőgyár működött. Az 1955-ös újjászervezéskor már a gyárfejlesztés magába olvasztotta a régi kórházépületet. Így új kórházat kellett kialakítani, mely külső megje-



Sopronkőhidai rendelő, ma

lenésében sokáig meg sem közelítette a régi kórházat. A fegyház újraindulásakor kezdődő átalakítási munkálatok 1956 elején fejeződtek be.

Erről az időszakról Kovács Károly nyugalmazott bv. főtörzsőrmester, volt egészségügyi tiszthelyettes és Tiba Károly nyugalmazott bv. törzsőrmester, volt vezető ápoló nyújtott értékes felvilágosítást. 1956 tavaszáig dr. Gangl Miklós látta el mellékállásban az orvosi teendőket, amíg ki nem tört egy komoly vérhasjárvány az intézetben. Leküzdésére a Mosonyi utcai bv. kórházból ide vezényelték dr. Putzer Jenő bv. főhadnagyot, aki egészen 1976-os leszereléséig maga látta el a vezetőorvosi teendőket. Ebben az időszakban 4 egészségügyi tiszthelyettes, 1 elítélt orvos, több elítélt segédápoló vett részt az egészségügyi munkában. A tiszthelyettesek munka mellett szereztek ápolói szakképesítést.

Az ellenforradalmi események vihara elérte az intézetet is. Október 28-án kb. 400 elítélt kitörést kísérelt meg, melyet az őrség fegyverhasználatra meghiúsított. Két elítélt a helyszínen meghalt, kettő súlyosan, kettő könnyebben megsérült. A sebesülteket az intézet főorvosa és Kovács Károly részesítette elsősegélyben, illetve szállította be a Soproni Kórház sebészetre. Az időben nyújtott szakellátásnak köszönhetően mindannyian meggyógyultak. Az egészségügyi személyzet helytállásának értékét emeli, hogy közben az intézet parancsnokhelyettesét és a belső őrséget az elítéltek túszul fogták, és a kórházépület felrobbantásával fenyegetőztek.

A helyzet normalizálódása után dr. Putzer Jenő vezetésével az intézet egészségügye rohamos fejlődésnek indult. Ekkor kezdődött meg annak a konziliáriusi rendszerre a kiépítése, ami most már gyakorlatilag minden szakrendelést hozzáférhetővé tesz a beteg szállítása nélkül. Elsőként bőrgyógyászt és sebészt szerződtettek. Kezdetben még sebészeti (pl. visszer, aranyér st.) műtéteket is végeztek az intézetben! Később az alaptáti feltételek fejlődése miatt ez kezdett túlzott kockázatvállalást jelenteni. Az elhaltakat az új kórházépületben létesített boncteremben dr. Kup Gyula törvényszéki orvosszakértő boncolta.

Az elítéltek létszáma az 1957-es évektől 1500 fő körül állandósult. Az ellátás, az ételmezés fokozatosan javult, a foganatosított közegészségügyi intézkedések elejét vették az ételmérgezéseknek, a jelentősebb járványoknak. A gyógyszerellátás elérte a polgári egészségügyben biztosítható szintet. Az évek során az ápolói létszám is emelkedett, párhuzamosan a szakmai színvonallal.

Ugyancsak ez idő tájt kezdődött el a személyi állomány üzemorvosi ellátása, melyet a közelmúltban sikerült rendszeres szűrést, gondozást, gyógyüdültetést magába foglaló gyógyító-megelőző betegellátássá fejleszteni.

Említésre méltó a fogászati ellátás fejlesztése. A szükséges berendezések biztosítása után a Bv. Országos Parancsnoksága Budapestről küldött fogorvost. Az 1960-as évek elején dr. Németh Mihály járt le havonta 1-1 hétre a fogászati ellátás biztosítására, majd nemrég meghalt felejtethetlen kollégánk, dr. Kikindai Attila vállalta ezt a rendkívül hálátlan feladatot. Természetesen ez a kampányszerű szakrendelés a vállalkozás heroikus volta ellenére sem volt kielégítő. Hála Kikindai doktor szervezési tevékenységének, az 1970-es évekre megoldódott a rendszeres óraszámban működő fogászati ellátás.

Nagy előrelépést jelentett 1965 körül az első röntgengép telepítése. A vizsgálati lehetőségek ugyan korlátozottak voltak — javarészt csak átvilágításokat lehetett vele végezni — mégis jelentősen csökkent az elítéltek mozgatása. Az 1970-ben felszerelt modern röntgengép szakorvosi segítséggel már a járóbetegszakrendelés szintjén biztosítja a szakellátást. Időközben sikerült fül-orr-gégész, szemész és belgyógyász szakorvos rendszeres foglalkoztatását is elérni.

A betegellátás emelkedő színvonala egyre magasabb igényeket támasztott az ápolói karral szemben is. Az 1970-es évek elejére kialakult a ma is érvényben lévő 6 kinevezett és 1 polgári, szakképzett középkáderből álló ápolói létszám. Sor

került a vezetőorvosi beosztáson kívül, kinevezett polgári orvosi állás létesítésére is, amely az 1970-es évek elején pár évig betöltött volt.

Dr. Putzer Jenő leszerelése után a vezetőorvosi állást csak két év múlva, 1978 májusában töltötték be. Közben sorkatonai szolgálatot teljesítő orvosok látták el a feladatot. Ez az időszak megtorpanást jelentett a fejlődésben.

1978 májusa után sokrétű feladat megoldása várt az egészségügyi szolgálatra. A szakrendelések továbbfejlesztésével el kellett érni a magas betegszállítási arány csökkenését. Míg 1972-ben 927 elítéltet nem tudtak helyben gyógykezeltetni, addig 1982-ben már csak 17-et kellett elszállítani.

A rendelkezésre álló diagnosztikus eszköztárat át kellett csoportosítani a büntetésvégrehajtási egészségügy érdekeinek megfelelően. Így a nagyértékű, de nem kellően kihasznált szemészeti műszert kicseréltük EKG-készülékekre, laboratóriumi eszközökre. A műszerezettség fejlesztésének komoly állomása volt a hallásvizsgáló szűrőállomás kialakítása, amely halaszthatatlan volt az intézetben belüli munkáltatás miatt.

A kórházépület fokozatos átalakításával meg kellett oldani a kis sebészeti kezelő, a megfelelő sterilizáló egység biztosítását. Ki kellett alakítani a fertőző betegek számára az ún. elkülönítő helyiséget, a megfigyelő betegszobát, a fürdő- és gyógytorna kezelésre alkalmas helyiséget, valamint az izoláltan elhelyezhető laboratóriumot is. A higiénés feltételek terén nagy előrelépést jelentett, hogy nagy körtermeinkhez külön fürdőszobákat létesítettünk.

Az egészségügyi szolgálat fejlődésében döntő lépés, hogy 1980 óta két állandó orvos van, no meg, hogy az ápolók szakmailag specializálódtak. Jelenleg egy szakképzett ápoló tart „állandó bentlakó”, két orvos pedig „állandó készenléti” ügyeletet. Így a sürgősségi betegellátás késedelmi kockázatát a minimálisra sikerült korlátozni.

1979-től kezdtek a gyógyító-nevelő csoportokat kialakítani, működési feltételeikről gondoskodni. A továbbképzések, a nevelési szolgálattal való szoros együttműködés révén a pszichológus és a pszichiáter bevonásával ezt a szervezeti formát is sikerült megfelelő tartalommal megtölteni.

A közelmúlt nagy eredménye: főállású fogorvos alkalmazása. Tevékenységi köre kiterjed a személyi állományra is. Munkájának hatékonyságát — napi 6 órára szerződötten — szakasszisztens biztosítja.

Elsősorban a közétkeztetéssel és a mosoda működésével kapcsolatosan vannak ránk még megoldandó problémák. Noha ezek háttérben műszaki jellegű hiányosságok állnak, melyek megoldása anyagi okok miatt egyelőre nem képzelhető el, kell találnunk némi kompromisszummal járó megoldást.



A közlemény a teljességre való törekvés igénye nélkül próbál áttekintést adni arról az évszázados fejlődési folyamatról, amely a fegyház egészségügyi ellátását jellemezte. Nyilvánvaló tény, hogy az egészségügy színvonalát az adott gazdasági, de méginkább társadalmi háttér mindenkor meghatározza. Ezért részleteztük azokat a történelmi eseményeket, sorsfordulókat, amelyek hatottak intézetünk múltjára, fejlődésére.

**Dr. Sárdy Péter**

## Adatok a Büntetésvégrehajtás Központi Kórháza történetéhez

A büntetésvégrehajtás egyik feladata, hogy a hatáskörébe utalt fogvatartottak egészségét és munkavégző képességét megóvja és fenntartsa, a megbetegedett elítélteket gyógyíttassa. Napjainkban a fogvatartott betegeket az integrált egészségügyi ellátás elveinek megfelelően a büntetésvégrehajtás körülményei között is teljes, ingyenes, és az orvostudomány mindenkori állásának megfelelő magas szintű orvosi-egészségügyi ellátás illeti meg. Ezt az ellátást a büntetésvégrehajtás egészségügyi szolgálata biztosítja, melynek központi bázisintézménye a Büntetésvégrehajtás Központi Kórháza (továbbiakban a kórház).

A beteg kezelését az alapellátó intézet orvosa kezdi meg, szükség szerint igénybe veszi az állami egészségügyi szolgálathoz tartozó járóbeteg-rendelést, a területileg illetékes kórházat, vagy ha a beteg érdeke úgy kívánja, beutalja hozzánk. Ha a betegnek speciális kezelésre van szüksége, kórházunk továbbküldheti, kihelyezheti bármelyik országos egészségügyi intézetbe.

A kórház közel három és fél évtizedes fennállása alatt nem mindig volt ilyen sima a betegellátás menete. A kórház megalakulása idején országunkban kül- és belpolitikai téren egyaránt élesedett az osztályharc. A rendszer a bűnözőket is ellenségnek tekintette, mindegy volt számára, hogy a fogvatartott köztörvényes vagy politikai. Ha pedig a bűnöző megsemmisítendő ellenség, akkor gyógyítani sem kell.

E szemléletből következett, hogy a kórháznak csak katonai parancsnoka volt. Orvosokat ez idő tájt nehezen lehetett szerződtetni. Vagy úgy került a kórházba orvos, hogy pártfeladatot teljesített, vagy úgy, hogy kellő ismeret és képesség hiányában nem boldogult a polgári életben és anyagi biztonságot remélt a büntetésvégrehajtástól.

Országunk belső helyzetének megnyugvása után a szocialista humánus elvei a büntetésvégrehajtásnál is egyre inkább érvényre jutottak. A nevelési koncepció kidolgozása magával hozta azt a kórházi munkával kapcsolatos szemléletváltást is, mely szerint — akár Hippokratésznél — „a beteg üdve a legfőbb törvény”.

Felmerült az egészségügyi intézmények önállósulásának kérdése, annak ellenére, hogy azok vezetése változatlanul katonai parancsnokok kezében volt, illetve olyan országos büntetésvégrehajtási intézetekben működtek, mint a Budapesti Fegyház és Börtön területén lévő Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, vagy a Vácott elhelyezett Tüdőkórház.

Az akkori egészségügyi vezetés az önállóság megvalósulását egy nagy, központi, összevont egészségügyi intézmény létrehozásához kötötte. Ez a koncepció a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek összevonása miatt határozott előrelépést jelentett volna. Az Országos Parancsnokság hathatós közreműködésével e koncepciót miniszteri szintű döntés hagyta jóvá és bekerült a büntetésvégrehajtás középtávú fejlesztési tervének programjába is. A koncepciót sajnos nem si-

került megvalósítani, mert a büntetésvégrehajtás növekvő gondjai miatt a rendelkezésre álló anyagiakat elsősorban az elítéltek elhelyezésére szolgáló férőhelyek bővítésére kellett fordítani. Mindez visszahatott a kórház tárgyi feltételeinek biztosítására is. Nem jött létre a betervezett és szükséges hullakamra-boncterem sem.

Az anyagi fedezet hiányát különböző szervezési javaslatokkal igyekeztek pótolni. Ennek következménye volt a tébécéosztály ide-oda települése, illetve a bölcsőde kórházba telepítése. Ez az időszak nem elhanyagolható hátrányokkal járt. A bizonytalanságból adódóan — hogy ki, mikor, hova települ — az egész személyi állomány várakozási pozícióba helyezkedett és aktivitása lényegesen csökkent. Ugyanakkor az évente különben rendelkezésre álló anyagi keretek sem lettek kihasználva, nem történt sem fejlesztés, se állagmegóvás, mert a cél ismeretének hiányában az senkinek sem volt fontos.

Az „egyetlen nagy intézet”-konceptió lezajlása után szükségessé vált a kórház meglévő épületeinek általános és teljes felújítása. Élve az Országos Parancsnokság adta lehetőségekkel létrejött a toldalékszárny, amely lehetővé tette a további korszerűsítést és a működési feltételek lényeges javítását, valamint biztosította a kórház és a Fiatakorúak Börtöne és Fogháza közötti funkcionális együttműködés megvalósítását.

Szükségesnek tartottam a fentiek előrebocsátását a kórház történetének tárgyalása előtt, mert nem értheti meg a jelent, aki nem ismeri a múltat.

A börtönegészségügy fejlődéséről Magyarországon és a Büntetésvégrehajtás Központi Kórháza történetéről a kórház volt és jelenlegi munkatársai már több alkalommal írtak. Így *Szani János*né a börtönegészségügy fejlődésével foglalkozott az első fenyítőház alapításától a felszabadulásig (1772—1945). A kórház létesítésének kezdeti szakaszáról, annak személyi, tárgyi és nem utolsósorban politikai-ideológiai-etikai nehézségeiről *dr. Gáti Béla* írt, felölelve az 1949-től 1955-ig tartó időszakot. *Tunyoghy Ferenc* értekezése a kórház történetéről, az 1945—1971 közötti éveket foglalja magába.

A kórház történetének ismételt áttekintésekor — a teljesen önkényesen választott — négy időszak jellegzetességeit kívánom összefoglalni, és az olvasóval megismertetni.

## A Gyűjtőfogházról Tökölgen (1949—1961)

Ezen időszak megértéséhez vissza kell emlékeznünk arra, hogy ez volt országunk életének legkritikusabb, ellentmondásokkal legtelibb történelmi időszaka, melyet a hidegháború, és a koncepciós perek feszültségei határoztak meg. Mint már említettem, ezen időszak alatt az elítélteket a szocialista társadalom elenségeinek tekintették, és így az egészségükkel nemigen törődtek.

Bár 1929—30-ban Vácott a tébécés betegek ellátására már kórházi jellegű és felszereltségű, 100 férőhelyes klinikát építettek, az alakuló gyógyintézetet mégsem ott, hanem az akkori Gyűjtőfogház — ma Budapesti Fegyház és Börtön — területén lévő fektetőben alakították ki. Ez az épület korántsem hasonlított kórházra. A vaspántos ajtókkal ellátott körtermek olyanok voltak, mint a börtönzárkák. A táborig vaságyakra poszta szalmazsákokat helyeztek. A szalmát — a kötelezően előírt havi csere helyett — évente egyszer cserélték.

A kórházban belgyógyászati és sebészeti osztályt hoztak létre. A sebészeti osztálynak semmiféle műszere, semmiféle gépi berendezése nem volt. Hiányzott a műtőasztal, a műtőlámpa, s a röntgenvizsgálatok céljára egyetlen, az 1930-as évek elejéről származó átvilágító készülék állott rendelkezésre, melyen felvételeket készíteni nem lehetett.

A kórház állományában 3 orvos és 3 középápolónő — 1 műtősnővér, 1 baba (bár születeket nem vezettek) és egy szakképzettség nélküli ápolónő látta el a betegeket. Állandó volt a zsúfoltság, mert a szabadságvesztésre ítélték számának növekedésével egyenese arányban nőtt a kórházi ápolásra szorulóok száma is. Ilyen körülmények között a kórházi higiénét biztosítani nem lehetett, így például a ruhesség és a tetvesség járványszerű méreteket öltött. Igen gyakran sebfertőzés követte a műtéteket.

A kórház gyógyszerészükségletét a közelben működő Letartóztató Intézetek Központi Házi Gyógyszertára elégítette ki. Itt 3 gyógyszerész, 1 asszisztens és 1 laboráns dolgozott. Ebben az időben a gyári gyógyszerkészítmények még kevésbé voltak elterjedtek, ezért a gyógyszerészeknek nagy mennyiségű magistralis galenusi készítményt kellett előállítaniuk a kórház számára.

A növekvő nehézségek szükségessé tették a kórházi ellátás eddigi formájának megreformálását. Ennek érdekében az Igazságügyi Minisztérium határozatot hozott olyan központi, a területi büntőegészségügyi ellátás bázisaként működő, szakember által vezetett kórház létesítésére, mely a feladatoknak eleget tud tenni. Ez az új szervezeti egység, a Büntetésvégrehajtás Központi Kórháza, az addigi helyén nem volt kialakítható, ezért 1951-ben a kórház átköltözött az Erzsébet Kórház épületébe.

Az új épület a területi elhelyezés szempontjából előrelépést jelentett, a betegek ellátásában azonban nem történt változás, mert az volt az alapelv, hogy a büntőegészségügyi ellátás nem érheti el a polgári egészségügyi ellátás szintjét. Így a kórház berendezése és felszereltsége változatlan maradt. A vezető orvossal együtt összesen 3 orvos dolgozott a kórházban, ezt a létszámot csak 1953-ban emelték fel 5-re. A szakképzetlen nővérek létszámát ugyan növelték, de szakképzett ápolónő továbbra is csak egy volt a kórházban.

Az orvosok létszámihiány miatt ügyeletet szolgáltatni nem tudtak teljesíteni, ezért ügyeletet csak elítélt orvosok láttak el. Tekintettel arra, hogy a kórházban a körletparancsnokok voltak az osztályok vezetői, az elítélt orvossal nem tárgyaltak, illetve javaslataikat nem fogadták el. Ismételten előfordult, hogy az éjszaka behozott beteg azért halt meg, mert nem hívták hozzá az elítélt orvost.

1953-ban Márianosztráról ideköltözött az addig ott működő tébécéosztály. Így a kórházban szervezetenként már három fekvőbeteg osztály — belgyógyászat, sebészet, tébécérészleg — és kiegészítőként laboratórium, röntgen és gyógyszertár működött.

A metró építése miatt a kórház épülete megrepedezett, veszélyessé vált, ezért sürgősen el kellett hagyni. 1953-ban a kórház továbbköltözött a Mosonyi utcai volt Toloncházba. Minekutána ez az épület sem kórházi célokra épült, a meglévő épületeket és helyiségeket sürgősen át kellett alakítani, de az átköltözés a még átépítés alatt álló objektum termeibe történt.

1952-ben a politikai koncepció következményeként a büntetésvégrehajtás a Belügyminisztérium hatáskörébe került át. Szerencsére a Belügyminisztérium igen jól szervezett és kiépített egészségügyi szolgálattal rendelkezett, ezért rövid időn belül a kórház gép-, műszer- és gyógyszerellátása ugrásszerűen megjavult. Lehetővé vált a hatékony gyógyítás. Már csak az ott dolgozó testületi tagok szemléletét kellett megváltoztatni.

A kórház egyik munkatársa személyes levélben fordult — mint párttag a párttaghoz — az akkori belügyminiszterhez és kérte, hogy vizsgálják felül az egészségügyi szolgálat munkáját hátráltató szemléleti torzulásokat. A levél eredményeként a BM Korvin Ottó Kórházából kiszállt bizottság felülvizsgálata érdemi eredménnyel járt, attól kezdve ügyeltek a törvényesség betartására. Ez pedig lehetővé tette, hogy a kórházi kultúra kialakításának kezdő lépéseit megtehessek, a gyógyító munkát folyamatosan és eredményesen végezhessék.



Ennek ellenére korrekt adminisztrációt a betegekről vezetni nem lehetett (kórlap, illetőleg zárójelentés nem létezett), a betegeket csak törzsszámuk alapján lehetett szólítani és megkülönböztetni (nevükön nem).

Az 1956-os ellenforradalmi események a kórház életében semmilyen zavart, rendkívüli eseményt nem okoztak.

1959-ben az addigi női osztályból önálló szülészeti-nőgyógyászati osztályt kezdtek szervezni. Kialakítottak egy újszülött-részleget, s az újszülöttek felügyeletére gyermekgyógyász szakorvost biztosítottak. Az anyákat, a gyermekágyi szak lezajlása után a Kalocsai Fegyházba szállították át, gyermekeiket pedig az ott létesített bölcsődében helyezték el.

A konszolidációs időszakot követően a gyógyító munka színvonala lényegesen emelkedett, mely elsősorban az orvosok és egészségügyi dolgozók létszámának emelkedésére volt visszavezethető. Az akkor 600 ágygal rendelkező kórház személyi ellátottsága a következőképpen alakult:

Vezetés: kórházparancsnok, politikai helyettes, igazgató főorvos.

Belgyógyászat: 1 főorvos, 7 szakorvosjelölt

Sebészet: 1 főorvos, 3 szakorvosjelölt

Szülészeti-nőgyógyászat: 2 szakorvos

Tébécéosztály: 1 főorvos, 1 szakorvos, 1 szakorvosjelölt

Laboratórium: 1 szakorvosjelölt, 2 asszisztens

Röntgenosztály: 1 szakorvos, 2 szakorvosjelölt

Gyógyszertár: 2 gyógyszerész, 1 gyógyszerészasszisztens.

Az osztályokon általában 6 felügyelő és 6 egészségügyi dolgozó teljesített szolgálatot.

A fogászati ellátás érdekében fogtechnikai laboratóriummal együttműködő fogászati rendelő létesült, ebben 1960-ig 1 vizsgázott fogász és 1 fogtechnikus,



Bv. Központi Kórház

1960-tól pedig 1 fogszakorvos és 1 fogtechnikus dolgozott 6 elítélt házimunkás segítségével. Minden prothetikai munkát elvégeztek a betegek részére.

A kóriszmézési és gyógyító tevékenység segítésére 1958—59-ben megszervezték a kórházban a külső szakorvosok bejárása mellett a szakrendelést is.

Ebben az időszakban a Belügyminisztérium Egészségügyi Csoportfőnökségén a büntetésvégrehajtás egészségügyi ellátásával kapcsolatos feladatok szervezését egyetlen orvos intézte. Ezért az alapellátó intézetek gyógyító tevékenységének ellenőrzésére a szükséges szakorvosokat a kórházból vezényelték ki. A kivényelt orvos köteles volt az általa észleltekről (az egészségügyi ellátás teljes területét felölelően) részletes jelentést írni és az abban foglaltakért felelősséget vállalni. Ha az ország bármely alapellátó intézetében egy orvos megbetegedett vagy szabadságra távozott, úgyszintén a kórházból vezényelték ki egy orvost. Ez természetesen zavarta a kórház folyamatos munkáját.

1959-től szervezte meg a kórház a folyamatos, minden női elítéltet fogva tartó intézetre kiterjedően a növekedési és terhességrendező vizsgálatokat.

A folyamatosan és következetesen előrehaladó kórházi gyógyító tevékenységet 1960 második felében ismét rendkívüli esemény zavarta meg. A kórház III. épületének fődéme megrepedt. Az építészeti-statikai vizsgálatok az épület állagát ismételten veszélyesnek minősítették. A helyreállításhoz szükséges pénzösszeg sajnos nem állt rendelkezésre, ezért a kórháznak ismét költöznie kellett: most a Tökölön lévő volt huszárlaktanya épületébe, melyet a büntetésvégrehajtás nem kevés anyagi ráfordítással kórházi épületté alakított át.

### **Az egészségügyi intézetté válás időszaka (1961—1974)**

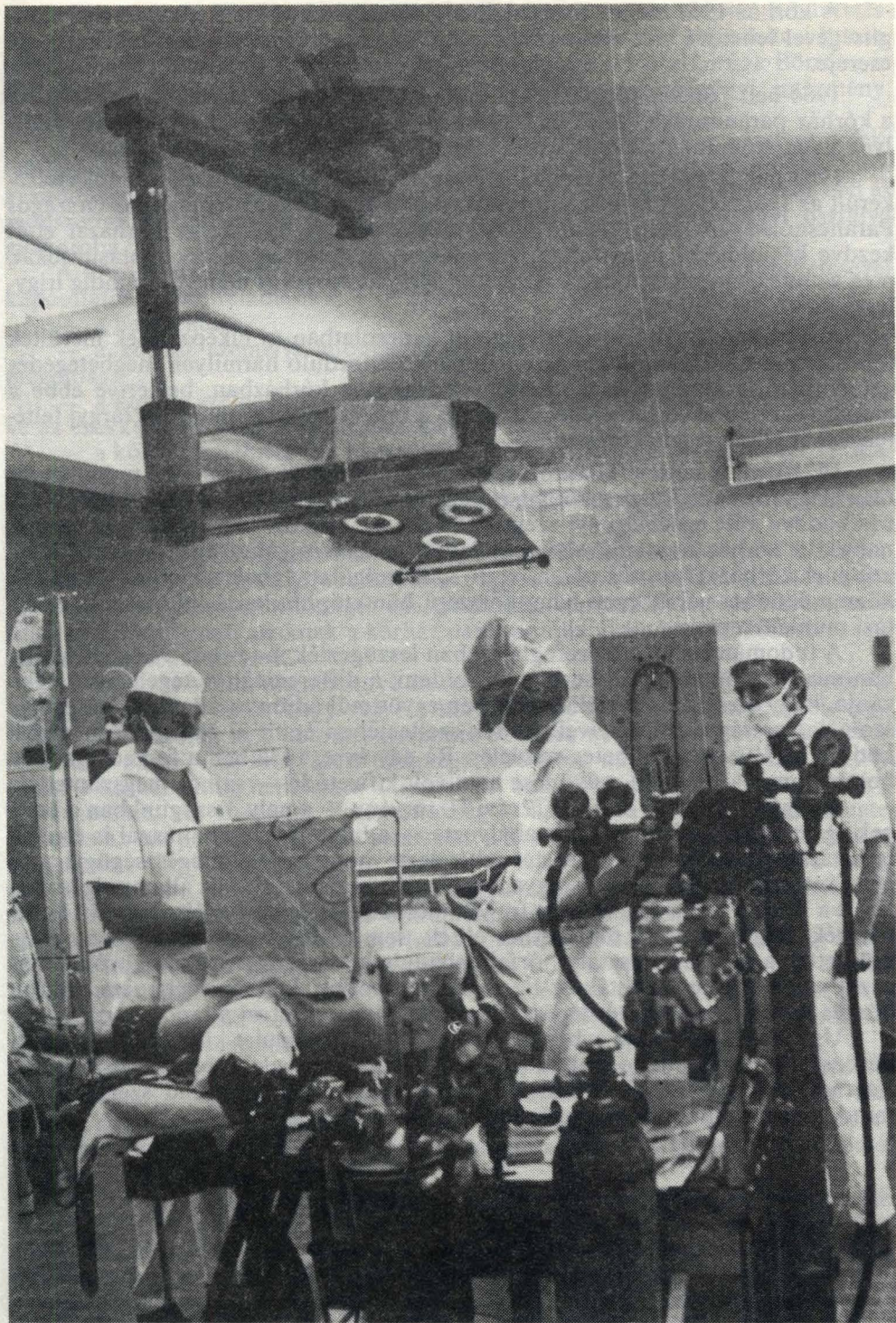
A beköltözéskor a még folyamatban lévő építkezések miatt gyógyítani alig lehetett. Nem működött a központi fűtés. A dolgozók és betegek egyaránt fáztak. A laboratóriumi vegyszerek és infúziós oldatok befagytak, a kórház amúgy is elöregedett gépi berendezései pedig az átszállítás során mentek tönkre.

Kezdetben megoldatlan volt a dolgozók szállítása, ezért a szolgálatot csak 24—24/48 órás váltásokra lehetett szervezni. A személyi állomány jelentős része megvált a kórháztól, mert messze volt Budapesttől.

Az épület kis befogadóképessége miatt a kórház 260 ágygal kezdte meg működését. A Budapesttől való távolság miatt a vérellátást nem tudták megszervezni, a munkaidő utáni műtétek személyzetét nehezen lehetett szállítani, mert a kórháznak semmiféle gépjárműve nem volt.

1963-ban változás történt a kórház parancsnokának személyében. Az új parancsnok a működési feltételek kialakításához és biztosításához rendkívül nagy energiával és felelősséggel látott hozzá. A szigorúan vett szakmai irányítás kivételével, mely változatlanul az igazgató főorvos feladata maradt, minden más tervezést és irányítást a hatáskörébe vont. Elérte, hogy az elhasználódott orvosi berendezések (pl. a röntgenkészülék, az EKG-készülék, a külön aggregátorról működő biztonsági áramellátás helyére) új kerüljön. Liftet építtetett. A személyi állományt is sikerült feltöltenie Tökölön és környékén lakó munkatársakkal.

Ebben az időszakban kezdődött meg baráti-személyes kapcsolatok alapján az együttműködés kialakítása az Orvostudományi Egyetem klinikáival és az Orvostovábbképző Intézet tanszékeivel a betegek magas szintű kezelése érdekében. Az Országos Mentőszolgálat vezetése — Tökölre költözésüinktől kezdve a legnagyobb megértéssel segítette leküzdeni szállítási nehézségeinket (pl. az OMSZ gépkocsija is szállított ki orvost, vért). Hasonló segítséget adott a Budapesti Rendőr-főkapitányság.



Bv. Központi Kórház, műtő

A kórház 1963 elején kapott egy oldalkocsis motorkerékpárt, amelynek segítségével lehetővé vált a minimálisan szükséges vérkészítmények behozatala és cseréje.

1964-ben Tökölre telepítették a Fiatalkorúak Fenyítő Intézetét. Ettől kezdve a kórház parancsnoka ennek az intézetnek is parancsnoka lett. A kórházi osztályok gyógyítómunkája lassan és folyamatosan mind zavartalanabbá vált.

1963-ban a büntetésvégrehajtás felügyelete a Belügyminisztériumtól visszakérült az Igazságügyi Minisztérium hatáskörébe, a Büntetésvégrehajtás Országos Parancsnokságán pedig önálló egészségügyi osztály létesült. A kórházat ettől kezdve két oldalról irányították. Az egészségügyi osztály is adott utasításokat, meg az intézet parancsnoka is. Az akkori igazgató főorvos nem volt mindig irigylésre méltó helyzetben.

A kórház gyógyító tevékenységével kapcsolatban új elképzelések merültek fel. Kíváncsnak tűnt, hogy az elítélteknél előforduló bármilyen megbetegedés gyógyítható, szükség szerint operálható legyen a kórházban, beleértve ebbe a mellkas-szívsebészeti műtéteket is. Sajnos a megvalósítás személyi és tárgyi feltételei nem álltak rendelkezésre.

1971-ben, a kórház kiköltözésének 10. évfordulóján rendezett tudományos ülés megállapította, hogy a kórház életében a legfontosabb fejlődés a kialakult és uralkodóvá vált egészségügyi szemlélet volt. Az egykori bizalmatlanság és gyanakvás a kórház munkájával kapcsolatban a társszolgálati ágak részéről megszűnt. A kórházat kezdték olyan segítő szakszolgálati ágnak tekinteni, amelynek közreműködése nélkül nem lehet korszerű büntetőpolitikai és büntetésvégrehajtási munkát végezni.

A tudományos ülés összefoglalásában leszögezték, hogy bár a kórház általában minden szakmai kérdést meg tud oldani, a differenciált betegellátás megkívánja, hogy bizonyos speciális esetekben együttműködjön az állami egészségügyi szolgálat országos intézeteivel. Ennek szellemében épült ki és kezdte meg működését 1971-ben a járóbeteg-rendelés. Rá egy évre, 1972-ben a fogtechnikai laboratóriumot — miután működése nem volt kifizetődő — sajnos megszüntették.

Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény — amely országunkban a beteg-egészségügyi ellátását újrászabályozta — a büntetésvégrehajtásnál is éreztette hatását. Az egészségügyi vezetés feltételezte, hogy az állami egészségügyi szolgálat intézetei az elítélteket is ugyanúgy fogják kezelni, mint az állampolgárokat. Ezért a kórház léte a feltételezett forgalomcsökkenés miatt kérdésessé vált. Feltételezték, hogy nem lesz több terhes elítélt, sem szülés a kórházban, ezért megszüntették a szülészeti osztályt. A felszabadult egészségügyi szakdolgozókat más osztályokra csoportosították át. Ez az elhamarkodott, kellően végig nem gondolt döntés természetesen visszalépést jelentett a Mosonyi utcai állapotokhoz.

Ugyancsak ebben az évben a Vácott levő kórházépület kihasználására a tébécéosztályt mint önálló pulmonológiai kórházat és vele a fertőző osztályt is, Vácra telepítették át. E döntések következtében a kórház mind szervezeten, mind személyi állományát illetően súlyosan szétzilálódott.

### **Szervezés — anyagi fedezet helyett (1974—1981)**

Az adott időszakban nem álltak rendelkezésre a nagy intézet megvalósítási költségeit fedező anyagiak. Hiszen ez az időszak egybeesik országunk gazdasági lehetőségeinek beszűkülésével, az állami egészségügyi szolgálat életében pedig azzal a keserves felismeréssel, hogy az állampolgárok egészségügyi ellátásához nincs kellő számú kórházi ágy.

1974. augusztus 15-én az igazságügy-miniszter utasítása alapján a büntetés-végrehajtás országos parancsnoka a 063-as számú utasításával elrendelte a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházának különválasztását a Fiatalkorúak Börtöne és Fogházától. A parancs kimondotta, hogy független egészségügyi intézmény, amelynek egyszemélyi felelős vezetője a kórház parancsnoka.

A kórház önállósága kiterjedt mindazokra a feladatkörökre, amelyek a fekvőbeteg-ellátást a kórházban és a hozzá kapcsolódó intézetekben érintették. Ettől kezdődően a kórház szakmai felügyeletét, valamint a szakmai tevékenység elvi és módszertani irányítását a Bv. Országos Parancsnokság egészségügyi osztálya gyakorolja.

A kórház parancsnokának hatáskörébe kerültek a kórház működtetésével kapcsolatos alábbi feladatok:

- a betegellátás,
- a kórház személyi állományának bér-, illetve bérjellegű juttatásainak megoldása,
- a kórház személyi állományának felvétele, elbocsátása, felmentése, illetve az ezekkel kapcsolatos javaslatok megtétele,
- a kórház működésével kapcsolatos tervezési, gazdálkodási teendők, valamint
- *a kórház és csatolt intézményei elkülönített költségvetésének felhasználása.*

Az intézet szakszolgálati ágai továbbra is a Fiatalkorúak Börtöne és Fogháza parancsnokának hatáskörébe tartoztak, ugyancsak ő volt köteles biztosítani a kórház működtetéséhez szükséges energiaellátást, karbantartást, ételmezést, szállítást stb. A szolgálati ágaknak a kórház parancsnoka utasítást sem közvetve, sem közvetlenül nem adhatott.

A kórházat önálló intézménnyé szervező parancshoz igen nagy remények fűződtek. Mindenki örült, hogy végre a kórház saját maga dönt mindenféle ügyben, és nem utólag kell tudomásul vennie az előre nem egyeztetett döntéseket.

Az e parancssal kinevezett új igazgató főorvos nagy lelkesedéssel kezdett hozzá a kórház eddig nem sokra használható adminisztrációs rendszerének újrászervezéséhez. Az Országos Parancsnokságtól kapott anyagi segítséggel megteremtette az ún. peremlyukkártya-rendszert, a korrekt, naprakész statisztikai adat-szolgáltatás alapjait. Létrehozta a felvételi és leíró irodát, megszervezte a kórlapok áttekinthető archiválását, az állami egészségügyi szolgálat kórlapjaival és zárójelentéseivel azonos egységes dokumentációt rendszeresített.

Sikerült felépíttetnie a hűthető hullakamrát, de a kórbonctani részleg kialakítására már nem kerülhetett sor. Ismét felvetődött és egészen a tervezés stádiumáig jutott a kórház olyan mérvű bővítése, amely az elmebetegeket és a kényszeralkoholelvonásra ítélt fogvatartottakat is magába foglalta volna. Rendkívül nagy költségkihatásai miatt a terv végül is lekerült a napirendről.

Az elítéltek létszámának növekedése miatt a Kalocsai Fegyházból a bölcsődét visszahelyezték a kórház női osztályára, Vácról pedig a pulmonológiai osztályt és a fertőzőosztályt helyezték vissza hasonló okokból. Ezek az intézkedések nemcsak a kórház zsúfoltságát okozták, hanem a személyi állomány hangulatát is negatív irányba befolyásolták.

Az igazgató főorvos betegsége miatt egyre többet volt távol a kórházról. Így annak fejlődése megtorpant. Ez a megtorpanás, illetve az átmeneti időszakokra kinevezett helyettesek nemtörődömsége, illetve alkalmatlansága a kórház munkájában olyan szétszórtságához vezetett, ami már a gyógyítómunkát is komolyan veszélyeztette.

Különösen 1977-től kezdődően vált nagymérvűvé a személyi állomány fluktuációja, melyben nem kis szerepet játszott az az elképzelés, amely a kórházat tel-

jes személyi állományával együtt az IMEI területére és annak irányítása alá akarta helyezni. Az osztályvezető főorvosok egyre inkább elszakadtak a munkájuk iránt nem érdeklődő, felmerülő problémáikat megoldani nem képes új kórházparancsnoktól. Napirendre kerültek a kórház történetében addig ismeretlen, személyeskedésig fajuló viták, és az osztályok szakmai együttműködése is oly mértékben zavarttá vált, hogy gátolta a gyógyító munka eredményességét.

Ezt az állapotot a büntetésvégrehajtás vezetése — melyben időközben ugyancsak személyi változások történtek — sem hagyhatta figyelmen kívül. A megbízott igazgató főorvos mellé általános igazgató főorvos-helyettest neveztek ki, kötelességévé téve a gyógyítótevékenység összefogását és felügyeletét. Ugyanakkor az Országos Parancsnokság vezetése felkérte a BM Korvin Ottó Kórház és Intézményei vezetését a kórház helyzetének és működésének megítélésére mind a klinikai, mind a kiegészítő osztályok vonatkozásában.

A komplex vezetésvizsgálatban az Országos Parancsnokság képviselőin kívül részt vett a Fiatalkorúak Börtöne és Fogháza parancsnoka és párttitkára, valamint a kórház vezetése. A vizsgálatot a szigorú titoktartás és a szocialista ellenőrzés alapszabályainak következetes betartása mellett folytatták le. A vezetésvizsgálat megállapította, hogy a kórház párhuzamosan lát el büntetésvégrehajtási és gyógyító-megelőző feladatokat. Mindkét feladat maradéktalan végrehajtása nehéz helyzet elé állítja a kórház dolgozóit, ezért garantálni kell mindkét feladat tárgyi és személyi feltételeit.

A kórházi osztályok munkájával kapcsolatosan az alábbi javaslatok születtek:

- növelni kell a szakdolgozók létszámát,
- újra kell építeni a külső konziliáriusi hálózatot,
- ki kell bővíteni a laboratóriumi vizsgálatok körét,
- kórházi vérellátó szolgálatot kell létesíteni,
- ki kell alakítani egy anaesthesiológiai-intenzív szolgálatot, ezen belül pedig egy interdiszciplináris (több szakterületet érintő) intenzív betegellátó részleget,
- a röntgenosztály gépi berendezéseit ki kell cserélni,
- a kórház munkavédelmi szabályzatát ki kell dolgozni,
- az osztályokon meglévő készülékeket és gépeket folyamatosan karban kell tartani,
- a kórház működésével kapcsolatban meg kell tervezni a hosszú távú, illetve középtávú egészségügyi koncepciót.

A vizsgálat tisztázta, hogy a kórház vezetésében bekövetkezett gyakori személyi változás, valamint a mindenkori vezetés — amely esetenként nem is rendelkezett az igazgatáshoz szükséges ismeretekkel és rutinnal — változó kapcsolata a Fiatalkorúak Börtöne és Fogháza parancsnokával, a Bv. Országos Parancsnokság egészségügyi osztálya vezetőjével, nem biztosította az irányítás folyamosságát és egységességét. Ez a körülménynek nagy szerepe volt a meglévő gondok kialakulásában.

Az elemzés kiderítette, hogy a kórház komplex betegellátást önállóan nem tud nyújtani, de ez nem is feladata. Az viszont feladata, hogy az ellátandók részére — az adott területen — teljes körű kezelést biztosítson. Ennek érdekében pontosan, körülhatároltan szabályozni kell a kórház lehetőségeit meghaladó ellátás feltételeit és módját. A kórház osztályain pedig, ahol meghatározott szintű és bizonyos típusú egészségügyi ellátás folyik, a tárgyi és személyi feltételekről az orvosi-szakmai követelmények szerint kell gondoskodni.

Végezetül a vezetésvizsgálat megállapította, hogy összességében, feltételeihez mérten a kórház jól látja el feladatát, dolgozóinak túlnyomó része becsületesen, hivatásszeretettel végzi nehéz munkáját, és a nehéz körülmények ellenére megfelelő szintű ellátást biztosít a beutaltak részére.

A büntetésvégrehajtás vezetésétől kapott bizalom és anyagiak birtokában ki kellett mozdítani a kórházat az elmúlt évek szakmai-büntetésvégrehajtási, emberi-morális megtorpanásából, és meg kellett gyorsítani a kórház toldalékszárnyának 1980-ban megkezdett építkezési munkálatait. Ezzel egyidejűleg el kellett végezni a régi kórházi épület felújítását, beleértve az előregedett víz- és csatornahálózat kicserélését. Ugyanakkor biztosítani kellett a szükséges berendezések megszerzését és üzembe állítását napra lebontott hálóterv szerint.

A szilárd törvényességi alapon végzett, az orvostudomány mindenkori állásának megfelelő szintű gyógyítótevékenység visszaállításához garantálni kellett:

- a személyi állomány létszámhiányának feltöltését,
- a gyógyítótevékenység tárgyi feltételeit,
- a rendszeres szakmai, büntetésvégrehajtási képzést, továbbképzést,
- a dokumentációs és adminisztrációs fegyelem megszilárdítását,
- a folyamatos, segítő együttműködést az egészségügyi osztállyal, az IMEI-vel és az alapellátó intézetek orvosaival,
- súrlódásmentes, alkotó kooperációt a Fiatalokorúk Börtöne és Fogháza vezetésével és szolgálati ágaival.

A toldalékszárny felépülését követően 1982-ben sikerült munkába állítani a korszerű követelményeknek és szükségleteknek minden szempontból megfelelő új műtőrészleget. Ebben létesült a központi sterilizáló, valamint az esetleges narkózis-szövődmények észlelésére és folyamatos ellátására a monitorizált ún. „post narcoticus”-kórterem. A visszaállított szülészeti-nőgyógyászati osztályhoz csatoltuk az újonnan kialakított bölcsődét. 10 anyát és 15 csecsemőt tudunk elhelyezni. Az anyák részére van ún. tévé-társalkodó szoba is.

Az intenzív betegellátó részleg 1983. március 1-től működik teljes felszereléssel. Interdiszciplináris feladatot lát el, betegek kezelésére pedig négy teljesen felszerelt és monitorizált intenzív ágy áll rendelkezésre. A röntgenosztály automata előhívó készüléket, röntgen úszófelvételi asztalt kapott, amelynek segítségével lehetővé vált a rétegfelvételek és a traumatológiai felvételek pontosabb elkészítése. A gyomorátvilágító helyiség képerősítő tévélánccal lett gazdagabb. A laboratórium műszeres igényét is sikerült nagyrészt kielégíteni.

1983-ban még egy telepen belüli kórházi átköltözésre került sor. Felépült az új befogadó épület, amely igénybe vette az addig gyógyszerár céljaira szolgáló épületrészt is. A gyógyszerárnak ezért a volt ambulancia épületébe kellett áttelepülnie, ahol igényeinek megfelelően nagyobb alapterület állt a rendelkezésére. Az új befogadó épület földszinti része egybeépült a kórházi toldalékszárny legelső szintjén létesült ambulanciával és a betegfelvételi iroda helyiségeivel. Ilyen módon lehetővé vált, hogy a betegek a befogadó épületbe bekerülve csak a kórház területén mozogjanak.

A tudományos bizottság újraszervezése után ismét megindult a kórházban a személyi állomány rendszeres szakmai képzése és továbbképzése. Ez részint az OTKI-val, az ESZTIK-kel egyeztetve és előre tervezve folyamatosan történik, részint belső továbbképzés formáját ölti.

Az elmúlt év folyamán a tudományos élet is fellendült a kórházban. Negyedévente kerekasztal-konferenciát, félévente klinikopathológiai értekezletet szervezünk, a társ egészségügyi intézmények bevonásával, az alapellátás érintett orvosainak, az állandó egészségügyi orvosszakértőknek és az együttműködő országos intézetek munkatársainak a bekapcsolásával. Az 1982-ben megrendezett Semmelweis Tudományos Vándorgyűlésen 26 előadás hangzott el, közülük 15-öt a kórház orvosai tartottak. A tudományos munkák fokozatosan kiadásra kerülnek, és hozzáférhetővé válnak valamennyi szakember, illetve érdeklődő számára.

A kórház forgalmának, gyógyítótevékenységének, a büntetésvégrehajtás morbiditási viszonyainak összehasonlító statisztikai elemzése céljára 1982. január 1-én a kórház minden osztályán és diagnosztikai részlegén bevezettük a BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) kódszámok feltüntetését a kórházi kórismények mellett.

Az IMEI-vel való együttműködésünk kölcsönösen korrekt segítségnyújtássá vált. Szakmai profiljaink igen eltérnek, emiatt kevés az érintkezési pont. Mindenki számára nyilvánvaló, hogy felesleges lenne a két intézet funkcionális összekapcsolása. Az alapellátás orvosaival a kórház folyamatos, állandó kapcsolatot tart, a szakfőorvosok a részükre kijelölt területen rendszeres segítséget nyújtanak. A Fiataikorúak Börtöne és Fogházával való kapcsolat ideális. Az együttműködés nem az esetleges személyes emberi kapcsolatok függvénye, hanem egymás munkájának értékelésén, megbecsülésén és tiszteletben tartásán nyugszik.

Az elvégzett munkát a büntetésvégrehajtás vezetése is értékelte, amikor 1983-ban a kórház jelenlegi vezetését véglegesítette. Jelen állapotában — személyi ellátottságával és felszerelésével — a kórház eleget tud tenni a vele szemben támasztott követelményeknek. A jövőben várhatóan ki fognak bővülni a szervező és gyógyító feladatok. A Büntetésvégrehajtás Központi Kórházának mint a büntetésvégrehajtás egészségügyi szolgálata bázisintézményének, perspektívájában nagyobb feladatot kell vállalnia a gyógyító-megelőző tevékenység szervezésében, ellenőrzésében és ellátásában, valamint a szakmai továbbképzés megvalósításában, mint eddig.



A Büntetésvégrehajtás Központi Kórháza létrehozásától kezdve többször élt át nehéz időköt. Gyakran változtak telephelyei. A kórház áttelepítéseit sohasem egészségügyi indokok vezették, elhelyezése sohasem kórházi célra emelt épületekbe történt, az egészségügy kérdéseinek megoldása mindig egy sokadrendű feladat szükségmegoldása volt. Ezek a tényezők közrejátszottak a nagymérvű személyi változásoknál is. Ennek ellenére a kórház alapvető feladatát, az oda beutaltak gyógyítását, mindig teljesítette.

A kórház jelenleg nyugodt munkahelyi légkörben, jó szakmai színvonalon végzi gyógyító-megelőző tevékenységét, és ez reményt ad arra, hogy — a büntetésvégrehajtás egészének szerves részeként — megnövekedő és kiteljesedő feladatait a jövőben is becsülettel teljesíteni tudja majd.

**Dr. Káplár Zoltán**



# Az alkoholisták kezelése

## Nagyfán

A szeszes ital túlzott fogyasztásáról kultúrtörténeti emlékeink már a távoli múltból is vannak. Rég megfigyelték, hogy a szeszes ital rendszeres és mértéktelen fogyasztása megbetegedést okoz. Egyrészt kialakul egy testi-lelki függőség az alkohollal szemben, másrészt súlyos szervi elváltozások következnek be. Hatására a szellemi tevékenység is eltorzul. Mindez kihat az egyén családi, gazdasági, munkahelyi és társadalmi helyzetére is, utódain keresztül pedig a jövő nemzedékre.

Körülbelül 200 évvel ezelőtt alakult ki az a koncepció, hogy az alkoholizmus betegség, de széles körben az egész világon csak az 50-es években fogadták el.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO), a Nemzetközi Alkoholizmus és Kábítószer Elleni Szervezet (ICAA), valamint a nemzeti szervezetek adatszolgáltatásai alapján egyértelművé vált, hogy az alkoholizmus pusztító betegség, amely következményeiben súlyos egészségügyi és társadalmi problémát jelent. Méreteit tekintve joggal emlegetik népbetegségként. Ma a világ egyik legsúlyosabb közegészségügyi problémája. Világviszonylatban mintegy 25 millióra becsülik az alkoholbetegek számát. Az európai országok lakóinak 3-4%-a az, hazánkban 300 000 alkoholistát emlegetnek a hivatalos adatok, és körülbelül ugyanennyi személyt veszélyeztet az alkohol.

Tény az, hogy az alkoholisták száma évről évre nő, és ez a növekedés egyre inkább érinti a fiatalokat és a nőket. Ennek természetes következménye, hogy évről évre emelkedik a veszélyeztetett környezetből az állami gondozásba kerülő gyermekek száma. Emelkedik az alkoholtól befolyásolt bűnelkövetők száma is, akik közül legtöbben a közrend és a közbiztonság ellen vétének.

Az a felismerés, hogy az alkoholista „beteg embernek” tekintendő és gyógykezelése nehezen megszervezhető orvosi feladat, törvényhozásunkat arra a megfontolásra vezette, hogy adminisztratív eszközök bevezetésével segítse elő a család, a kiskorú gyermek, a közrend és a munkahelyi fegyelem védelmét.

Ennek megfelelően a kormány az 1960-as évektől kezdve határozatokat hozott az alkoholbetegek kezeléséről és a túlzott alkoholfogyasztás elleni tennivalókról. Létrejötték a kijózanító állomások, az úgynevezett detoxikálók, bővült az alkoholgondozó intézetek hálózata és emelkedett az alkoholbetegeket kezelő osztályokon az ágyak létszáma.

A fokozódó alkoholizmus a jogalkotás szigorúbbá válásával járt. Így gyakorlat lett a büntető törvénykezésben a büntetőjogi felelősség megállapítása ittasság esetén, valamint a bűncselekményt elkövető alkoholisták kényszergyógykezelése is. Adminisztratív intézkedésként államigazgatási úton került bevezetésre a kötelező kezelés és gondozásbavétel is, melyet az 1972. évi II. törvény, az egészségügyi törvény fejlesztett tovább.

Az alkoholisták kötelező munkaterápiás intézeti kezelését az 1974. évi 10. sz. törvényerejű rendelet írta elő, melyet aztán az 1982. évi 41. sz. tvr. korszerűsített.

„Az alkoholizmus gyógyítható betegség, de gyakran visszaeséssel fenyeget” jelszóval fokozatosan kialakult hazánkban az alkoholbetegek kezelésének több lépcsős, egymásra épülő rendszere:

- a saját kérelmére történő önkéntes kezelés és gondozás;
- az egészségügyi, szakigazgatási úton elrendelhető kötelező gondozás és gyógykezelés;
- a kényszergyógykezelés a szabadságvesztés ideje alatt;
- a kötelező utógondozás a tanácsi és bírói kötelezést követően.

### *Az 1982. évi 41. sz. tvr. érvényesülése*

A tvr. szerint az eddig alkalmazott rövid időtartamú gyógykezelés helyett az alkoholmentesség beállítását egy hosszabb időtartamú absztinencia fenntartása kell hogy kövesse. Ezen időszak alatt az orvosi kezelést szervesen egészítse ki a rendszeres életmódra, munkára nevelés, és mindezt segítse elő a pszichoterápia és a szocioterápia is. A nagyfai Munkaterápiás Alkoholélvonó Intézet az alkoholisták gyógyításának utolsó lépcsőfoka. További fokozat nincs.

Intézetünkbe az alkoholistáknak csak az a része kerül, akiknek magatartása veszélyes a társadalomra, mégsem hajlandók önként részt venni a kezelésben, akik aktív életkorúak, tehát a 18. életévüket betöltötték, de a nyugdíjkorhatárt még nem érték el, továbbá, akik kórházi ápolásra nem szorulnak, és legalább 50%-ban megtartották munkaképességüket. Az intézeti kezelés időtartama legálább egy, legfeljebb két év. A kezelés többször is ismételhető.

A beutalás a tanács egészségügyi szakigazgatási szervének javaslatára kezdődik, melyet vagy hivatalból, vagy az érdekelt kérelmére, vagy állami, társadalmi szerv kezdeményezésére indít meg. Az orvosszakértői vélemény áttanulmányozása, a környezettanulmány bekérése, esetleg a hozzátartozó meghallgatása után az egészségügyi szerv összefoglalót készít és javaslatát átadja az ügyészségnek. Az ügyészség megvizsgálja a törvényességi feltételeket, és ennek alapján indítványt tesz a bíróságnak.

Az ügyési és igazságügyi szervek bevonása a beutalás rendjébe azért szükséges, mert a kezelés hosszabb időtartamú, és bizonyos értelemben a személyes szabadság korlátozását is jelenti. Ehhez pedig biztosítani kell a törvényes feltételeket.

Az intézeti kezelés elrendeléséről az új Btk. is rendelkezik. A 76. paragrafus szerint a büntetőbíróság azokat az alkoholistákat kötelezi munkaterápiás intézeti kezelésre, akiknek bűncselekménye szorosan összefügg alkoholistá életmódjukkal és a várható szabadságvesztés-büntetés nem haladja meg a hat hónapot.

A fentiekből adódik, hogy az intézetbe való beutalás két úton valósulhat meg:

- a polgári bíróság peren kívüli eljárásban végzést hoz, mely fellebbezés nélkül végrehajtható;
- a büntetőbíróság ítélete csak jogerőre emelkedés után hajtható végre.

Egy év elteltével az intézeti kezelést fel lehet függeszteni abban az esetben, ha a beteg intézeti magatartása, munkája kifogástalan, ha eleget tett az intézet kívánalmainak és megfelelő családi-munkahelyi háttérrel rendelkezik, tehát ha jó prognózis alakul ki.

A rendelkezés humanizmusát húzza alá az a jogszabály is, amely szerint az intézeti kezelés alatt a beutaltak munkaviszonya, illetőleg szövetkezeti tagsági viszonyán alapuló jogai és kötelezettségei szünetelnek, de a munkaviszonyban, ille-

tőleg szövetkezeti tagsági viszonyban töltött idő kiszámításánál figyelembe kell venni az intézetben töltött időt.

Az intézet működéséről és rendjéről az igazságügy-miniszter, míg a felügyeletről az igazságügy-miniszter az egészségügyi miniszterrel együtt gondoskodik.

A fentieket összefoglalva megállapítható, hogy a kötelező intézeti gyógykezelés tulajdonképpen a társadalom védelme érdekében, a káros külső ráhatásoktól elszigetelten, felügyelet mellett történik. Ezen időtartam alatt az életrendet meg kell szabni, a rendszeres munkáltatást pedig meg kell szervezni. Így a betutalt alkalmassá válik a társadalomba való visszailleszkedésre, képes lesz betarta-



Este Nagyfán

ni a társadalmi normákat és teljesíteni a vele szemben támasztott követelményeket.

### *Az intézet felépítése*

A büntetésvégrehajtási intézet hagyományos felépítését az egészségügyi feladatkörnek legjobban megfelelő módon alakítottuk ki.

— Az egészségügyi szervezet létszámát a polgári gyógyintézet létszámnormájához közelítettük (bár attól körülbelül 30%-ban még mindig elmarad).

— A nevelési szolgálat beolvadt a jelentősen megerősített egészségügyi szervezetbe.

— Az igazgatási szolgálat — mint felvételi iroda — szintén az egészségügyi szervezeten belül működik.

— Az őrszolgálat, lényegesen csökkentett létszámmal, biztonsági szolgálattá alakult. Fő feladata az intézet rendjének és biztonságának fenntartása mellett az egészségügyi munka segítése — egyenruha nélkül és a fegyverhasználat korlátozásával.

— Az Igazságügyi Minisztérium a Nagyfai Célgazdaságot üzemegységként az Állampusztai Célgazdasághoz csatolta, hogy megoldja a munkaterápiás jelleg és a nyereségérdekeltség ellentmondását.

— Az elítéltek végleges kivonásával megszűnt az intézet kettőssége, és 1981 márciusa óta tiszta profilúvá vált.

Az intézet több szakaszban alakult ki. Az a döntés, hogy az Igazságügyi Minisztériumon belül, a büntetésvégrehajtás keretei között kell létrehozni egy olyan speciális bv. intézetet, amely zárt jellege ellenére tisztán egészségügyi feladatkörrel rendelkezik, nem váltott ki osztatlan elismerést. Nem volt sem hazai, sem külföldi minta, amit le lehetett volna másolni a csupán céljában körvonalazott intézmény kialakításában. Csak halovány elképzelések voltak a szervezeti felépítésre, a gyógyítás módjára, a munkaterápiára vonatkozóan.

Az intézeti munka beindulását, hatékonyságát messzemenően befolyásolta az épületek alkalmatlansága, a szakemberek hiánya, a gyógyítással nehezen összeegyeztethető börtönszemlélet, az elítéltekkel való együttélés stb. Az intézet és a büntetésvégrehajtás vezetőinek óriási erőfeszítéseket kellett tenniük a személyi és tárgyi feltételek biztosítása érdekében. Az első nyolc év (1974—1982) az útke-resés időszakának tekinthető.

1976—1979 között felépült a kórház — a kivizsgálóegység 65 ágygal és az elhelyezési egység kétszer 250 férőhellyel. 1980-ban a régi 200 férőhelyes épületet átalakították, s így kialakult a végleges 765 férőhelyes befogadóképesség.

1982 végére kialakult az intézet munkáját meghatározó komplex terápia elve és gyakorlata, melynek szerves részét képezi a gyógyítás és munkaterápia mellett a pszicho- és szocioterápia, az iskolai oktatás és a szakmai képzés rendszere.

Az intézet ellátásához és a kiszolgálásához szükséges létesítmények: konyha, ebédlő, mosoda, kazánház is folyamatosan elkészültek. 1983 közepére felépült több sportpálya és az 1500 négyzetméteres műhelycsarnok.

### *A terápiás program*

Az intézeti kezelésnek két alapvető szakasza van: a felvétel után az első négy hét kötelezően kórházi osztályon töltendő el, melynek programja a heveny alkoholmegvonásos tünetek, az érzékcsalódással járó átmeneti tudatzavar, az úgynevezett delírium kivédése, az orvosi és pszichológiai kivizsgálás, az alkoholelles kezelés beállítása és az intézeti követelmények megismertetése. Így próbálják elérni, hogy a kényszerintézkedés ellenére a beteg együttműködjön velünk, motiválva legyen a gyógyulásra, a társadalomba való visszaailleszkedésre. Ebben az időszakban dönti el a kórházi munkacsoport, hogy milyen egyéni terápiás programot ad beutaltjainak az intézeti kezelés időtartamára.

Ezután kerülnek a beutaltak az osztályokra és történik meg munkába állításuk. A kórházi osztályon kívül még három osztály szerveződött. Az osztályok életét, munkáját és rendjét az osztályos munkacsoportok irányítják. A munkacsoport vezetője tapasztaltabb orvos vagy nagyobb gyakorlatú pedagógus. Az orvoson és pedagóguson kívül teamtag még a pszichológus, a szociális gondozó és az egészségügyi szakdolgozó. Külső munkatársként ide tartoznak a felügyelők és a munkairányítók is.

A munkacsoport feladata a megkezdett orvosi kezelés folytatása, az osztályos nagycsoport-foglalkozások szervezése, valamint a kiscsoportos pszichoterápia végzése.

A pedagógus ismeretközlő és tematikus csoportfoglalkozásokat vezet etikai, művelődési kérdésekről. Szervezi az öntevékeny fórumokat, és irányítja a tömegkommunikációs eszközök terápiás célú kihasználását.

A szociális gondozó rendezi a munka- és családjogi problémákat, levelez a tanáccsal és a családdal, beszerzi a környezettanulmányokat és előkészíti az elbocsátást.

A munkairányító művezetők irányítják a munkát, javaslatot tesznek bér- és jutalmazási ügyekben, valamint tájékoztatják a munkacsoportot a munkavégzés eredményességéről.

Amíg az intézeti kezelés első periódusa, a kórházi időszak, a betegségtudatot igyekszik kialakítani, az intézeti kezelés második, hosszabb periódusa meghatározott napirend alapján, rendszeres életmódra és munkára ösztönöz. Igen jelentős szerepet kap ebben a szakaszban a szabad idő irányított felhasználása is. Hisz a tematikus nagycsoportok foglalkozásai (problémamegbeszélések, értékelések, TIT-előadások), a szakköri foglalkozások (barkács-, fotó-, irodalmi, zenei stb.), a kultúrfoglalkozások (önképzőkör, olvasókör, szellemi vetélkedő, színház- és mozilátogatások) és nem utolsósorban a sporttevékenység szervezése egyaránt elősegíti a személyiség formálódását.

A komplex terápiás program szerves része az iskolai oktatás, amelyet karöltve szervezünk a Dolgozók Általános Iskolájával. Időszakonként szükség van az analfabéták oktatásának megszervezésére is. Rendszeresen tartunk olyan tanfolyamokat (szakács-, kazánfűtő-, segédápoló-, szerszámcsiszoló-, szerelő stb.), amelyek elvégzése betanított munkára jogosít.

A szabadidő-tevékenység legproduktívabb része az úgynevezett alkoholelles klubmozgalom, amely szerves része az országosan kiteljesedő társadalmi öngyógyító mozgalomnak. A gyógyuló alkoholbeteg számára ez tulajdonképpen szorosabb kapcsolatot jelent a társadalommal, mint a szervezett utógondozás. Az intézeten belüli klubélet az öntevékenység továbbfejlesztése, amely rövid idő alatt igen kedvező tapasztalatokat hozott.

### *Néhány szó a munkaterápiáról*

A betegek munkába állítása részben szakmai ismereteik, részben fizikai állapotuk és emberi magatartásuk alapján történik. Az alkoholbetegek munkával munkára nevelése és a társadalom normáihoz való hozzászoktatása akkor a legeredményesebb, ha az télen-nyáron egyenletes, zárt rendszerű és egymás munkateljesítményétől függ.

Ezért a gazdaság mezőgazdasági munkáját átszerveztük. Az időszakos, kampányjellegű és osztott munkaidővel járó növényápolási és állattenyésztési munkákat megszüntettük, és gépesített, leegyszerűsített vetésszerkezetre álltunk be. A munkák zömét ipari bérmunkák adják, amelyek általában a könnyűipari tevékenység körébe tartoznak.

A munkavégzés teljesítménybérben történik, amelynek normái azonosak a polgári üzemek normáival. A beutaltak bérezése a polgári bértáblázat alapján történik. A beutaltak kisebb részét intézetfenntartó, úgynevezett szolgáltató munkakörben foglalkoztatjuk. A fizikailag gyengébbek csökkentett munkaidőben dolgoznak.

A beutaltak munkája évről évre magasabb szintű. Ez összefügg a személyi állomány szemléletváltozásával, a beutaltakkal való foglalkozás gyakorlatának kialakításával, a jobb munkaszervezéssel és az ösztönzőbb anyagi elismeréssel.

### *A kezelés eredményessége*

A nagyfai intézet szervezeti felépítését és eredményeit tekintve egyedülálló intézmény nemcsak hazánkban, hanem határainkon túl is.

Sajnos az eltelt tíz év folyamán az intézet ismertetése, munkájának, eredményeinek széles körű szakmai bemutatása nem kapott elég hangsúlyt. A napi munka mellett nem jutott idő közlemények írására.

Az utóbbi egy-két évben több külföldi egészségügyi, igazságügyi delegáció ismerkedett a magyar egészségügyi intézetek munkájával, azon belül a mértéketlen alkoholfogyasztás következtében beteggé vált emberek gyógyításával. A nagyfai intézetet megismerők úgy nyilatkoztak, hogy példaként kívánják maguk elé állítani a Nagyfán látottakat.

Örvendetes, hogy az állami egészségügyi szolgálatok képviselői is egyre nagyobb figyelmet fordítanak az intézetre, az intézetből kikerülőket utógondozására és az alkoholelles klubmozgalomba való bekapcsolódásukra.

Az intézeti kezelés eredményessége az intézeten belül csak szubjektív módon ítéltető meg. Az objektív megítéléshez hozzásegít a beutaltak adaptációs szabadságon tanúsított magatartása, amelyről több mutató és környezettanulmány készült.

Az adaptációs szabadság elősegítheti a többnyire zilált családi élet rendezését, és lökészerűen megerősítheti az alkoholbeteg önálló életvezetését.

Az intézeti kezelés eredményességét két oldalról vizsgálhatjuk: orvosi szempontból és a sikeres rehabilitáció nézőpontjából. Az alkoholgondozóktól kapott visszajelzés alapján megállapítható, hogy az elbocsátás után két évvel az elbocsátottak 20%-a absztinens, 25%-a fogyaszt ugyan alkoholt, de nem tanúsít botrányos magatartást, hanem szociális ivóvá válik. Felvételtkor a beutaltak 40%-ának nincs munkaviszonya, az elbocsátás után két évvel viszont 75%-uk dolgozik. Ez az eredmény a legszembetűnőbb.

Ezek az adatok oly kiváló eredmények, hogy az elvéve megjelenő szakirodalmi példa vagy egyéb — nem hivatalos úton szerzett — információkból kapott számadatok meg sem közelítik.

Az intézet célkitűzéseinek helyességét az eltelt időszak igazolta, az útkeresés, a megfelelő gyakorlat kialakítása jó úton halad. Ezen új jogintézmény mint egészségügyi intézmény is korszerű.

\*

A hazai többlépcsős alkoholbeteg-kezelésben intézetünk jelentős helyet vívott ki magának. A gyógykezelést nem vállaló, a társadalomra bomlasztóan, züllesztően ható beteget a polgári gyógyintézetek nem látják szívesen, nem is tudják kórházon belül tartani.

Intézetünk kétségtelenül zárt, de kifejezetten egészségügyi profilú, és az alábbi sajátos vonásokkal rendelkezik:

- a beutalás bírósági határozattal történik, ugyanakkor nem jelent büntetett előéletet,
- a kezelésben való részvétel kötelező, és a kijelölt munkát el kell végezni,
- a kezelés időtartamára táppénz nem jár, bár a bérezés arányban van a munkateljesítménnyel,
- az itt töltött idő beszámít a nyugdíjba, ugyanakkor a kereső munkavégzés időszakában tartásdíjat kell fizetni,
- végezetül: a beutalás időtartama alatt a korábbi munkaviszony nem szüntethető meg.

Az alkoholizmus problémája az egész társadalmat érinti, és tulajdonképpen csak következményeiben egészségügyi probléma. Az ellene való küzdelem csak akkor lesz hatékony, ha az élet minden területén, a közvéleményben is kialakul a megfelelő szemléletváltozás.

Az alkoholbetegek kezelése csak akkor lesz egységes, ha a felsorolt többlépcsős rendszer mindegyikét megfelelő mélységben és szélességben alkalmazzák. Az egyes intézetek jó eredményeit pedig csak igen hatékony társadalmi és egészségügyi utógondozással lehet tartósítani.

**Dr. Banka Lajos**

## Az IMEI helye a büntetésvégrehajtásban

Magyarország legrégebb törvényeiben is megtalálhatók már a szabadságvesztés büntetés első nyomai, de lényegében a XIX. századig nem volt általános büntetési nem a szabadságvesztés. Mária Terézia uralkodásának idején, 1772-ben került sor először országos jellegű büntetőintézet megalapítására Szempc községben. Ebben az intézetben helyezték el a szüleiknek nem engedelmeskedő, „sem mire sem való egyéneket”, és itt voltak elhelyezve az elmebetegek is.

Noha a XVIII. században felmerült egy egységes büntetőtörvénykönyv megalkotásának gondolata, az 1789-es francia forradalomtól megriadt államvezetés levette a kodifikáció kérdését a napirendről. Az ún. Csemeghi kódex csak 1878-ban született meg. A kódex készítésekor Csemeghi Károly figyelembe vette a belga és olasz javaslatokat, és feltehetően kora kriminológiai kutatásai is befolyásolták.

Az 1878. évi V. törvénycikk VII. fejezetének 76. paragrafusa a következőképpen rendelkezik az elmebeteg bűnözőkről: „Nem számítható be a cselekmény annak, aki öntudatlan állapotban követte el vagy kinek elmetehetsége meg volt zavarva és emiatt akarátának szabad elhatározási képességével nem bírt.” Az idézetből kiderül, hogy ez a törvény vezette be a beszámíthatóság fogalmát a magyar jogrendszerbe, és azt az elmebetegekkel és gyengeelméjűekkel kapcsolatban a szabadakarat elhatározás vonatkozásában értelmezte.

1880. szeptember 1-én lépett hatályba a törvény, ám az elmebetegek részére külön intézetet csak 1896-ban létesítettek a Budapesti Királyi Törvényszék fogháza mellett, a jelenlegi Budapesti Fegyház és Börtön területén. Az intézet az Országos Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet nevet kapta. Első igazgatója, az intézet létesítését kezdeményező dr. Moravcsik Ernő Emil egyetemi tanár lett, fő feladata a kétes elmeállapotú letartóztatottak elmeállapotának megfigyelése és az elmebeteg elítéltek ápolása volt. Megnyitásakor az intézet mintegy 70 ágygal, akkor korszerűnek számító kis kórtermi zárkákkal működött. Emellett néhány nagy kórterem, külső foglalkoztatóhelyiségek és egy kis laboratórium tartozott meg az intézethez.

A Budapesti Fegyház és Börtön parancsnoka és az intézet vezető főorvosa egymással mellérendeltségi viszonyban volt. Az Oláh Gusztáv által kezdeményezett mentálhigiénés mozgalom hatása érződött az intézet működésében. Teret kapott az a felfogás, hogy elsősorban nem őrizni kell a betegeket, hanem megelőzni, illetve gyógyítani a betegséget. 1908-ban Moravcsik Ernő Emiltől tanítványa, idősebb Németh Ödön vette át az intézet vezetését.

Ahogy a történelemnek, úgy az elmeorvosászatnak is nehéz időszakait jelentették a háborús, majd a hidegháborús évek. Ezekben az időszakokban az intézet fő feladata az oda szállított elmebetegek, gyanúsítottak és bűnelkövetők megőrzése volt. Nem véletlenül viselte az 1950-es években az intézet a feladatra utaló Elmebetegek Biztonsági Intézete nevet.

Az 1961. évi V. törvény igényeinek megfelelően az intézet tevékenysége sok vonatkozásban humanizálódott. Rehabilitációs feladatként jelentkezett az új büntetőjogi intézkedés, a kényszergyógykezelés végrehajtása. Az intézet fokozatosan gigantikus létszámú elmeosztállyá duzzadt, és úgy tűnt, hogy a jelentkező problémák a kórházzá alakulással oldódnak meg.

1968-ban az intézet vezetését — a nagy szakmai gyakorlattal bíró klinikus elmeorvos — dr. Marton György vette át, aki keresve és kihasználva a lehetőségeket, kitartó és nehéz munkával lerakta a korszerű egészségügyi működés alapjait, valamint meghonosította és a lehetséges mértékig elfogadtatta a modern elmeorvoszat alapelveit.

Noha az intézet szervezeti önállóságát az 1974-ben alkotott új jogi szabályozás kimondta, a szervezeti önállóság tényleges feltételei még sokáig hiányoztak. Fokozatosan tisztázódott csak, melyek azok a területek, ahol indokolt az intézet önállósága, és melyek azok a területek, ahol nem, ahol előnyösebb a Budapesti Fegyház és Börtönnel történő együttműködés.

Az 1979-ben életbe lépett új Btk. rendkívül jelentős mértékben tágitotta az intézet feladatkörét, és megkövetelte egy önálló profilú, osztályokkal működő szakkórházi szervezet létrehozását.

Jelenleg az Igazságügyi Megfigyelő és Elmeorvosító Intézet (továbbiakban: IMEI) országos feladatkörű igazságügyi és prizonális elmeorvosászati feladatokat ellátó sajátos, zárt elmeorvosintézet, melynek felügyeletét az igazságügy-miniszter a Büntetésvégrehajtás Országos Parancsnoksága útján látja el, egészségügyi szakmai felügyeletét pedig az egészségügyi miniszter közvetítésével gyakorolja.

Az intézet feladatait alapvetően az 1972. évi II. törvény (az úgynevezett egészségügyi törvény), az 1979. évi 11. törvényerejű rendelet (a Bv.-tvr.), a 8/1979. IM. számú rendelet (a Bv. Szabályzat), a 106/1980. IM. számú utasítás (az Igazságügyi Megfigyelő és Elmeorvosító Intézet működéséről), az IM. katonai főosztály vezetőjének 4/1980. számú utasítása határozza meg, de feladatokat tartalmaznak egyéb jogszabályok (például: a Büntetőeljárás) is.

Az illetékes ügyész, illetve bíróság rendelkezése alapján az IMEI országos feladatkörrel végzi a terhelt fogvatartottak (elsősorban előzetesen letartóztatottak) elmeállapotának hosszabb megfigyelését, a büntetőeljárás céljait szolgáló egy-, illetve kéthónapos, elmeorvoskórházi körülmények közötti kivizsgálását. A megfigyelés eredményeképpen pedig elkészíti az igazságügyi szakértő számára a szakértői véleményt nem helyettesítő, de színvonalában annak megfelelő elmeorvosi véleményt.

### *Az IMEI szakmai teendői*

A büntetésvégrehajtási intézetben fogvatartott előzetesen letartóztatottak közül a bv. orvos által kóros elmeállapotra utaló tünetek miatt beutaltak elmeorvosászati megvizsgálása és nyolc napon belül tájékoztató jellegű véleményezése.

A bv. intézet orvosa által kóros elmeállapotra utaló tünetek miatt az intézetbe beutalt elítéltek kórházi elmeorvosászati kivizsgálása.

A fegyelmező zászlóaljban, illetve katonai fogdában büntetésüket töltő sorállományú katonák közül — a kóros elmeállapotra utaló tünetek miatt — a honvédorvos által beutaltak elmeorvosászati kivizsgálása és véleményezése.

A kóros elmeállapot miatt a fogságot elviselni nem tudó elítéltekről — akiknél a szabadságvesztés-büntetés nem hajtható végre, ugyanakkor zártintézeti elmeorvosításuk nélkülözhetetlen — átminősítő elmeorvosi vélemény készítése és elmeosztályra helyezése.



A szabadságvesztés-büntetés végrehajtása alatt kóros elmeállapotúvá vált és átminősített, elmeosztályra helyezett elítéltek gyógykezelése, állapotuk szükség szerinti, de legalább évenkénti elmeorvosozási felülvizsgálata, elbocsátásuk esetén pedig további gyógykezelésük és gondozásuk biztosítása egy bv. intézeti gyógyító-nevelő csoportban vagy polgári elmeosztályon.

Az ügyész vagy a bíróság által ideiglenesen kényszergyógykezelésre beutaltak elmeorvosi kezelése és jogszabályok által előírt szakértői vélemény színvonalának megfelelő elmeorvosi véleményezése.

A bíróság által elrendelt, kényszergyógykezelésre utalt betegek rehabilitációs célzatú gyógykezelése, soron kívül vagy évente részletes kórrajzkivonatot tartalmazó elmeorvosi vélemény készítése az illetékes bíróság, illetve az illetékes igazságügyi elmeorvos-szakértő részére a kényszergyógykezelés fenntartásának vagy megszüntetésének kérdésében hozandó orvosi megalapozásához.

A kényszergyógykezeltek adaptációs szabadságának engedélyezését és bonyolítását — az orvosi, jogi és szociális feltételeknek egyaránt megfelelő kényszergyógykezeltek esetében — szintén az intézet végzi. Továbbá az IMEI teremt lehetőséget a kényszergyógykezelésre beutalt betegek, az ideiglenes kényszergyógykezelésre beutalt terheltek és a szabadságvesztés-büntetés végrehajtása alatt kóros elmeállapotúvá vált és átminősített elítéltek munkaterápiás foglalkoztatására.

Az IMEI feladatkörébe tartozik a büntetésvégrehajtási intézet orvosa, illetve a honvéder orvos által beutalt fogvatartottak, polgári és sorállományú katonai személyek szervi idegrendszeri kivizsgálása és gyógykezelése is. Amennyiben a beteg ellátása meghaladja az IMEI lehetőségeit, a bv. egészségügyi intézményeinek, valamint az állami egészségügyi szolgálat járó- és fekvőbeteg-gyógyintézeteinek igénybevételével kell a beutaltak helyben nem vizsgálható, illetve nem gyógykezelhető panaszait rendezni.

A központi kivizsgáló tevékenység keretében végzi az IMEI a bv. intézetek orvosai által személyiségzavar tünettel beutaltak, a bíróság által korlátozottan beszámíthatónak nyilvánítottak, végül az alkoholista kényszergyógyításra kötelezett elítéltek komplex kivizsgálását és gyógyító-nevelésük, illetve alkoholista kényszergyógyításuk korszerű terápiás programjának kidolgozását.

### *Az IMEI elvi feladatai*

Az alkoholista-kényszergyógyítás módszertanának kidolgozása, korszerű színvonalon tartása, a kényszergyógyítás végrehajtásának ellenőrzése az arra kijelölt büntetésvégrehajtási intézetekben, az ellenőrzés tapasztalatairól évi értékelő jelentés készítése az IM Bv. Országos Parancsnokság egészségügyi osztálya részére.

Az alkoholista-kényszergyógyításon túlmenően — az IMEI szakmai illetékességi körébe tartozó területeken — közreműködés a gyógyító-nevelés módszertanának kidolgozásában, a munkacsoportok tagjainak speciális szakmai képzésében.

Az intézet egészségügyi kötelezettségeiből eredően biztosítja az elmeorvosozási, ideggyógyászati vizsgálatot, a személyiségzavar kivizsgálását, a szakosított járóbeteg-rendelést a bv. intézetek orvosai által beutaltak részére.

Az IMEI-ben szakértői színvonalú munkát végző központosított diagnosztikai és terápiás egységek funkcionálnak, továbbá van klinikai pszichológuscsoport, valamint működik egy pszichopedagógusokból álló nevelési szolgálat is.

Az IMEI kórházi jellegű anyagi-technikai és pénzügyi ellátását célzó terv kidolgozása a Budapesti Fegyház és Börtön illetékes szakszolgálatainak közreműködésével történik. Az intézetben egészségügyi-gazdasági ügyintézők dolgoznak,

közvetlenül a gazdasági-jogi főigazgató-helyettes irányítása alatt. A Budapesti Fegyház és Börtön anyagi szolgálatával szoros kapcsolatot alakítottak ki, velük együtt végzik pl.:

— a betegek ruházati ellátását, étkeztetését, személyi higiéniájával kapcsolatos teendőket,

— az anyagok és eszközök nyilvántartását, karbantartását,

— a szükséges technikai berendezések tervezését, üzemeltetését és karbantartását,

— a javítási igények felmérését, a munkák ütemezését és ellenőrzését.

Az intézet önálló igazgatási-nyilvántartási és szociális gondozói csoporttal rendelkezik. Az általános igazgatási teendők ellátása mellett ez a csoport végzi:

— a kényszergyógykezelt betegek adaptációs szabadságának adminisztratív bonyolítását,

— a törvényességi szempontok érvényesítését és ellenőrzését,

— a kérelmek, panaszok, bejelentések ügyintézését.

De foglalkozik ez a csoport a beutaltak, különösen a kényszergyógykezelt betegek, az ideiglenesen kényszergyógykezelt beutaltak és a szabadságvesztés-büntetés végrehajtása alatt kóros elmeállapotúvá vált és átminősített elítéltek szociális és jogi érdekképviselésével is. A szociális gondozó e szolgálati ág keretében intézi:

— a gondnoksági eljárás, illetve per kezdeményezését az illetékes tanács vb szakigazgatási szervénél, illetve a bíróságnál,

— a rokkantsági, illetve öregségi nyugdíj, táppénz, szociális, terhességi, gyermekágyi, valamint az anyasági segély kezdeményezését, ügyintézését,

— a biztosítással rendelkezők jogos igényeinek érvényesítését,

— a korlátozott, illetve hiányzó belátási képességű, de gondnokság alatt még nem álló személyek szociális és jogi érdekképviselését a polgári peres családjogi, társadalombiztosítási kérdésekben.

Az igazgatási-nyilvántartási és szociális csoport munkájához tartozik még:

— az ellátatlan beteg elbocsátása esetén az illetékes tanács vb szakigazgatási szervénél a gondozáshoz szükséges intézkedések megtétele,

— az intézetben elhaltakkal kapcsolatos ügyintézés,

— az IMEI-ből engedély nélküli távozás esetén az illetékes rendőri szervek értesítése,

— a helyben nem kivizsgálható, illetve gyógykezelhető betegek külkórházi kihelyezésének, szállításának, felügyeletének megszervezése és lebonyolítása.

Az IMEI feladataihoz kell még sorolni nem utolsósorban:

— az elmegyógyászati és büntetésvégrehajtási biztonsági feladatok szabályozását, oktatását és ellenőrzését,

— a beutaltak felügyeletének szakszerű, hatásos ellátását, mint az elmegyógyító tevékenység és az intézet rendjének feltételeit,

— a betegek mozgatásának, szállításának, előállításának biztonságos végrehajtását,

— a felügyelet ellátása során a bánásmód törvényességének maradéktalan érvényesítését, a megelőzésre és a szakszerűsége törekvés megvalósítását,

— a jogtalan eltávozással kapcsolatos teendők ellátását,

— a gyógykezeléssel szembeni aktív ellenállás leküzdésére, a személyzet vagy a betegtársak élete és testi épsége elleni támadás, valamint a jogtalan eltávozási kísérlet megghiúsítására a jogszabály által megengedett testi kényszer szakszerű alkalmazását.

— a jogos önvédelem esetének kivételével az Őrszolgálati Szabályzat által előírt fegyverhasználati tilalom megtartását.

Az IMEI-nek nincs őrszolgálata, a beutaltak felügyeletét elmeápolók látják el. A Budapesti Fegyház és Börtön és az IMEI külső őrzésének közös feladatát pedig a két intézet parancsnoka együttesen szabályozza.

Úgy tűnik, hogy a jelenleg bevezetett szervezési változtatások, a megszilárdított vezetési rendszer, az emelkedő szakmai elvárások, a rendezettség javulása meghozta gyümölcsét. A teljesítmény egyenletesebb lett, a működés zavartalanabbá vált, az állomány stabilizálódott, a hangulat javult, s a Budapesti Fegyház és Börtönnel kétoldalú, korrekt munkakapcsolat alakult ki. Az intézet jelenlegi helyzete — a meglevő, nem lebecsülhető nehézségek és leküzdésére váró hiányosságok ellenére — megítélésünk szerint jogossá teszi azt a reményt, hogy az IMEI mind büntetésvégrehajtási intézetként, mind pedig speciális elmeegógyászati szakmai tevékenységében — feladatait maradéktalanul és szakszerűen ellátó egészségügyi intézményként — megállja a helyét.

**Dr. Csicsay Iván—Nagyné Bánffy Anna**

## A személyi állomány körében végzett egészségügyi munka értékelése\*

A büntetésvégrehajtás keretében dolgozók munkája rendkívül bonyolult. E szerteágazó területen tevékenykedők olyan emberekkel állnak kapcsolatban, akiket a közvélemény megvetése sújt. A büntetésvégrehajtási munka elkötelezettjeinek mégis az a feladatuk, hogy ezekkel a perifériára került egzisztenciákkal úgy foglalkozzanak, hogy azok kikerülvén a bv. intézetekből, visszatáljanak a társadalomba. Hozzáértést, türelmet, emberséget követel ez a munka mindenkitől, miközben komoly pszichés terheket rak azok vállára, akik hisznek az emberek megváltoztathatóságában.

Sajnos a büntetésvégrehajtás körében végzett tevékenység társadalmi megítélése — az évek során megmerevedett nézetekből adódóan — meglehetősen negatív. Nagy a személyi állomány pszichikai és fizikai megterhelése, különösképpen az őrszolgálaté. A szolgálati kööttségek nehéz volta, a létszámhelyzetből adódó többletmunka, a kiterjedt adminisztráció, az utazás, az éjszakázás egyre nagyobb terheket ró a személyi állományra.

Ilyen körülmények között természetesen előtérbe kerül annak mérlegelése, hogy miképpen lehet hozzájárulni az élet- és munkakörülmények javításához. Többféleképpen: a szociális körülmények, a munkahelyi feltételek javításával, a munkaidő csökkentésével, a bérek növelésével és nem utolsósorban az egészségügyi ellátás színvonalának emelésével.

\*

Az egészségügyi osztály a meglevő, rendelkezésre álló személyi-anyagi és technikai lehetőségek hatékonyabb kihasználásával, a BM egészségügyi szerveivel való jobb együttműködés révén, tervszerű gyógyító-megelőző, szűrő-, gondozómunkát végezve igyekszik eleget tenni a követelményeknek. Teszi ezt azért, mert a személyi állomány körében — különösen a vezetői beosztásokban — jelentős az idősebb korosztály részvétele. Sokszor nem tudjuk nélkülözni, helyettesíteni a régi, tapasztalt büntetésvégrehajtási szakembereket.

Komoly figyelmet érdemel a 30-40 év közötti korosztály is, tekintve, hogy számos megbetegedés — különösen a szív-, a keringési, valamint az idegrendszeri — egyre fiatalabb korban jelentkezik. Mind gyakoribb, részben a vezetői beosztásokban, részben a fizikai munkát végzőknél az úgynevezett stresszhatás. Ezért az egész személyi állományt — speciális szolgálati tevékenysége miatt — egészségileg veszélyeztetettnek kell tekintenünk.

\* Az 1983. évi statisztikai adatok alapján

A megelőző évhez viszonyítva jelentősen (körülbelül 30%-kal) emelkedett a kórházba beutalt betegek száma. Csökkent ugyan a balesetek száma, de nőtt (5%-kal) a balesetekből származó ápolási napoké. Ez az aránytalanság feltehetően a súlyosabb fokú, főleg a nem szolgálati eredetű sérülésekből adódik.

1983-ban 13 halálesetből 6 szív és keringési eredetű volt. Megelőzően gondozásban csak 2 fő részesült. Foglalkoznunk kell a gondozási munka hatékonyságának javításával, mert például az öngyilkosságot elkövetők közül senki sem fordult orvoshoz.

A szűrővizsgálat elvégzését is biztosítani kell, igénybe véve az osztályvezető, a parancsnok segítségét. A személyi állomány jelentős része igyekszik kivonni magát a szűrővizsgálatok alól. 1983-ban csupán az állomány 62%-át szűrtük meg. Nem tud mit tenni az orvos, az egészségügyi szolgálat, ha a parancsnokok, osztályvezetők nem biztosítják a hátteret. A probléma megoldásában a személyzeti szervek munkájára is szükségünk van. Az elképzelések és a követelmények mellett a feltételeket is meg kell teremteni.

Az egészségügyi ellátást a büntetésvégrehajtás személyi állománya részére az elmúlt év folyamán 11 intézetben 14 főállású orvos végezte. A többi intézetben a BM Rendőrorvosi Hivatalának orvosai szerződéses viszonyban, orvosok mellékállás keretében, illetve a büntetésvégrehajtáshoz csapatszolgálatra vezényelt honvéderősök látták el a személyi állomány egészségvédelmét.

Az egészségügyi szolgálat gyógyító-megelőző ellátással kapcsolatos problémái részben a pályakezdő orvosok tapasztalatlanságával, részben a sororvosok 1-9 hónaponként történő váltásával magyarázhatók. Kevés a lehetőség a rendszeres szűrő-gondozó munka megszervezésére is. Elgondolkoztató, hogy annál a személyi állománynál, ahol kötelező az éves szűrővizsgálat, csupán az állomány 8%-ánál végeztek onkológiai szűrővizsgálatot.

A személyi állomány fokozódó igénybevételére utal, hogy állandóan emelkedik (1982-ben 12%-kal, 1983-ban 13%-kal) a gondozottak száma. A gondozott betegek közül első helyen a neurózisban és mozgásszervi megbetegedésekben szenvedők állnak. A megbetegedési sorrend a továbbiakban így alakul: magas vérnyomás, szív- és érrendszeri, valamint emésztőszervi megbetegedések.

Az általánosan kezelt betegségek alakulását illetően is hasonló a helyzet. Igen gyakoriak, főleg az őrszolgálati és a munkáltatási állományt érintően a mozgásszervi megbetegedések. Az idegrendszeri betegségek ritkán organikusak, ritkán járnak szervi jellegű elváltozással, de sajnálatos módon jelentős számban vannak — főleg az elítéltekkel közvetlen kapcsolatban levőknél — pszichés, neurológiai megbetegedések.

A büntetésvégrehajtási munka sajátos volta talán magyarázza a pszichés megbetegedések számának emelkedését és — bár senki sem mondja ki szívesen — a nem ritka alkoholizmust. Az alkoholizmus és a neurózis által képzett ördögi kör túlságosan szemérmesen kezelt probléma, amely számos esetben vezet FÜV-eljáráshoz, leszállékoláshoz. A felülvizsgáló bizottság — 1983-ban — 94 beteget minősített alkalmatlannak.

Gyógyüdülésben 22%-kal kevesebben vettek részt 1983-ban, mint 1982-ben, és ez a részvétel mindössze a gondozottak 12%-át érintette.

A betegforgalom éves adatai alapján emelkedett a járóbeteg-rendelésen a kórházi ellátásban résztvevők száma, a felmentési napok aránya.

A betöltetlen orvosi státusok, a gyakori személyi változások ellenére a személyi állomány egészségügyi ellátásának színvonala 1982-höz viszonyítva nem csökkent, sőt a szakorvosi ellátás területén javult.

A szám adatok azonban azt is tükrözik, hogy az 1983-as év a személyi állomány egészségi állapotában lényeges javulást nem hozott, sőt a sok helyen elő-

forduló létszámhiány fokozta a dolgozók pszichés, fiziológiai és fizikai leterheltségét.

Az intézeti jelentésekből kitűnik, hogy emelkedő tendenciát mutat a funkcionális idegrendszeri betegség; kevesen sportolnak, magas a személyi állomány átlagos testsúlya. A személyi állomány egyharmada elhízott, kétharmada dohányzik, negyede pedig rendszeresen fogyaszt alkoholt.

A büntetésvégrehajtás személyi állománya egészét érintő statisztikai adatokkal összehasonlítva a vezetői állomány egészségi állapotát, megállapítható, hogy a helyzet e téren valamivel kedvezőbb, rendszeres és majdnem teljes körű a szűrés, a gondozás. Ezt a munkát az Országos Parancsnokság orvosai mellett elsősorban a BM Korvin Ottó Kórház és Rendelőintézet főorvosai végzik.

Elgondolkoztató az a haláleset, amelynél az elhunyt 15 éves büntetésvégrehajtási szolgálata alatt súlyos magas vérnyomásban szenvedett, mégsem vette állapotát komolyan, nem élt a gondozás adta lehetőségekkel. A korunkra jellemző hajszolt életmód, a stresszes szituációk, a nemtörődömség önmagunk iránt, a betegség tudat hiánya tragikus eseményeket okozhat. Ezért, ha a beteg együttműködése hiányzik, akkor nem elegendő a kezelőorvos lelkiismeretessége és szaktudása, a korszerű egészségügyi technika és a szervezett gyógyító-megelőző ellátás biztosítása. A gyógyulni akarás a gyógyulás egyik alapfeltétele.



A személyi állomány gyógyító-megelőző ellátását és az egészségügyi dolgozók továbbképzését szervező, irányító és ellenőrző munkája során az egészségügyi osztály végrehajtotta a Szervezeti és Működési Szabályzatban meghatározott teendőit, valamint az osztály munkatervéből adódó feladatokat.

Megjelent a személyi állomány egészségügyi ellátását meghatározó szabályzat. Az egészségügyi osztály hatáskörébe került az egészségügyi alkalmasság másodfokon történő elbírálása.

A kidolgozás alatt álló fejlesztési program keretében számos kérdést, problémát kíván az osztály rendezni. A káderfejlesztési program megvalósításán túl arra törekszünk, hogy a büntetésvégrehajtás egészségügyi szolgálatánál alapkövetelmény legyen a szakképzettség, és érvényre jusson az erkölcsi elismerés mellett a megfelelő szintű anyagi megbecsülés is.

A közelmúltban végzett (nem az egészségügyi osztály által készített) kereseti összehasonlítás alapján az orvosok, az egészségügyi szakdolgozók fizetése meghaladja a büntetésvégrehajtási átlagot. Félrevezető, megtévesztő az ilyen jellegű statisztika, hiszen a büntetésvégrehajtásnál dolgozó orvosok, ápolók kereseti lehetősége messze elmarad az állami egészségügyi ellátás keretei között dolgozókéétól. Az 500-1000 forintos beosztási illetmény ugyanis nem egyenlíti ki a hálapénz hiányát.

A bv. egészségügyi szolgálata jelentős létszámhiány mellett oldja meg feladatát, annak ellenére, hogy az érvényben levő létszámnormatívák már régen túlhaladottak. A közeljövőben ezeket feltétlenül felül kell vizsgálni.

**Dr. Tóth Kovács János—Dr. Heylmann Katalin**

## A Szegedi Fegyház és Börtön személyi állományának orvosi ellátása

A személyi állomány ellátása a gyógyító-megelőző ellátás alapelvei szerint, az általános orvosi gyakorlatnak megfelelően történik. A gyógyító-megelőző ellátás óvja a lakosság egészségét, munkaképességét. Ha bekövetkezik az állapotromlás, akkor igyekeznek mielőbb helyreállítani a dolgozó egészségét, illetve igyekeznek a beteget más munkára alkalmassá tenni.

A személyi állomány a hivatásos állományból, a kinevezett polgári alkalmazottakból és a szerződéses polgári alkalmazottakból tevődik össze. Ez a hármas tagozódás számos sajátosságos, csak a fegyveres testületekre jellemző feladatot ró az ellátó orvosra.

Az egyenruhás állomány betegség esetén 100%-os illetményt kap a gyógyulásig, illetve tartós betegség esetén a nyugdíjba helyezéssel. A keresőképtelenségben tartás és a rokkantsági felülvizsgálatok lebonyolítása a BM Korvin Ottó Kórház felülvizsgáló bizottságán keresztül az intézeti orvos feladata.

A kinevezett és a szerződéses polgári alkalmazottaknál a feladatok a következők szerint alakulnak: az intézet dolgozóit az intézeti orvos tartja keresőképtelen állományban (a kinevezett polgári alkalmazottak négy hónapig szintén teljes fizetést kapnak), de a rokkantsági nyugdíj megállapítása már a polgári gyógyintézetek, illetve az Országos Orvosszakértői Intézet feladata.

Más a helyzet a vállalat, pl. Az Alföldi Bútorgyár polgári alkalmazottai vonatkozásában. Ők az intézet orvosánál — de a körzeti orvosnál is — jogosultak orvosi vizsgálatra, gyógykezelésre, gyógyüdülőbe utalásra stb. Keresőképtelen állományban viszont csak a lakóhely szerinti körzeti orvos tarthatja őket, nyugdíjba helyezésük, gondozásuk stb. ugyancsak a körzeti orvos feladata. Vállalati szinten ez számos problémát vet fel. A távollevő betegeket az intézet egészségügyi szolgálata nem ellenőrizheti, orvosi gyógykezelésüket nem irányíthatja, a távolmaradás okáról az intézet orvosa nem tud felvilágosítást adni.

Ezen tényezők előrebocsátása után vizsgáljuk meg az alapellátást végző orvosnak a személyi állománnyal kapcsolatos feladatait. Az általános orvosi ellátás keretén belül az orvos az egyén, a család, a bv. dolgozóiból alakult lakosságcsoport elsődleges, személyes és folyamatos egészségügyi gondozását végzi, tekintet nélkül az egyén korára, nemére, beosztására és betegségére.

A rendelés napi egy órában, a személyi állomány részére kialakított rendelésben történik. Évente átlagosan 1500 esetet látunk el. Keresőképtelen állapotba a dolgozók 14%-a kerül. A munkakiesés, a 4350 munkanap, megfelel az éves átlagnak. Kórházi ápolásra 13-14 beteg szorul, az ápolási napok átlaga pedig a kórházban évente 10 nap.

Gyógyüdülőbe 15 ember jut el egy év alatt, noha a BM Korvin Ottó Kórház Gyógyüdültetési Bizottsága által biztosított keret évekig 10 fő volt, az idén csak 4. Az említett bizottsággal nagyon jó munkakapcsolatban vagyunk, és ha valahol visszamondanak egy beutalót, mi kapjuk meg. A felülvizsgáló főorvos gyógybeutaló-javaslatait az engedélyezett kereten felül is teljesítik.

Az egy óra rendelési idő több okból is megvalósíthatatlan. A szolgálatot teljesítő örök például, ha rendelési időben őrhelyükön vannak, panaszukkal csak a szolgálatból való leváltásuk után tudnak az orvosi rendelésen megjelenni. A szakorvosi vizsgálatra küldöttek a szakrendelés végeztével ismét, még aznap felkeresik a rendelőt, hogy a gyógyszerrendelés, a szaktanácsadás, esetleg a keresőképtelen állománybavétel késedelem nélkül elintéződjön.

A rendelés általában problémamentes, de néhány, más rendelőre is jellemző negatív tünetet megemlítek. Különös magyar sajátosság, hogy ha például a rendelő felé jár a dolgozó bármilyen más okból, függetlenül a rendelési időtől, bekopog a rendelőbe „csak két receptet szeretnék felírtni!” jelszóval. Mindez még érthető, ha a gyógyszerre szüksége van, de számos esetben vadidegenek számára, megbízásból kérnek gyógyszereket. Ez már számos vitának képezte alapját, mert nyilvánvalóan elmarad a gyógyszerkiírás.

Nagyon nehezen lehetett az állományt rászoktatni arra, hogy a rendelőben kikérdezés, vizsgálat, gyógyszerfelírás folyik az említett sorrendben. Gyakran ez volt a beteg első mondata: kérek egy beutalót a belgyógyászatra, a röntgenre stb. Ha megkérdeztem, hogy miért kéri, még ő lepődött meg. Ma ilyen probléma egy-két dolgozótól eltekintve a helyes gyakorlat, felvilágosítás eredményeképpen már nincs.

Az alapellátás a beteget mint egészet tartja számon, testi, lelki, szociális, környezeti problémáival együtt. A gyógyító-megelőző ellátás egyik legfontosabb módszere a lakosság szűrése és gondozása. Ez a két fogalom egyazon orvosi tevékenység két különböző formája.

A szűrés egy adott pillanatban jellemzi a dolgozó egészségi állapotát, de ha a dolgozónál egészségkárosodást tapasztalunk, attól a pillanattól kezdve a szűrés gondozást is jelent. E két fogalom különválasztása ellentétes az orvosi gondolkodással. Évente a dolgozók 80–85%-a valamilyen okból legalább egyszer megjelenik a rendelőben, ekkor (ha már ügyis itt van) elvégezzük a szűrést is. Ez nem megterhelő sem a dolgozónak, sem az orvosnak. Berendelni csak azt a 10-15%-ot kell, akik egész évben elkerülik az orvosi rendelőt. Főleg az idősebb korosztályra jellemző az a szemlélet, hogy orvoshoz csak akkor kell menni, ha már szinte jární sem tud az ember.

A gondozás elengedhetetlen feltétele a folyamatos ellátás. Ennek teljes megvalósítása az érvényben levő betegellátási szabályok szerint lehetetlen.

Az egyenruhások közül a vidékről bejárók csak szorosan a szolgálati idő alatt tartózkodnak az intézetben, a szolgálat leteltével vidéki lakásukra távoznak. A vidékről bejárók családi, szociális problémái az orvos előtt nem, vagy csak alig ismertek. Még rosszabb a helyzet a vállalat polgári alkalmazottait illetően, akik csak közvetlen betegellátás céljából keresik fel az intézeti orvost, de már táppénzre is a körzeti orvos írja ki őket.

A börtönorvos hatáskörében maradnak a helyben lakó egyenruhások és az intézeti polgári alkalmazottak, az összállomány alig több mint 40%-a. Ezt a 40%-ot lehetséges maradéktalanul és felelősségteljesen gondozni.

A beteg az észlelt tüneteket panaszolja, de ezek hátterében sokszor mélyebb félelemérzés van, például a mellkasfájdalom esetében a női betegek általában mellrákot feltételeznek. Hiába a negatív leletek halmaza, ha az orvos nem tudja betegét megnyugtató feltételezései valótlanságáról. A rendelőben megforduló betegek kb. egyharmada pszichoszomatikus bajok miatt jelentkezik.



Nyilvánvaló, hogy a betegek gondozásba vétele nagy felelősséget ró az orvosra. Máiig sem tisztázott kérdés, hogy kit, mikor rendeljen be gondozásra. Mi jelent nagyobb veszélyt, a betegségtudat felszínén tartása, vagy a ténylegesen meglevő szervi elváltozás? Közel 30 éves orvosi gyakorlatom alapján sem tudok erre a kérdésre egyértelmű választ adni.

Biztos, hogy a gondozási munka legfontosabb mozzanata a tapintat. Nyilvánvaló, hogy ha a beteg pszichés állapota az adott pillanatban kiegyensúlyozatlan, akkor a vizsgálat eredményeit óvatosabban kell vele közölni, a „nil nocere!” azaz a „ne árts!” elvet figyelembe véve, mintha harmonikus lelkiállapotban van az ellenőrzést végző orvos előtt. Alapelvem: az életkorral járó betegségek ellenőrizendők, az ettől eltérőek gondozandók!

Szeged városának jól szervezett gondozási hálózatával egészségügyi szolgálatunk jó kapcsolatban áll. Az Alföldi Bútorgyár egyes üzemrészeiben a magas zajszint miatt gyakran lép fel halláskárosodás. A dolgozók audiológiai szűrővizsgálata most fejeződött be, értékelésük most van folyamatban. A Szegedi Fül-Orr-Gége Klinikán folyamatosan történik a halláscsökkenést szenvedett dolgozók gondozásba vétele. Az intézet vezetése arra törekszik, hogy a gépek zajszintje minél jobban csökkenjen.

Az állomány — munkája jellegénél fogva — fokozott idegi megterhelés közepezt dolgozik. Az őri állomány megterhelését állandó jelleggel növeli például a krónikus őrihiány, ami miatt az örök családi életüket sem tudják tervezni, mert a szolgálati feladatok ellátása gyakran az eredeti beosztástól eltérően alakul.

Orvosilag is érzékelhető, hogy az örök 35%-a nem Szeged területén, hanem a környező községekben lakik. Miután a család többsége mezőgazdasági jellegű (bogartermesztés, állattartás stb.) kiegészítő tevékenységet folytat, a munkáját befejező dolgozó hazatérve idejét nem pihenésre fordítja, hanem második műszakba kezd, aztán fáradtan folytatja a szolgálatot. Ez a fáradtság részben idegrendszeri panaszokban csapódik le, részben pedig szervi elváltozásokat, különösen szív-, reumás jellegű és gyomorpanaszokat idéz elő.

Ez a kétlaki élet különösen veszélyes az elítéltekkel közvetlenül foglalkozó bv. dolgozóknál: a felügyelői állománynál és a bútorgyári művezetőknél. Náluk fokozottan jelentkezik a fizikai és idegi megterhelés. Ez nagy probléma Szegeden, ahol a legveszélyesebb elítéltek, így az életfogytig tartó szabadságvesztésre ítélték, a súlyos, erőszakos bűncselekmény miatt hosszú időtartamú szabadságvesztésre ítélték vannak elhelyezve. Ahol magas a cigány elítéltek száma, nagy létszámú a gyógyító-nevelő csoport is.

Az őri állomány létszámihiánya miatt csökken a készenléti szolgálatos örök száma, és így előfordul, hogy az őrtoronyban szolgálatot teljesítő őrnök esetenként még természetes szükségletét is vissza kell tartania, mert nincs, aki leváltsa.

A melegről hidegbe való kimenetel miatt magas a légúti megbetegedésben szenvedők, ezen belül a tüdőgyulladásos örök száma. Ugyancsak gyakori, főleg az idősebb korosztálynál a reumás jellegű megbetegedés. Több ór idő előtt rokkantsági nyugdíjba kényszerül. Megdöbbentően sokan halnak meg röviddel a nyugdíjazás után. Évente átlagban 60 ór 2400 napot tölt keresőképtelen állományban, ez 7 fő távollétét jelenti naponta.

Keressük a rehabilitáció minél hatásosabb formáit. Szeretnénk elérni azt, hogy az orvosnak joga legyen a dolgozót (szándékosan nem írtam beteget) bizonyos szolgálati idő eltöltése után egészségügyi pihenőre küldeni, kötelezni. A pihenő időtartamát egyénileg állapítanánk meg. Sokkal több dolgozó számára kellene ugyanakkor gyógyüdülést biztosítani, akár saját pénzügyi keretünk terhére, üdülőházak vásárlásával.

Az új felvételi rendszerrel (fiatal bevonulókat alkalmazunk őrnök) az állomány nagymértékben fiatalodik. Megoldandó feladat, hogy ezek a fiatal örök fi-

zikai erejüket szinten tudják tartani. Ez leginkább szervezett sportfoglalkozások keretében lenne elérhető.

Égészségügyi szolgálatunk jó munkakapcsolatban van a szakorvosi hálózat-  
tal. Az intézetnek — mondhatni — kiépített „házi orvosi” hálózata van, minden  
szakon van legalább egy jól képzett szakorvos, aki a területi beosztás merev sza-  
bályait rugalmasan kezelve besegít a szakorvosi ellátásba. Mellékállású szemész,  
ideg-elmegyógyász, röntgenszakorvos jár be az intézetbe, belgyógyász, bőrgyó-  
gyász, gégeész konziliáriusunk van. Szakorvosi beavatkozásokhoz is megfelelő  
rendelők módját ad arra, hogy dolgozóinkat házon belül is ellássuk.

Intézetben belül végezzük a gépjárművezetői jogosítványok orvosi érvényesí-  
tését, mód van labor-, röntgen-, ideg-elve-, szemész-, bőrgyógyászati, fül-orr-gé-  
ge- és EKG-vizsgálatok elvégzésére is. 1981 óta nyugdíjas dolgozóink is igénybe  
veszik rendelőnket. Az alapellátáson kívül, lehetőségeinkhez mérten segítjük  
őket a szakorvosi vizsgálatoknál. Kaphatnak beutalókat a gyógyüdüdőbe (a már  
jelzett többletbeutalások egy részét ők veszik igénybe), valamint igénybe vehetik  
a fogászati ellátást is.

A dolgozók fogszakorvosi ellátása intézetben belül, hetente egy napon (pén-  
teken) történik. Főfoglalkozású fogszakorvosunk kizárólag a személyi állományt  
fogadja. Az egyenruhás és polgári alkalmazottak nagy számban veszik igénybe  
ezen szakorvosi ellátást, hisz az állami egészségügyi ellátásnál rövidebb idő alatt  
készülnek el a fogtechnikai munkák.

Az orvosi rendelő jól felszerelt. A műszerek karbantartását — az anyagi  
szolgáltatón keresztül — a szegedi javító vállalatok végzik. A szükséges kémiai  
szerek, ambuláns gyógyszerek beszerzése alkalmasszerűen történik.

Az állami győgyintézetekkel, az egészségügyet szolgáló társadalmi szerveze-  
tekkel való kapcsolataink eredményeként a megyei Véradó Állomás évente egy-  
szer, a Tüdőgondozó Intézet évente kétszer kiszáll intézetünkbe térítésmentes  
véradás, illetőleg szűrés céljából. Önkéntes véradóként a dolgozók 10%-a ad vért.  
Ezen felül évente kétszer-háromszor életveszély esetén, illetve nagy műtétek, fő-  
leg szívűműtétek előtt a Véradó Állomásnál nyilvántartott véradóink meghatáro-  
zott vércsoportú vérszűkségletkor kollektív véradáson vesznek részt.

Sok véradónk túl van már a 25. véradáson. A tüdőszűrések is meghatározott  
időben történnek, a részvétel gyakorlatilag teljes.

Az egészségügyi szolgálat dolgozói a rendelkezésekben előírtak szerint rendsze-  
res továbbképzésen vesznek részt. Az orvosok az Orvostovábbképző Intézet által  
szervezett tanfolyamokat veszik igénybe, a témákat szabadon választják meg.  
Különösen jók a társadalom-orvostan kurzusai. Itt az intézet vezető orvosai jó öt-  
leteket kapnak aktuális szervező-tervező munkájukhoz. Középkádereink tovább-  
képzése a Megyei Egészségügyi Osztály továbbképző tanfolyamain történik.

Összegezésként az alapellátást igénybe vevő bv. dolgozók jobb egészségügyi  
ellátása érdekében az orvosnak meg kell valósítania:

- a felelősségteljes, hosszú távú gondozási tevékenységet,
- a heveny betegségek esetén a rendelőbeni ellátás mellett a háznál történő  
kezelést,
- a gondozott beteg problémáinak, a kórlefoiyás szociális hátterének meg-  
ismerését,
- a más szakmákkal való jó együttműködést,
- a középkádereknél egy alapellátó team létrehozását, karöltve az állami  
alapellátó egészségüggyel, megteremtve az optimális információcserét, hogy elke-  
rülhető legyen a fölösleges szakrendelés és a gyógyszerek felhalmozása.

A fent említett objektív nehézségek ellenére megoldott intézetünk személyi  
állományának orvosi alapellátása.

**Dr. Szabó Imre**

## Az egészségügyi ellátást befolyásoló pszichés tényezőkről

A büntetésvégrehajtás keretei között folyó és annak adottságai által meghatározott egészségügyi munka során sem mellőzhető az a felismerés, mely szerint a betegségek keletkezésénél és lefolyásánál a pszichés tényezők jelentős szerepet játszanak.

Az e felismerésen alapuló gyakorlatot támogatják az 1979. évi 11. sz. törvényerejű rendelet és a hozzá kapcsolódó Bv. Szabályzat rendelkezései, amelyek egyúttal jelzik az egészségügyi szolgálat megnövekedett jelentőségét is. Alig van most már olyan terület a büntetésvégrehajtás rendszerében, amely az egészségügyi szolgálattal való kapcsolatot ne igényelné, és megfordítva: szinte nincs is olyan egészségügyi tevékenység, amelyben más szolgálati ág valamilyen módon részt ne vállalna. A 101/1981. IM sz. utasítás mellékletét módosító 119/1983. IM sz. utasításban foglaltak szerint az intézeti orvosnak az általános betegellátáson túl biztosítani kell a gyógyító-nevelő csoportban elhelyezett elítélt pszichiátriai gyógykezelését, sőt szükség esetén kihelyezésük után is fokozott figyelemmel kell őket kísérni, gondoskodva fenntartó kezelésükről. Ezzel a pszichiátriai gondozás — a polgári egészségügyet messze megelőzve — bevonul a büntetésvégrehajtás egészségügyi alapellátásának munkaköri kötelességei közé.

Nagy előrelépés ez, ha visszagondolunk arra az időre, amikor a szakmai vezetés az orvos és ápoló számára egyaránt szigorúan előírta az elítélttel szembeni maximális távolságtartást.

Azóta számos változásnak lehettünk tanúi, a nevelési célok megvalósítása érdekében. Az értelmi-kulturális, az erkölcsi-akarati, valamint a társadalmilag hasznos tevékenységre való nevelés ez idő tájt már nem egy szolgálati ág gondja, hanem az összes szolgálati ág együttes, összehangolt feladata.

Szervesen illeszkedik ebbe a programba az egészséges életmódra nevelés, amelyről a Büntetésvégrehajtási Szabályzat külön is említést tesz; hangsúlyozza a dohányzás, a szeszesital-fogyasztás ártalmait, s kiemelve az egészséges testmozgás preventív<sup>1</sup> jelentőségét. Valóban, ebben a tekintetben a leghatásosabb érv az egészségügyi szolgálat kezében vannak: a rendelőben és a betegágynál a mulasztások következményeire az orvos mindjárt rámutathat, s a gyógyító munkához kapcsolódva az egészséges életmód előnyei nagyobb hangsúlyt kapnak, mintha csupán egészségügyi felvilágosító előadások keretében taglalnánk azokat.

A személyiség védelmét szolgálja a 11-es tvr. 21. §-ának (1) bekezdése, amely szerint „az elítéltet emberséges bánásmódban kell részesíteni, emberi méltóságában megsérteni nem szabad”. „Az emberi méltóság az ember személyiségének elválaszthatatlan része; az ehhez való jog nem szűnik meg a szabadságvesztés végrehajtása alatt sem.”

<sup>1</sup> preventív: megelőző, elhárító

A preventív mentálhigiénés<sup>2</sup> szemlélet és a személyiséget is figyelembe vevő betegcentrikus gyógyító magatartás a büntetésvégrehajtási pedagógia mellett olyanira kifejlődött, hogy napjainkban már méltán beszélhetünk a büntetésvégrehajtás nevelésfejlesztési koncepciója nyomán az egészségügy új koncepciójáról is. Ez az új koncepció az egyes betegségek keletkezésében, a börtönveliselő képesség alakulásánál számításba veszi a pszichés tényezők hatását is, valamint felismeri, hogy a személyiségnek jelentős szerepe van a kórkép lefolyásában. Fontosnak tartja, hogy a modern gyógyító eljárások alkalmazásakor a megfelelő pszichés ellátás és bánásmód módszerei is érvényesüljenek, és úgy véli, elemzésre szorul a gyógyító és gyógyított, az orvos, ápoló és a beteg személyisége, valamint kapcsolata.

Az elítélttel szemben csak az ítéletben meghatározott joghátrányok érvényesíthetők. Tehát a fogvatartottnak értelemszerűen joga, hogy a tudomány jelenlegi állásának megfelelő színvonalon gyógykezeljék. Nemcsak az orvosnak, hanem az ápolónak is kötelessége, hogy szakmai ismereteit megőrizze és munkájában érvényesítse.

Ugyanakkor se az orvos, se az ápoló nem feledkezhet meg arról, hogy gyógyító tevékenységét sajátos környezetben, különleges populáción<sup>3</sup> végzi, és hogy a börtönben végzett egészségügyi munka sajátos ismereteket, speciális tapasztalatokat, szociológiai jártasságot, sőt diplomáciai érzéket is igényel. Ezért az egészségügyi dolgozónak tudnia kell, milyen a börtön mint élettér és mint munkaterület. Fel kell térképeznie a különböző lelki alkatú egyénekre gyakorolt hatását, és nem árt, ha ismeri az elítélt kriminális anamnézisének<sup>4</sup> adatait.

Valamiféle álszemérem vagy hamis értelemben vett „szakmai tisztaságra” való törekvés sok orvost megakadályoz abban, hogy tájékozódjon a kezelt elítélt bűncselekményéről, pedig jó, ha az orvos tudomásul veszi, hogy beteget törvénysértő, maga pedig egy büntetésvégrehajtási intézet dolgozója. A fent említett magatartás burkolt elutasítása a szerényebb szakmai tekintéllyel rendelkező, anyagi sikerekkel kevésbé biztató börtönorvosi státusnak. Foglalkozási ártalomhoz, neurózishoz vezethet, ha ennek tudatosítása elmarad. Szembe kell nézni a valósággal, hiszen ezen a munkaterületen is lehet maradandót alkotni, különösen napjainkban. Az orvosi munkakört annak jellegzetességeivel együtt kell vállalni.

Fontos tehát, hogy az orvos minden esetben rákérdezzen a cselekményre, az ítélet időtartamára és az addig letöltött idő mennyiségére. Ha ismeri a börtön elítélt-összetételét, a börtönben folyó munkáltatás gondjait: az még jobb. A bűncselekmény rávilágíthat a fogvatartott személyiségére, elsajátított, begyakorolt magatartási stratégiáira, alapját képezi a róla alkotott véleménynek — amely visszahat reá, és vagy pozitív vagy negatív irányban, de befolyásolja önértékelését —, és ezen keresztül megszabja börtönön belüli pozícióját és közérzetét.

Ne gondoljuk, hogy a rossz közérzet fokozza a börtön elrettentő hatását, illetve az egyéni prevenció hatékonyságát. Éppen ellenkezőleg, a szorongás csökkenti a börtönveliselő képességet, talaján különböző kóros elmeállapotok fejlődhetnek ki, és az általa okozott gátlás hozzáférhetetlenné teszi az elítéltet, alkalmatlanná teszi arra az intellektuális tevékenységre, amely a szociálpozitív elhatározások kialakulásához, megerősödéséhez és az ezeknek megfelelő magatartás-módok kiépítéséhez szükséges.

A börtönveliselő képesség alakulása szempontjából nem közömbös, hogy elsőbűnténnyel vagy visszaesővel van-e dolgunk, hogy a fogvatartott erőszakos vagy közmegejtéssel járó cselekményt követett-e el, és melyik bv. intézetben, mi-

<sup>2</sup> mentálhigiéné: lelki egészségügy, a lelki folyamatok kóros elváltozásának megelőzésére törekvő orvostudományi ág

<sup>3</sup> populáció: népesség, lakosság

<sup>4</sup> kriminális anamnézis: bűnügyi kórelőzmény

ilyen kategóriának megfelelő körülmények között, milyen elitáltak társaságában tölti büntetését. Mindezen tényezők ugyanis meghatározó jelentőségűekké válhatnak a kudarctűrés, illetőleg az affektivitás<sup>5</sup> ingerküszöbének alakulásánál és ezzel kapcsolatosan bizonyos kórképek keletkezésénél.

A külső környezet által kiváltott feszültségek, a fel nem dolgozott nézeteltérések, diszkomfort<sup>6</sup> érzések úgynevezett pszichoszomatikus<sup>7</sup> kórképeket hozhatnak létre, a testi megbetegedések viszont az érzéseket, élményeket, magatartásokat befolyásolják szomatopszichés<sup>8</sup> irányból. Az érzelmi tényezők a vegetatív idegrendszeren<sup>9</sup> keresztül hatnak, és ennek megfelelő tüneteket (verejtékezést, remegést, szívdobogást, simaizom-görcsöt, fokozott szekréciót<sup>10</sup> stb.) váltanak ki. Megfigyelhető, hogy ilyen működészavarokra elsősorban a korábban károsodott, sérülékenyebb belső szervek hajlamosak. Különösen a hosszan tartó feszültség, szorongás vagy a hirtelen támadt, de ki nem fejezhető düh, harag, agresszív indulat szerepelhet kiváltó okként.

A lezajlott betegségek egy-egy tünete feltétele reflex módjára rögzülhet, és megfelelő ingulatok hatására aktiválódhat. Maga az élethelyzet, annak konfliktusai, de kóros fantáziák is kifejeződhetnek szimbolikusan a testi panaszokban.

Az elitáltak között sokkal inkább fellelhetők a vegetatív betegségek létrejöttének feltételei, mint az átlag népességnél. Sok közöttük az állami gondozásban nevelkedett, szeretetet, melegséget mindvégig nélkülöző, szociálpozitív példaképekkel nem rendelkező, agresszív megoldásokra hajlamos egyén, akinek életútját a perifériára szorultság, a csökkent feszültségelviselés és sikertelenség jellemzi.

Napjainkban az elitáltak számának növekedése maga után vonta az egészségügyi szolgálat nagyobb mérvű igénybevételét, ami különösen azáltal vált megterhelővé, hogy megszorodtak az ideges panaszokkal jelentkező elitáltak. Itt feltételenül megemlítendő az a veszély, amit az alacsonyabb értelmi fejlettségű, csökkent tűrőképességű, robbanékony, agresszív kitörésekre hajlamos, erőszakos bűnelkövetők zsúfolt elhelyezése rejt magában, különösen ha foglalkoztatásuk sem megoldott. A zárka mélyén folyó csetepaték először egymás lelki és testi épességét, majd a felügyelet biztonságát is veszélyeztethetik. A megterhelés fokozódásával a szolgálati tevékenység hibalehetősége nő, bekövetkezik a kimerülés és megjelennek a pszichoszomatikus tünetek a személyi állomány soraiban is.

Az a munka, amelyben örömet leli az ember, nem fárasztó. Ezért a kapkodás, felületesség, a fásultság, különösen pedig az ápoló-beteg kapcsolat elszemélytelenedése ellen tudatosan küzdeni kell.

Az utóbbi időben sokat javult az egészségügyi kultúra, de az érzelmi konfliktusokkal küszködő neurotikus elitált még most is legtöbbször magára marad. A gyógyító-nevelő csoport nem nyílik meg előtte, hiszen él még az a hagyományos védekezés, miszerint a személyiségzavarban szenvedők igazában gyengeelméjűek. Pedig mindenki által ismert tény, hogy a fogvatartott a szabadságvesztéssel együttjáró kellemetlenségek megoldására előszeretettel választja a „betegségebe való menekülést”. Nem könnyű tehát megkülönböztetni a jogos igényt a jogtalan követeléstől.

A beteg részvétel, együttérzés igényel ápolójától, és ez a börtönben sincs másként. A különbség talán csak annyi, hogy a szavaknak itt nagyobb jelentőségük van, mint másutt: határozott fellépéssel, türelemmel, bölcs tanáccsal, a helyzet tárgyilagos megvilágításával néha többet használhatunk, mint bármiféle gyógyszerrel, kezeléssel vagy fegyelmező intézkedéssel.

<sup>5</sup> affektivitás: érzelmi telítettség

<sup>6</sup> diszkomfort: kényelmetlen

<sup>7</sup> pszichoszomatikus: lelki-testi

<sup>8</sup> szomatopszichés: testi-lelki

<sup>9</sup> vegetatív idegrendszer: az idegrendszernek a vegetatív szervek működését többnyire akarattunktól függetlenül irányító része

<sup>10</sup> szekréció: elválasztás, a mirigyeknek a váladékok kiválasztásában megnyilvánuló működése

Amikor egy egészségügyi dolgozó büntetésvégrehajtási intézményhez kéri felvételét, mindig fel kell világosítani arról, hogy mit jelent az állami egészségügyi szolgálat képviselőjének lenni, és mit jelent, ha valaki a büntetésvégrehajtás egészségügyi apparátusának tagja. Fel kell hívni a figyelmet a fogvatartottakkal való bármásmód sajátosságaira és arra, hogy a gyakorlatban — mindkét irányban — igen sok a túlzás.

Vannak rendszeresen, alaptalanul panaszkodó elítéltek, akik összeférhetetlen magatartásuk miatt állandóan konfliktusba bonyolódnak zárkán és munkahelyen egyaránt, sőt visszaélnek az egészségügyi szolgálat emberséges és segítőkész magatartásával. Tévesen értelmezett humánus ilyenkor ez elítéltet az egészségügyi elkülönítőben visszatartani, ugyanis így megnehezítjük a helyzet ésszerű rendezését, megerősítjük az elítéltet felelősséget nem vállaló, következményeket elkerülő magatartásában, sőt kívánatosá tesszük az ilyesfajta megoldásokat a többi elítélt előtt.

Működünk együtt a felügyelettel annak megakadályozásában, hogy a fogvatartottak az egészségügyi vizsgálat, a gyógykezelés vagy várakozás céljaira szolgáló helyiségeket üzenetközvetítések, csereüzletek, egymás közötti találkozók céljára használják fel.

Az egészségügyi szolgálat észlelni tud olyan megnyilvánulásokat, amelyekből rendkívüli eseményre, például szökésre lehet következtetni. Egyenes közlésre ritkán lehet számítani. De a zárkaközösségből, amely szökésre készül, már napokkal korábban megfigyelhető a szökésből kimaradni szándékozó tagok pánikszerű menekülése — fogdára, elkülönítőre, kórházba — akár öncsonkítás, akár egyéb manipuláció árán. Sok esetben még a környezet is elvándorol. A házimunkás, az írnök, a közösségvezető, az elítélt brigádfőnök hetekkel előbb kéri egészségügyi vagy egyéb okból történő leváltását.

Kiváló alkalom az információszerzésre, ha az ápoló a körleten megjelenik a gyógyszerosztás alkalmával. A társak által rettegésben tartott elítélt sok esetben az ápolónak mondja el sanyargatott helyzetét, kedvező esetben még az önkárosítás előtt, de sokszor már csak azt követően.

Fontos tájékoztatást adhat az orvos olyan elítéltekről, akik látszólag beilleszkednek, leplezik szándékaikat, de valójában hajlamosak arra, hogy másokat zsaroljanak, mások testi épségét veszélyeztessék, másoknak lelki gyötrelmet okozzanak.

Az elítéltek nem szoktak beszámolni a közöttük dúló hatalmi harcokról. Ilyenekre leginkább az egészségügyi szolgálat tagja tud következtetni a fogvatartotton észlelt külsérelmi nyomokból. Így vezethet el egy külsérelmi nyom a megfelelő veszélyességi fok megállapításához, ami nélkül nincs differenciált őrzés. Így egészítheti ki a személyiségképet egy külsérelmi nyom a sikeresebb befolyásolás érdekében.

Különösen a fiatalkorú elítélteknél van nagy jelentősége az egészségügyi szolgálat együttműködésének a nevelési szolgálattal, a börtönben elkövetett testi sértések felderítésénél.

A Bv. Központi Kórház mint magas szintű szakellátásra képesített komplex kivizsgáló és gyógyító intézmény, helyzeténél fogva is alkalmas arra, hogy mind az általános megelőzésben, mind a következményes szankcionálásban az illetékes hatóságok segítségére legyen.

A fiatalkorúak 67%-a erőszakos bűnelkövető. Sok közöttük a szellemi fejlődésben visszamaradott, gátlástalan, indulatvezérelt egyén, aki a konfliktusokat csak tettelegességgel tudja rendezni. Különösen a havi „speizosztás”, a bevásárlás idején igényel a körlet fokozott felügyeletet, amikor az adósságok, kölcsönök, kamatok behajtásának, cseréjének, az úgynevezett hadisarcok szedésének ideje dül.

A tettegességre vetemedők természetesen mindent megtesznek, hogy cselekményük rejtve maradjon. Az elítélt sokszor még az intézeti orvos, illetve a Bv. Központi Kórház orvosa előtt sem fedi fel támadóit. Amikor pedig a röntgenvizsgálat fényt derít az esetleges csontrepedésre, a kórterem többi, felnőttkorú elítéltségének közreműködése segít a valóság feltárásában.

A jó együttműködés ilyenkor megkívánja az orvostól nemcsak a sérülésnek, illetve törésnek pontos leírását, hanem az előzmények rövid ismertetését is, és nem utolsósorban az illetékes nevelővel való kapcsolat felvételét. A modern betegcentrikus szemléletnek tehát nem szabhatnak gátat a börtön falai sem.

Aki régen dolgozik a bv. egészségügyi apparátusában, annak okvetlenül fel tűnik, hogy a természet elleni fajtalanság büntetettét elkövetett fogvatartottak a legsúlyosabb módon, sorozatosan képesek önmagukat károsítani. Tanulmányozva az ilyen elkövetőkkel kapcsolatos szokásrendszert és belső törvényeket, fény derül arra a — szigorúan tilos és Btk. által is büntetni rendelt, de az elítéltek között mégis előforduló — megtorló magatartásra, amely szerint a homoerotikus büntetett elkövetett fogvatartott — testi erejétől függően — szabad prédája a zárkatársak kielégítetlen szexuális ösztöneinek.

Tehát amiben vétkezett, abban szinte nap mint nap megbűnhődik mindaddig, amíg nem sikerül elérnie, hogy más börtönbe szállítsák. Ezt legtöbbször öncsonkítással éri el. A megelőzést minden orvosi beavatkozásnál jobban szolgálhatná büntetésének titokban tartása, kódolt megjelölése a nyilvántartási anyagban. A korszerű gyógykezeléshez az öncsonkítók, a „falcolók” esetében is hozzátartozik a helyi érzéstelenítés. Az elítélt autoagresszív cselekedeteit<sup>11</sup> indulatok által beszűkített tudatállapotban követi el, amikor külső ingerek nem férnek hozzá. Ilyenkor nem érez fájdalmat, az önmagán ejtett metszéseket nem érzi. Mire azonban az orvos elé kerül, ez a helyzet megváltozik, és az elítéltnak nemcsak helyi érzéstelenítésre, de nyugtató injekcióra is szüksége van, arról nem is beszélve, hogy az elítélt a megtorlást nem az orvostól várja.

Az orvosnak ismernie kell a börtönviszonyok között lehetséges válsághelyzeteket, azok okait és patomechanizmusát<sup>12</sup>. Krízishelyzetek által felzaklatott lelkiállapotok rendezését nem hagyhatjuk az elkülönítő vagy a fogda őrszolgálati beosztottjára még akkor sem, ha az már a nevelő szolgálati alárendeltségébe tartozik. Ilyen helyzetben a pedagógiai eszközök is hatástalanok. Felesleges és költséges megoldás ilyenkor az elítéltet kórszállítással az IMEI-be küldeni, mert mire megérkezik, már a dühöngést felváltó magába roskadás is elmúlik, és az ambulancián dolgozó orvos már csak egy tisztelettudó, csendes elítéltet talál, aki „magam sem tudja, miért küldték oda”.

Előfordul az is, hogy a fogvatartott társai durvaságától és a felügyelet túlkapásaitól szenvedő ártatlan áldozatként tünteti fel magát, komoly dilemma elé állítva a börtönviszonyok között járatlan orvost. Hogyan helyezze el betegét az amúgy is zsúfolt neuropszichiátriai osztályon, különösen ha öngyilkossággal fenyegetőzik. Emellett gondoljuk végig a szállításparancsnok, a gépkocsivezető és a kísérő őr helyzetét! Mindent összevéve, a válsághelyzetek megoldását, szakkifejezéssel a krízisintervenciót az intézeti orvosnak kell magára vállalnia.

Az orvos mint az intézetparancsnok közvetlen munkatársa, a megelőzés területén nyújthatja a legnagyobb segítséget. Amikor például megmagyaráz olyan jelenségeket, amelyek orvosi alapismerek hiányában könnyen félreérthetők, és az így hozott döntések nemkívánatos következményekhez vezethetnek.

A konok, fásult, befolyásolhatatlan elítélt a büntetésvégrehajtás nagy teher-tétele. Az orvos észleli elsőnek azt az állapotot, amikor a fenyegetés már nem hat,

<sup>11</sup> autoagresszív cselekedet: önmaga ellen irányuló erőszakos cselekedet

<sup>12</sup> patomechanizmus: kórműködés

mert az egyén elérkezett felfogó és reagáló képességének határához. Ekkor a gyógyító tevékenységnek már meg kell előznie a nevelést.

Bevált módszere a kényszerközösségtől való szabadulásnak, ha az elítélt eléri, hogy az oktatás alól egészségi okok miatt felmentést kapjon, mert így a műszakból is áthelyezik. Ilyenkor panaszkodik a fogvatartott szédülésre, fejfájásra, feledékenységre, s hiába minden gyógyító vagy fenyítő beavatkozás, ha a valódi konfliktust nem tudjuk megoldani.

Konfliktus okozójává válhat a fokozattól való eltérés is, a munkáltatás érdekében. Az elítélt, akit a speciális munkakör betöltése miatt szigorúbb fokozatban helyeztek el, gyakran mindent megpróbál, hogy a fokozatának megfelelő intézetbe kerüljön. Mivel a munkamegtagadás szigorúan szankcionált cselekmény, egészségi okokkal próbálkozik. Ennek a kórformának a kezelése sem tablettával történik. A megoldást a probléma feltárása és a különböző szolgálati ágak együttműködése jelenti.

Ugyanakkor a szolgálati ágak tevékenységének hiányosságai, a nem megfelelő együttműködés következményei az egészségügynél jelentkeznek és eredményeznek többletterhelést.

**Dr. Tóth Kovács János—dr. Menning Éva**



## A fogvatartottak munkába állításának egészségügyi kérdései

A szocialista társadalom törvényei minden magyar állampolgárra vonatkozóan előírják a munkához való jogot és kötelességet. Az igazságügy-miniszter 101/1981. számú utasításának 268. § (3) bekezdése szerint ugyanezek a jogok és kötelességek megilletik az elítéltet is.

A büntetésvégrehajtási testületnek a munkáltatás során a népgazdasági érdekek feltétlen szem előtt tartása mellett kell megteremtenie és működtetnie a teljes körű foglalkoztatás rendszerét. A munkáltatás szabályait be kell tartaniuk az elítélteknek, a szigorított őrizeteseeknek, továbbá azoknak az előzetesen letartóztatottaknak, akik saját kérelmükre végeznek munkát, vagy akiket a bíróság a nem jogerős ítélet után munkavégzésre kötelezett.

Munkáltatás három helyen folyik:

- a büntetésvégrehajtás saját vállalatainál,
- az országos, illetve megyei intézetekben és
- külső munkahelyeken.

A munkáltatás jelenlegi rendszerében a fogvatartottak nevelése szempontjából fellelhetők bizonyos hiányosságok, ellentmondások. Sok a szakképzetlen elítélt, aki nem szokott hozzá a rendszeres és folyamatos munkavégzéshez, nehezen alkalmazkodik a nagyüzemi munka követelményeihez. Ugyanakkor az üzemekben a népgazdasági érdekek jobban érvényesül, mint a nevelési célkitűzés.

Az üzemek szűk, behatárolt termelési szerkezete és profilja (például a labdarúgás, kézikötélfonás) egyfelől még a szakképzettek foglalkoztatását is korlátozza, másfelől az itt szerzett szakmai ismeret akadályos lehet a szabad életbe való visszailleszkedésnek, ha az elítélt a kitanult szakmában nem kap állást. Kevés az anyagi, erkölcsi ösztönzés, alacsony a teljesítményhez szorosan kapcsolódó jutások aránya. Ezen visszasságok ellenére a fogvatartottak teljes körű munkáltatása önérték.

A fogvatartott munkába állítása előtt a MÁB (a Munkába Állítási Bizottság) dönt arról, hogy a fogvatartottat milyen munkakörben lehet és kell foglalkoztatni.

Az intézet orvosa is MÁB-tag. Bár nem ő dönt, véleménye, melyet írásban is előterjeszthet, fontos a fogvatartott további sorsát illetően. Míg a MÁB többi tagja őrzésbiztonsági, nevelési és népgazdasági szempontok figyelembevételével ítél, addig az orvos kizárólag az egészségi állapot szem előtt tartásával határoz. Ennek természetesen az a következménye, hogy az érdekellentétek ütköztetése után viták, problémák jelentkeznek a munkaerő elosztásánál.

Egyértelmű, hogy súlyosan beteg vagy munkavégzésre képtelen elítéltet nem lehet munkára beosztani. Gondot okoz a csökkent munkaképességűek foglalkoztatása is. Az orvos ugyan javasolja, hogy az általa csökkent munkaképességűnek ítél fogvatartottat csökkentett munkaidőben kell foglalkoztatni, vagy a nehéz fi-

zikai munka végzésére alkalmatlan fogvatartott részére könnyű ülő munkát kell biztosítani. Am javaslatával sokszor megoldhatatlan helyzet elé állítja az intézet vezetését, tekintve, hogy például könnyű ülő munkára nincs az intézetben lehetőség. Ezért a fogvatartott munkanélküli lesz. (Helyileg természetesen többen megoldják a dolgot, de intézményes megoldás még nincs rá.) A zárkában elfásul, céltalanul tölti idejét, hasznosságába vetett hite megrendül, betegségtudata nő, szabadulás után pedig nehezen tud beilleszkedni a társadalomba.

Figyelembe véve azt, hogy a fogvatartottak jelentős százaléka a veszélyeztetett népességből kerül ki, hogy előéletét rossz szociális körülmények (alkohol, erős dohányzás, alultápláltság) jellemzik, amelyek komoly károkat okoznak általános egészségi állapotában is, a munkába állítás nehézségbe ütközik. (Például az idült alkoholisták, akinek máját, gyomrát, esetleg tüdejét megtámadta már az alkohol, szinte semmilyen fizikai munkára nem képes.)

Alapos és rendkívül körültekintő munkát követel az orvostól az a feladat, amelynek során ki kell szűrnie azokat a fogvatartottakat, akik megrögzött munkakerülésük folyamatosságát a börtönben sem kívánják megszakítani, akik rendkívüli leleménnyel kóros tüneteket produkálnak, illetve öncsonkítást végeznek.

A MÁB egészségügyi tagjaként az orvos a munkaköri alkalmasságra vonatkozó véleményét „nehéz fizikai munkára alkalmas”, „könnyű fizikai munkára alkalmas” és „nem alkalmas” jelöléssel, aláírással a foglalkoztatási engedély 6. rovatába írja be. Az egészségre káros munkakörben dolgozó fogvatartottat időszakosan orvosi vizsgálatban kell részesíteni. Ha ennek során egészségügyi szempontból alkalmatlannak minősül, akkor az orvosnak javasolnia kell a más munkakörbe való áthelyezést.

Hogy az elítélt megjelenjen az időszakos orvosi vizsgálaton, az alapvetően a munkáltató kötelessége. Az orvos a vizsgálat elvégzését a munkáltatási könyvben igazolja, és ugyanitt rögzíti az elítélt munkaképességében bekövetkezett változásokat is. Az intézeti orvos a beteg fogvatartottat három hónapig terjedő időre is felmentheti a munkavégzés alól. Ha a felmentést a negyedik hónapban is indokoltnak tartja, akkor a fogvatartottat egészségügyi anyagával együtt a felmentés tizenegyedik hetében fel kell küldeni a Bv. Központi Kórházba, ahol úgynevezett Felülvizsgáló Bizottság dönt az elítélt munkaképességéről. A Felülvizsgáló Bizottság elnöke a kórház igazgató főorvosa, tagjai pedig az általa kijelölt szakorvosok.

A bizottság tagjai a beteg vagy egészségében károsodott, munkaképességében csökkent fogvatartottat gondosan, lelkiismeretesen megvizsgálják, majd legjobb szakmai tudásuknak megfelelően megállapítják munkaképességének fokát, illetve a munkára való alkalmatlanságot. Szükség esetén rehabilitációs gyógykezelésre helyezik a beteget valamelyik kórházi osztályon.

Nehezíti a Felülvizsgáló Bizottság munkáját, hogy nem rendelkezik kellő ismeretekkel, információkkal az egyes intézetekben meglévő munkahelyekről és munkalehetőségekről, így amikor javaslatot tesz a munkaképességében csökkent fogvatartott foglalkoztatására, előfordul, hogy az intézet érdekével ellentétes véleményt ad. Például: ahol növénytermesztési és állattenyésztési munka folyik, amely köztudottan nehéz fizikai munka, ott az oda kerülő fogvatartott számára hiába javasol az orvos könnyű munkát.

Ezért tervezi az egészségügyi osztály a termelési és beruházási osztállyal együttműködve egy a büntetésvégrehajtási intézetek munkahelyeit és munkaköreit — megfelelő bontásban — tartalmazó összeállítás, táblázat elkészítését. Ezt a táblázatot kívánjuk a munkaegészségügy területén érdekelt orvosok rendelkezésére bocsátani, hogy munkájukat megkönnyítsük és biztosítsuk a munkahelyi és egészségügyi érdekek találkozását.

Ezzel azonban még mindig nem oldottunk meg egy alapvető problémát, amely a Felülvizsgáló Bizottság tevékenysége során jelentkezik. Számos esetben előfordul ugyanis, hogy a vizsgálatra kerülő fogvatartottal kapcsolatban semmilyen adat nincs. Nem lehet tudni, hogy az elítéltet melyik intézetbe kívánják szállítani, illetve hol kívánják foglalkoztatni. Véleményünk szerint a megoldás az igazgatási osztály, a tököli intézet igazgatási szolgálata, valamint a Felülvizsgáló Bizottság hatékony együttműködése lenne.

Mindezekon túl arról sem szabad elfeledkeznünk, hogy a munkába állítás után még számos feladat van, amelyhez elengedhetetlenül fontos az intézet vezetésének és az egészségügyi szolgálatnak az összefogása. Meg kell valósítani az üzemorvosi gyógyító-megelőző ellátást, meg kell szüntetni a közegészségügyi hiányosságokat. Egészséges munkakörülményeket kell teremteni, a foglalkozási ártalmakat és betegségeket meg kell előzni; az egészségre káros munkakörülményeket lehetőleg meg kell szüntetni; a mérgező anyagok által okozható ártalmakat el kell hártani; az új technológiai folyamatokkal járó veszélyeket pedig el kell kerülni.

Úgy véljük, a fenti célok megvalósulása érdekében az egészségügyi osztálynak nemcsak a létesítmények és üzemegységek átadásáról, az új technológiai folyamatok bevezetéséről kell időben értesülnie, hanem a munkaegészségügyi változások tervéről is, hogy időben adhasson korrekt szakmai véleményt. Hatékony üzemorvosi gyógyító-megelőző ellátás csak pontos munkaegészségügyi, munkahelyi ismeretek mellett lehetséges.

Az egészségügyi szolgálat rendszeres üzemi biztonsági és egészségvédelmi szemléket szervez, hogy fel tudja deríteni a hiányosságokat és javaslatot tudjon tenni megszüntetésükre. Csak a megfelelő együttműködés, a részfeladatok precíz összehangolása vezet jó eredményre, biztosítja azt, hogy a fogvatartottak testi épységük veszélyeztetése és egészségük károsodása nélkül végezzék munkájukat.

**Dr. Heylmann Katalin–Dr. Tóth Kovács János**

## Gyógyszerrendelési szokások a büntetésvégrehajtásnál

A gyógyszerrendelés és -fogyasztás elemzésének fontosságához nem férhet kétség. A modern társadalom embere szedni akarja mindazokat a gyógyszereket, amelyekkel mindennapi kényelemzését elő tudja segíteni. A gyógyszeripar pedig ontja az újabb és újabb gyógyszereket, amelyek hatékonyabbak az előzőknél, de mellékhatásuk egyre több veszélyt jelent.

Társadalmi igény, hogy a gyógyszerkutatásban, gyógyszergyártásban dolgozók minél gyorsabban hozzanak létre új meg új készítményeket. Ennek a gyorsaságnak gátat vet, hogy — a Contergan-tragédián okulva — az egészségügyi szervek a forgalomba hozatali engedélyt olyan vizsgálati eljárásokhoz kötik, amelyek igazolják az új gyógyszer hatékonyságát és veszélytelenségét. A legszigorúbb előírásoknak kell megfelelni, s ez hosszú éveket vesz igénybe és rengeteg pénzbe kerül. Nem véletlen, hogy a gyógyszerkutatást csak a leggazdagabb országok engedhetik meg maguknak (Magyarország ennek ellenére az igen előkelő 5. helyen áll).

Ha egy gyógyszer túljutott az engedélyezésen és forgalomba kerül, széles körű elterjedése nem mindig következik be. A forgalomba hozatal egyik feltétele, hogy a kibocsátás idején körülbelül 7 havi készlettel rendelkezzen a gyár. Az esetek jó részében a forgalomra tett előzetes számítások nem válnak be, és vagy egy-két hónap alatt elfogy a készlet (lásd a Minipressz tablettát), vagy akár évekig pihen a raktárakban (mint a Clinium).

Az Egészségügyi Világszervezet koordinálásával egyre több ország egészségügyi hatósága kezdte meg a gyógyszerrendelési szokások és a gyógyszerrel szembeni társadalmi magatartás tanulmányozását. Testületünknel a gyógyszerrendelési szokások vizsgálatát 1983-ban kezdtük el. Kérdőíves módszerrel felmérést végeztünk az alapellátásban részt vevő összes orvosra kiterjedően. A kérdések egy része az orvos-gyógyszerész kapcsolatra vonatkozott, illetve az orvosnak az ellátottsággal kapcsolatos ismereteit feszegette. A válaszokból a következő tanulságok vonhatók le.

Az orvosok közel egyharmada (!) nem veszi fel a kapcsolatot az ellátó gyógyszerházzal. Nem tartja szükségesnek megismerni azokat, akikről a gyógyításhoz szükséges anyagokat kapja, akik birtokosai mindazoknak az információknak, amelyek a gyógyszerellátással összefüggenek. A többiek viszont nagyon alaposan kihasználják a személyes kapcsolat nyújtotta lehetőségeket.

Az új gyógyszerek bevezetésével kapcsolatban nagyon kevés a személyes kapcsolaton keresztül szerzett információ. Az írásos anyagok túlnyomó többségét gyári prospektusok teszik ki. Többek között ezzel magyarázható, hogy a kibocsátást követően az új gyógyszer utáni kereslet hirtelen megnő, majd amikor előtérbe kerülnek a mellékhatások, esetleg még újabb szer kerül forgalomba, akkor a gyógyszer forgalma hirtelen lezuhan. Később ismét nő a forgalom, de a csúcst már nem éri el, hanem alacsonyabb szinten marad. A személyes információk a

gyógyszertárból talán realisabb képet nyújtanának, az új gyógyszer bevezetése segítségükkel talán simábban menne.

Az egészségügy különböző területein időszakonként vizsgálják a gyógyszerrendelési szokások változásait is. Felmérik a különböző betegcsoportok által kedvelt gyógyszereket és célul tűzik ki a rendelési szokások megváltoztatását.

Feltűnt például vidéken a Chlorocid túl nagy mértékű fogyása, holott ez a gyógyszer jelentős mellékhatásokkal rendelkezik, s az ország más területein a lakosság számarányához viszonyítva lényegesen kevesebb fogy el belőle. Először úgy vélték, hogy az adott megyében az orvosok kevésbé képzetek, nem haladnak a tudománnyal, a felmérésből viszont kiderült, hogy az adott megyében az állatorvosok használják fel a rengeteg embergyógyászati Chlorocidot.

Szerencsére már a Streptomycint is az állatgyógyászatban használják leginkább. Ha előbb alakul ki ez a gyógyszerrendelési szokás, akkor nem lenne annyi halláskárosodott kisgyermek az országban. Sokan szenvedik egész életükben e gyógyszer mellékhatásának következményét.

Egyre többet hall a lakosság arról, hogy több gyógyszer együttes alkalmazásakor a gyógyszerek vagy növelik, vagy csökkentik egymás hatását. A fiatal nők közül sokan tudják, hogy a fogamzásgátló tabletták hatását például a penicillin vagy bizonyos nyugtatók csökkentik, esetleg meg is semmisítik. Kevesen tudják azonban, hogy néhány együtt szedett gyógyszer mérgezést is okozhat. Csak évek múlva derült ki, hogy például a Quinoseptyl és a Kalmopirin együttes szedése miatt több kisgyermek meghalt (!). Szerencsére ritkák az ilyen esetek, de jó tudni, ha többféle gyógyszert is szedünk.

Talán ritkábban fordul majd elő az alábbi beteg esete, aki, amikor magas vérnyomás miatt elment a körzeti orvoshoz, kapott háromféle gyógyszert. Néhány nap múlva a munkahelyén is elment az üzemi orvoshoz, és az ott felírt másik három gyógyszert is szedni kezdte. Ezek után elment a rendelőintézet szakrendelésére, ahol további négyféle gyógyszert kapott. A tíz gyógyszer együttes szedése természetesen állapotának leromlását eredményezte.

Bármilyen kevés ideje is van az orvosnak, ne engedjen a beteg diktálásszerű kívánságainak, hanem mindig alapos vizsgálat után írja fel az adott betegségre leghatásosabb gyógyszereket. A büntetésvégrehajtás személyi állományát pedig arra kérjük, hogy ne akarjon nyomást gyakorolni az orvosra, hanem gondoljon az előbb felsorolt ijesztő példára és bizza egészsége helyreállítását jól képzett orvosainkra.

A testületnél történő felmérés elsősorban az alapellátásban működő orvosokra terjedt ki. 60 résztvevőtől kaptunk értékelhető választ. A gyógyszer neve után számmal jelöljük azt az arányt, amely a felhasználás gyakoriságát jelzi, és csak az öt legtöbbször említett készítményt soroljuk fel.

Megkérdeztük többek között, hogy cardiális decompensációban milyen diuretikumot adnak a legszívesebben?

*Furosemid 23, Hypothiazid 19, Brinaldix 15, Hygroton 5, Verospiron 4.* A válaszok túlnyomó többsége a jelenleg legjobbnak tartott készítményeket jelöli meg.

Számos gyógyszer alkalmazható hypertóniában, a széles választékból az alábbi sorrend alakult ki:

*Dopegyt 24, Erpozid 11, Trasicor 9, Hypothiazid 8, Visken 8.* A paletta alsó részén 1-1 arányban található még Isolanid, Nitropenton, Cavinton, Tendor, Natrium nitrosum, No-Spa, Elenium, Xavin, Sensit, Tobanum, Betaloc is. Nagyrészt e csoport választékában is a korszerű terápiás elvek dominálnak, soknak találjuk azonban az Erposid arányát, mely a kissé idejét múlt gyógyszerek közé sorolható, továbbá a Rausedyl és a Redergam arányát, amelyek szerencsére a paletta alsóbb szintjét foglalják el a felmérésben. Keveselljük viszont az újonnan megjelent béta-blokkolókat, erre ezúton is felhívjuk az orvoskollégák figyelmét.

A gyógyszerek egyik terjedelmes csoportját a nyugtatók teszik ki. Nem szükséges külön hangsúlyoznunk ezen csoport fontosságát, de nem hallgathatjuk el azt sem, hogy jobb lenne, ha mérséklődne sokszor bizony kritikátlan mennyiségű fogyasztásuk. Mint ismeretes, a nyugtatók hatásukat a központi idegrendszerre fejtik ki. Emiatt a gyógyszereszedő egyensúlyérzéke romlik, nehezebben ismeri fel a körülötte kialakuló helyzetet. Különös ennek a jelentősége azokban az intézetekben, ahol a fogvatartottak gépeken dolgoznak, vagy ahol építkezés folyik. A személyi állomány azon tagjainak sem célszerű nyugtatót szedni, akik gépkocsit vezetnek, vagy munkagépen dolgoznak. Kiszámíthatatlan következménnyel jár, ha valaki nyugtatóra alkoholt fogyaszt. A két anyag együttes hatása miatt halálos kimenetelű mérgezés is fordult már elő. A sor ekképpen alakul:

*Seduxen 21, Andaxin 20, Elenium 18, Valeriana comp. 7, Tisercinetta 4.* Érdekes módon a Grandaxin nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Nem helyesíthető az altatók — különösen a Tardyl és a maior tranguillansok — nyugtatóként való alkalmazása.

A vizsgálat kiterjedt a fájdalomcsillapítók csoportjára is. A válaszok alapján összeállított sorrend:

*Algopyrin 24, Demalgon 14, Quarelin 10, Probon 9, Antineuralgica 8.* Az Algopyrin (novamidazophen) messze vezet a listán, különösen ha figyelembe vesszük, hogy Quarelin az Algopirin kombinációja. Számos közlemény jelent meg a phenacetin mellékhatásáról, ennek ellenére a phenacetin tartalmú Antineuralgica az ötödik helyen áll. Kevesen hozták szóba viszont az Amidazophent, amely kiváló láz- és fájdalomcsillapító. Többen említették a Rheopyrint, Rheosolont, Indometacint, Naprosynt, amelyek bár csillapítják az ízületek fájdalmát, nem ebbe a gyógyszercsoportba sorolhatók.

Felmértük a fekélybetegségben leggyakrabban alkalmazott gyógyszereket is. A kérdezett gyógyszercsoportok közül egyedül itt vannak szép számmal magisztális porkeverékek, illetve a Fo-No előíratai szerinti gyógyszerári készítmények. A hagyományos görcsoldók mellett előkelő helyet foglal el az Almagel.

*Atropin 15, No-Spa 15, Almagel 14, egyéni savkötő porok 9, Gapon 8.*

Az antibiotikumokra vonatkozó válaszok alapján is figyelemre méltó sorrend alakult ki. Bár kérdésünk az antibiotikumokra vonatkozott, számos válaszoló kemoterápiás szert is felsorolt:

*Tetran 18, Maripen 16, Semicillin 8, Pyassan 7, Promptcillin 6.* Köztudott, hogy hazánkban — más országhoz viszonyítva túl sok antibiotikum fogy, ezért feltétlenül ki kell alakítani a reális felhasználás szintjét.

Az antibiotikumokat a laikusok is jól ismerik. Sajnos az orvosok hajlamosak — a beteggel és környezetével való viták elkerülésére — kellő javaslat nélkül antibiotikumot rendelni. Holott helytelen felírni őket olyan esetekben, amikor hatástalanok, például náthában. Felső légúti panaszok esetén először penicillin származékokkal kell próbálkozni, ha hatástalanok, akkor érdemes a szélesebb spektrumú antibiotikumra áttérni. Arra is ügyelni kell, hogy a bevezetett antibiotikumot kellő dózisban és kellő időn át alkalmazzuk. Két-három napos adagolás csak rezisztens törzsek kialakulásához vezet, terápiához nem. Erre fel kell hívni a beteg figyelmét.

A vizsgálatok során átnézett gyógyszerelőíratok körülbelül 80%-a gyári gyógyszerkészítmény, úgynevezett specialitás volt. A maradékot a Szabványos vényminták című receptgyűjteményben szereplő előíratok, illetve a Magyar Gyógyszerkönyvben levő — szaknyelven galenikumoknak nevezett — készítmények alkották. Jelentőségükhöz képest kicsi a beteg egyéni tulajdonságaira tekintettel levő, több összetevőt tartalmazó, gyógyszerértárban elkészítendő recept aránya. Ezen előíratok alapján készült gyógyszereket hívjuk magisztális készítmé-

nyeknek. Elsősorban bőrgyógyászati és szemészeti megbetegedésekben írnak elő magisztrális készítményeket.

Néhány recept nagyon nehezen megoldható probléma elé állítja a gyógyszerész. A legtöbb hibát a hatóanyagok nagyságrendjének rossz meghatározása okozza. Így például szokás a gyulladáscsökkentő hatóanyagot tartalmazó gyári gyógyszerkészítményt valamilyen vívőanyaggal felhígítani. Ennek eredményeként a hatásos hatóanyag-tartalom töredékét tartalmazza a kenőcs. További bonyodalmat okoz, ha a gyári készítmény egyik összetevője összeférhetetlen az új vívőanyaggal. Előfordul, hogy a szaliciles kenőcs szaliciltartalma sokszorosa a szokásosnak, aminek következtében a készítmény már nem is kenhető. A szemészeti receptek terén nincs ilyen zűrzavar, mert ezeket általában csak szemész szakorvosok írják fel.

Az utóbbi évek egyik komoly célkitűzése a népesség elhízottságának csökkentése. Ennek elérésére — elsősorban az állomány nődolgozói — gyógyszerekhez folyamodnak. A gyári fogyasztószerek mellékhatásaival többé-kevésbé mindenki tisztában van. Elterjedt azonban néhány változatban egy magisztrális fogyasztópor használata. Ellentétes hatású anyagok sora szerepel ezekben a porokban. Köptetők, hánytatók, vizelethajtók is alkotói ennek a csodaszernek. De egyik anyag sem fogyaszt, így tehát ez tipikus példája a célszerűtlen gyógyszer-szedésnek.

Hasonló jellegű felmérések elvégzését a jövőben is szükségesnek tartjuk. Így nyomon követhetjük, hogy orvosaink a rendelt gyógyszereknél mennyire követik az orvostudomány fejlődését. Vizsgálataink eredményeit mindenkor közkinccsé kívánjuk tenni, elsősorban az egészségügyi dolgozók részére továbbképzési céllal, de úgy véljük, nem lehet káros, ha az ilyen felmérés eredményeiről a személyi állomány érdeklődő tagjait is tájékoztatjuk.

**Tunyoghy Ferenc–Hollós Róbert**

## Önkárosítás, öncsonkítás a fogvatartottak között

Az embernek azt a tudatos cselekvését, amely átmeneti egészségkárosodást okoz és lehetőséget teremt a munkából való távolmaradásra, önkárosításnak nevezük. Súlyosabb formáját, amely végleges állapotváltozást idéz elő, öncsonkításnak hívjuk.

Az utóbbi időben társadalmi problémává vált önkárosító cselekményekkel (az alkoholizmussal, a dohányzással és az olyan maradandó öncsonkító esetekkel, mint az öngyilkosság) e helyütt nem foglalkozom.

Az önkárosítás célja az esetek legnagyobb részében a munka nélküli jövedelemszerzés. A társadalombiztosítás ugyan mindenkit támogat betegsége idején, de arra is ügyel, hogy jogsértés ne következzen be. A munkavédelmi szabályok korszerűsítése, a balesetek okainak gondos kivizsgálása, valamint a munkahelyi vezetők anyagi érdekeltsége mind azt célozzák, hogy ne jussanak az emberek önkárosításból eredő előnyökhöz.

A büntetésvégrehajtás keretein belül az önkárosítást, illetve öncsonkítást elkövetőket más motiválja, mint a szabad életben. Itt nem az anyagi javak munka nélküli megszerzése, hanem az adott szituációból való kibúvás az elsődleges indok. Ezért az önkárosítók hajlandók még a kórházi kezelés, sőt esetleg a műtét kellemetlenségeit is elviselni. Több ezer esetet tanulmányozva megállapítható, hogy a kiváltó okok rendkívül szerteágazóak.

A fogvatartottak öncsonkítási cselekvéseinek feldolgozása, illetve ilyen témával foglalkozó orvosi tárgyú cikkek szinte csak magyar nyelven íródtak. Feltehetően ennek az az oka, hogy a büntetésvégrehajtás egészségügyének — hazánkban létrehozott — szervezetéhez hasonló modell más országokban nincsen.

A Bv. Központi Kórházban nagy számban halmozódnak fel ilyen esetek, s ezért itt mód van statisztikai feldolgozásra, értékelésre és bizonyos következtetések levonására.

Az önkárosítás és öncsonkítás leggyakrabban előforduló formái az alábbiak: önkezűen metszett, vágott sebek a testen; idegen testek nyelése; valamint gyulladást keltő anyagok bejuttatása a szervezetbe.

### Metszett, vágott seb

Osztályunkra 10 év alatt 2350 beteget hoztak önkezűen metszett sebbel, úgynevezett „falcolással”. A vágásokat leggyakrabban a csuklón, a könyökhajlaton, ritkábban a nyakon ejtik.

Az elkövetők jelentős része fiatalkorú. A hirtelen felindulás, a meggondolatlan vagányság, a magamutogatás kényszere, de nem egy esetben az adott közösségből való menekülés vágya motiválja a cselekményt. Ezt látszik alátámasztani az a tény is, hogy az esetek jelentős részében rövid időn belül gyógyuló, életet közvetlenül nem veszélyeztető kis beavatkozásokat hajtanak végre önmagukon.



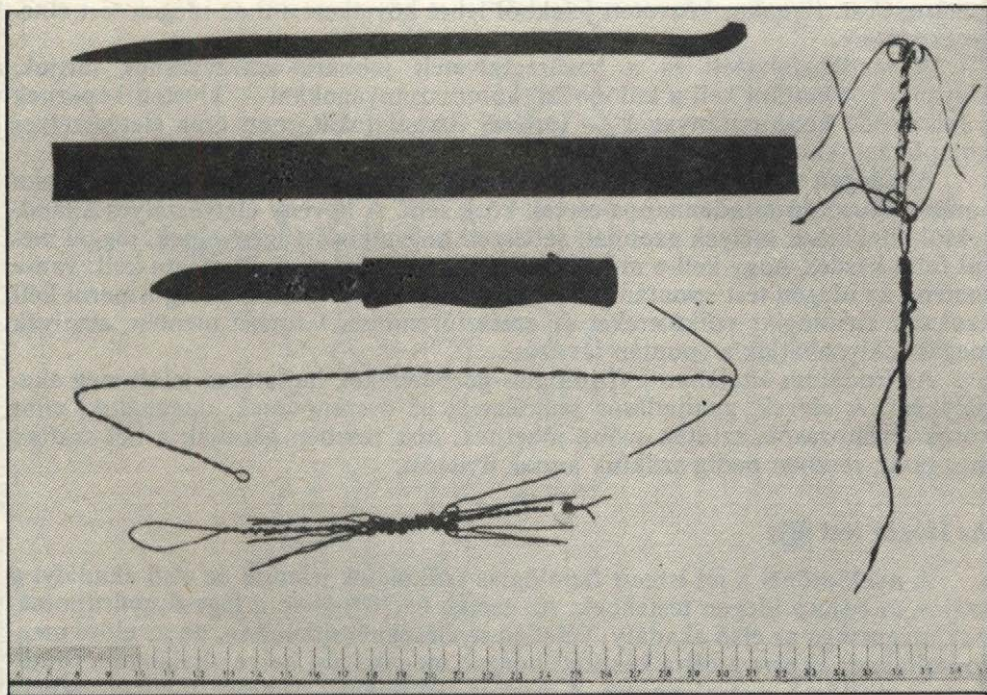
Az ilyenkor előforduló múltó rosszsullétek a végrehajtás következményei, nem a fájdalom, hanem a vér látványa váltja ki azt.

Súlyosabb vérvesztés és egyéb szövődmény akkor fordul elő, amikor az elkövető nem tudja pontosan kiszámítani a metszés mélységét. (Például ha ablaküvegbe csap bele szándékosan.) Ez esetben az érsérülésen és a következményes vérzésen kívül a legsúlyosabb szövődmény az ín- és idegsérülés, amely még az azonnali és gondos ellátás után is gyakran vezet maradandó károsodáshoz.

A 2350 betegből mindössze 47 vérzett ki úgy, hogy osztályunkra kerülvén vérátömlesztést kellett adnunk. Az ideg- és insérülések száma 32 volt. Ezeket az adatokat nézve látszólag csekély a szövődmények száma, a kérdés mégis figyelmet érdemel. Elsősorban azért, mert fiatalokú személyekről van szó, akik között sok tízszer vagy tíznél többször is hasonló cselekményt hajt végre rövid időn belül. Ennek következményeit pedig a szervezet egyre nehezebben tudja kiheverni. Ugyanakkor az esetleges melléksérülések következtében sokkal nagyobb a valószínűsége a maradandó elváltozások kialakulásának.

### Idegen test nyelése

Idegen testnek minősül a gyomorbélrendszerben mindazon szilárd halmazállapotú anyag, amely a szájon vagy a végbélnyíláson keresztül jut be az emésztőcsatornába, s onnan rövidebb-hosszabb tartózkodás után spontán módon, a normál bélmozgással, vagy külső, rendszerint sebészi beavatkozás eredményeként hagyja el a gyomorbélrendszert. (Nem kívánok foglalkozni a szervezetben belül keletkezett és különböző kóros folyamatok láncolatán át az emésztőcsatornába kerülő idegen testekkel, mint például az epekővel.)



Elítéltek által nyelt tárgyak

Az idegen test a következő módon kerülhet a gyomorbélrendszerbe:

a) étkezés közben lenyelt csont, szálfka formájában stb. — vagy foglalkozás közben szájba vett tárgyak véletlen lenyelése útján;

b) ugyanúgy véletlenül kerülnek lenyelésre a gyermekek által szájba vett tárgyak (gomb, golyó, pénz stb.);

c) az elmebetegek által, vagy zavart lelkiállapotban lenyelt idegen testek;

d) műszeres orvosi beavatkozások során a nem kellő technika, vagy az előre nem látható komplikáció miatt bekerülő idegen testek;

e) fentiekől eltérően a fogvatartottak szándékosan nyelnek le idegen testeket, hogy szabaduljanak a számukra kedvezőtlen helyzetből.

Az elkövetők zöme előre megfontolt szándékkal hajtja végre cselekményét, hogy elérje a tartós kórházi kezelést, de ha ez nem következik be, igyekszik önkézzel eltávolítani az idegen testet. Az elkövetők primitívsége és önkontrollhiánya összefügg alacsony iskolai végzettségükkel. Anyagunkban a betegek 17%-a anal-fabéta volt, 25%-a pedig négy általánosanál kevesebbet végzett. Csupán 4%-uk állt megelőzően valamilyen elmegyógyászati kezelés alatt.

Idegen testként a legkülönbözőbb tárgyak, használati eszközök vagy munkaeszközök szerepelhetnek. Jelentős azoknak az egészen furcsa idegen testeknek a száma, amelyeket leleményességüktől és technikai érzéküktől függően maguk a cselekményt elkövetők szerkesztenek. Ezek a tárgyak rendszerint nem jelentenek közvetlen életveszélyt az elkövetőkre nézve, csak a szituációból való szabadulás eszközei.

A diagnózis felállításában a körelőzmény gondos felvétele és a beteg panaszai a legfontosabbak. A leggyakoribb klinikai tünet — az idegen test elhelyezkedésétől függően — a nyelési nehézség, a nyálfolyás, a bizonytalan mellkasi vagy hasi fájdalom stb. A kórisme felállításában a legnagyobb segítséget a röntgenvizsgálat adja. Csekély azon esetek száma, amikor az idegen test nem ad röntgenárnyékot. Ilyenkor közvetett jelekből lehet következtetni az idegen test elhelyezkedésére.

A mellkasfelvételt és a hasüregfelvételt jobbra szükségesnek tartjuk. Ugyanakkor kerülni kell a különböző kontrasztanyagokkal — kivételt képeznek a felszívódó kontrasztanyagok — történő vizsgálatokat, mert ezek életveszélyes komplikációkhoz vezethetnek.

Az idegen test nyelése nem tartozik az általános orvosi, de a kórházi munka során előforduló mindennapos esetek közé sem. A heveny életveszélyes állapotoktól eltekintve, melyek azonnali sebészeti beavatkozást igényelnek, joggal merül fel a kérdés, hogy kell-e műtéti beavatkozás, vagy nem. Tisztázni kell: van-e remény az idegen test spontán távozására vagy nincs? Ehhez pedig ismerni kell azokat a fiziológiás szűkületeket az emésztőrendszer lefutása mentén, amelyek megakadályozhatják a spontán távozást.

Az irodalom általában a fiziológiás görbületeket, hajlatokat jelöli meg akadályként. A sérvek, gyulladásos szűkületek, az összenövések, daganatok, mint kóros elváltozások, szintén szóba jöhetnek, hisz részben gátolják a bél szabad mozgását, részben pedig szűkítik annak nyílását.

## **Az idegen test útja**

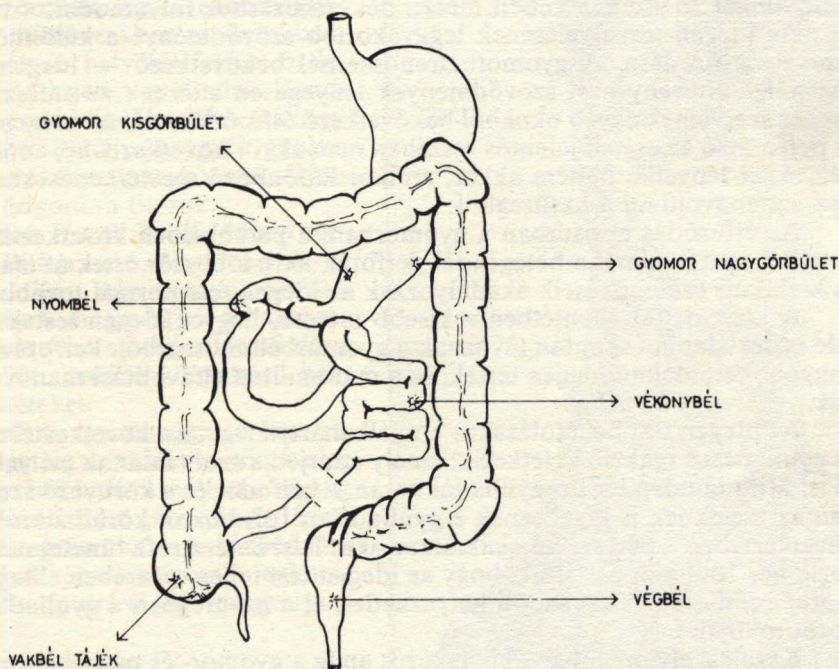
A nyelőcsőnél a jól ismert fiziológiás szűkületek jelentik az első akadályt a szájon át bejutó idegen testeknek. Az esetek 65-70%-ában a légcső gyűrűporcának magassága az első akadály. Véletlen nyeléséknél ritkábban, de az előre megfontoltaknál az erre a célra készített horgok megakadási helye általában a főütőér és a nyelőcső metszéspontja. A nagyér sérülésének veszélye miatt ez a hely közvetlen életveszélyt jelent!

Az idegen test a legkritikább esetben akad meg a gyomorszáj magasságában. A lenyelt idegen test gyakran első és utolsó állomása a gyomor. Ez statisztikánk szerint, egyéb irodalmi adatokkal megegyezően, az esetek számának kb. 47%-át teszi ki. A nagyobb tárgyak méreteiknél fogva természetesen megrekednek a gyomorban. Ez a méret egyénileg nagyon változó. Előfordul, hogy már egy 6-8 cm-es tárgy sem megy tovább a gyomorból, ugyanakkor arra is volt már példa, hogy egy 10-12 cm-es kanálnyel, illetve ennél nagyobb fűrészlap is akadálytalanul áthaladt a bélrendszeren. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy 13-14 cm-nél nagyobb tárgyak gyomorból való spontán eltávozására nem lehet számítani.

A gyomor után következő — talán legkritikusabb — akadály az idegen test számára a patkóbél. Az ezen áthaladó idegen test az esetek nagy százalékában már rövidebb-hosszabb idő múlva kiürül. Betegeink 78%-ánál spontán távozott a lenyelt idegen test a patkóbél utáni bélszakaszokból.

Miután tisztáztuk az idegen test megakadásának leggyakoribb helyeit, a helyes terápiás mód megválasztása érdekében meg kell határozni a spontán távozási időt is. Az elszett műtéti beavatkozás jobban megviseli a beteget, mint a megterhelést nem jelentő spontán távozás.

Az idegen testek közel 50%-a önmagától, külső beavatkozás nélkül, az első héten kiürül. Tapasztalataink szerint az idegen testek túlnyomó többsége 14-18 nap alatt eltávozik a szervezetből. Ezért egyes szerzőkkel ellentétben az a véleményünk, hogy a műtéti beavatkozással, ha közvetlen életveszélyről nincs szó, várni kell. Fontos ezt leszögezni, mert nem egy esetben kapunk járóbeteg-rendelőkből



Az idegen test által okozott átfürödások előfordulási helyei

és sebészeti osztályokról azonnali műtéti beavatkozás javallatával sürgős betegeket éppen az esetek ritkasága és az ilyen irányú tapasztalatok hiányossága miatt.

## Mikor operáljunk?

A közvetlen életveszélyt jelentő szövődmények esetében az azonnali műtéti beavatkozás végrehajtása nem képezheti vita tárgyát. Ám ha ilyen szövődmény nincs, akkor a műtéti indikációt csak a spontán távozási lehetőség mérlegelése után szabad felállítani. Mérlegelni kell a tárgy nagyságát, alakját, helyét és nem utolsósorban azt, hogy a beteg előző műtétei kapcsán kialakult összenövésai mennyire akadályozzák a spontán távozást, illetve növelik a műtét kockázatát.

A műtéti beavatkozásnál az alábbi szempontokra kell figyelni. A műtét tervezésekor nem szabad megfélekedezni az idegen test esetleges helyváltoztatásáról. Az idegen test tényleges helyzetének megítélését nehezíti a röntgenfelvétel elkészítése és a műtét közötti idő, valamint az a tény, hogy a röntgent rendszerint álló helyzetben, a műtétet pedig fekvé végzik. Ezért osztályunkon a műtétet közvetlenül megelőzően, ismételt röntgenvizsgálattal meggyőződünk az idegen test helyzetéről.

Azért hangsúlyozom a behatolással kapcsolatos problémákat, mert a nyelős betegek általában fiatal emberek. Átlagéletkoruk 27,2 év. Életük folyamán még más okokból is kerülhetnek műtetre, s a nem kíméletesen végrehajtott műtét utáni összenövések a további műtéteket jelentősen megehezítik. Sajnos gyakran számíthatunk az idegen test ismételt nyelésére is. Betegeink 25%-a nyelt először, 75%-a pedig ismételt. Nem ritka egy-egy fogvatartottnál a 10-12 műtét sem. Volt, akinél 30 esetben kellett műtéti beavatkozáshoz folyamodni.

Az idegen test nyelésének leggyakoribb szövődménye a különböző üreges szervek átfúródása. A gyomorbélrendszernek bekövetkező — idegen test által okozott — heveny hasi szövődmények lényegesen eltérnek az emésztőrendszer üreges szerveinek egyéb okokból bekövetkező átfúródásától. Az idegen test okozta perforáció az esetek jelentős részében nem akkor következik be, amikor az idegen testet lenyelik, hanem akkor, amikor különböző mesterkedésekkel igyekeznek azt eltávolítani a hasüregből.

Az átfúródás elsősorban a gyomorban, a patkóbélben következik be. A vékonybél csak azoknál a betegeknél perforál, akik többször estek át már műtéten, és kialakult összenövésük akadályozzák az idegen test normál továbbhaladását.

A köztudattal ellentétben a kisebb méretű, hegyes idegen testek az Exner-féle reflex alapján spontán távoznak a gyomorbélrendszerből. Perforációt inkább nagyobb terjedelmű idegen testek, és a már említett eltávolítási manőverek okoznak.

Az idegen test behatolásakor a nyálkahártya izgatása következtében vizenyő és gyulladási reakció keletkezik, amely átterjed a szerv falának mélyebb rétegeire is. Mint minden hasúri gyulladás során, a bélfodor és a környező szervek ezekben az esetekben is igyekeznek a gyulladási folyamatot körülhatárolni. Ennek következtében a perforáció gyakran az akut hasi katasztrófa tünetei nélkül következik be. Többször észleltük, hogy az idegen test teljes egészében elhagyta a gyomorbélrendszert, és szabadon helyezkedett el a hasüregben a gyulladási bélfodorburokban.

Kezelési elvünk tehát a következő: amíg a gyomor- és patkóbél-perforációknál nem következik be a bélfodor fent említett gyulladása, addig a perforációs nyílás elvarrásával a kóros rész eltávolítására törekszünk, de ha az idegen test átfúródást okoz, akkor az üreges szervet az ép részen megnyitjuk és az idegen testet eltávolítjuk anélkül, hogy feltárnánk a perforáció területét. Hiszen ilyenkor a

gyulladt, duzzadt, fellazult bélfal varrása szinte lehetetlen, és a belek védekezési mechanizmusának mesterséges megbontása hátráltatja a gyógyulást.

Nagyon lényeges annak tisztázása, hogy az idegen testet véletlenül vagy szándékosan nyelte le a beteg. Nemeszter találkoztunk olyan fogvatartottal, aki szabadságvesztés-büntetése alatt harmincnál több esetben feküdt osztályunkon idegen test nyeléssel, de egyetlen esetben sem került sor műtétre, mert a beteg minden esetben önkézüleg eltávolította az idegen testet. Ilyen esetekben várakozási álláspontra kell helyezkednünk, és ha a nem szakszerű eltávolítás után heveny lefolyású komplikációk állnak elő, akkor be kell avatkoznunk. Osztályunkon 10 év alatt közel 3500 idegen testet nyelő beteget vizsgáltunk, illetve kezeltünk.

### Önkárosítás gyulladást keltő anyagokkal

Az utóbbi néhány évben az önkárosítás ezen ritka formája egyre nagyobb számban fordul elő. Osztályunkon két év alatt 98 ilyen esetet kezeltünk.

A cselekmény lényege, hogy különböző segédeszközökkel (tűvel, tollbetéttel) idegen anyagot (rendszerint gázolajat, sampont, hígítót) fújnak a bőr alá, a test különböző részeibe. Elsősorban a végtagok, főleg a lábszár, ritkább esetben a comb szerepel behatolási helyként, de előfordul, hogy a nyak bőre alá juttatják be a fent említett mérgező anyagokat.

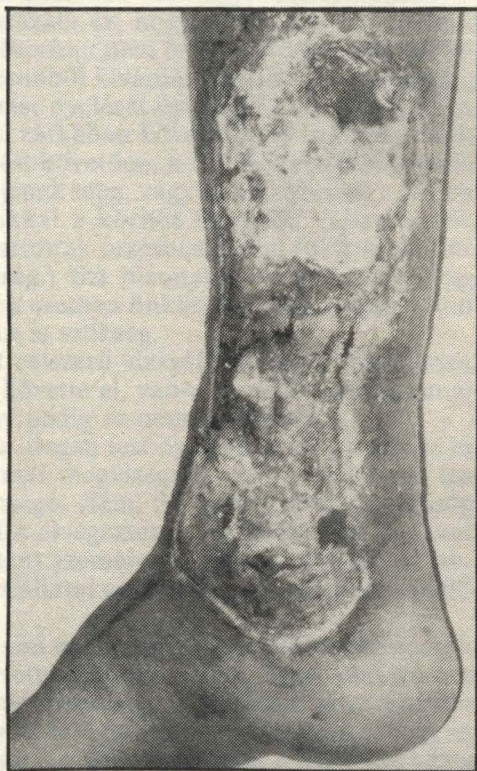
A gyulladást keltő anyagok elsősorban közvetlenül a bőr alatti rész elhalását idézik elő, de — figyelembe véve például a lábszár sajátos anatómiai helyzetét — a mélybe terjedés lehetőségét is magukban hordozzák. Apró feltárásokkal nem sokat érünk ezekben az esetekben, mivel a befúvás helyétől felfelé és lefelé messze elterjed a gyulladás. Rendkívül lényeges a minél korábbi szakaszban történő feltárás. Az egyéb gyulladásoknál szokásos párákötések ilyen esetekben szigorúan tilosak.

Az elhalt részek kellő időben történő eltávolítása után, általában 10-12 nap múlva olyan sebviszonyok alakulnak ki, melyek megindítják a hámosodást, illetve a sebalap teljes kitisztulása után lehetővé teszik a különböző bőrpótlási műtéteket.

Előfordult egyszer egy 16 éves elítéltnél, hogy a gyulladást keltő gázolaj combba történő befúvása után a végtag amputációja ellenére gázoedema lépett fel, és a beteg meghalt. A gázoedema kivédése érdekében a lehető legkorábbi feltárás fontosságát hangsúlyozzuk.

\*

Dolgozatomban a fogvatartottak között előforduló leggyakoribb önkárosítási, illetve öncsonkítási formákat



A gázolaj befúvása után ...

kivántam ismertetni. A rendelkezésünkre álló adatok és szerzett tapasztalataink bizonyos következtetések levonását teszik lehetővé.

A leírt cselekményeket zömmel egészséges fiatal emberek hajtják végre, ezért számukat feltétlenül csökkenteni kellene. Az irodalom tanúsága szerint ilyen mértékű önkárosító cselekmény más országok büntetésvégrehajtási gyakorlatában nem fordul elő.

Minekutána a cselekmény végrehajtására ösztönző okok rendkívül szerteágazók, a megelőzés szoros nevelési, őrzésbiztonsági, pszichológusi és orvosi együttműködéstől várható csupán.

Felülvizsgálendő az e cselekményekért foganatosított felelősségre vonás is. Gyakorlatunkban ugyanis az öncsonkítók büntetesként fogdafenyítést kapnak, ez azonban nem kellően elrettentő hatású, sőt a cselekmények jó részét éppen a fogdán követik el, hisz a fogdák túlsúlyossága, a nem kellő körültekintéssel végzett motozás jó alkalmat teremt. Sok esetben nem is lehet végrehajtani a fogdafenyítést, mert a fogvatartott ismételt önkárosító cselekményekkel ezt megakadályozza.

A nevelői munka napjainkban érzékelhető korszerűsödése hosszú távon eredményesen járul majd hozzá a megelőzéshez. A bekövetkezett önkárosító, illetve öncsonkító cselekmények következményeinek minimálisra csökkentése, szóval az orvosi rehabilitáció már most megoldottnak tekinthető. Talán az orvosi felvilágosításnak lehetne nagyobb szerepet szánni.

Összefoglalva: a megelőzés korszerűsítésétől, a különböző szolgálati ágak komplex együttműködésétől függ, hogy mennyi munkaképességében csökkent fiatal ember kerül vissza a társadalomba, büntetésének letöltése után.

**Dr. Vagács András**

## Módszertani levél

*A korszerű betegellátás elveinek egységes értelmezése érdekében szükségessé vált az idegen testet nyelt fogvatartottak egészségügyi ellátásának szabályozása. Indokolta ezt elsősorban az idegen testet nyelt fogvatartottak számának emelkedése, a következményként jelentkező mellékhatások tragikus volta és az etikai szabályok sorozatos megsértése.*

*Az egészségügyi osztály kezdeményezésére a Bv. Központi Kórház közreműködésével az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet és a Legfőbb Ügyészség egyetértésével 1984. március 30-án az alábbi módszertani levél került kiadásra.*

Az idegen testet nyelő fogvatartottakkal kapcsolatos orvosi tennivalókat a 101/1981. (IK 2.) IM számú utasítás 606. §-ának (2) bekezdése szabályozza.

Az utasítás megjelenése óta eltelt idő alatt az elítéltek létszáma és zsúfoltsága nagymértékben megnőtt, s ezzel párhuzamosan emelkedett az idegen testet nyelők száma. Amíg az utasítás érvénybe lépése idején az idegen test nyelése szinte csak orvosi probléma volt, az azóta eltelt idő alatt egyre inkább büntetés-végrehajtási probléma lett. Ennek magyarázata az, hogy az idegen test nyelését elkövető fogvatartottak a cselekményt elsősorban nem önkárosító szándékkal követik el, hanem a büntetés-végrehajtási rezsimből kívánják magukat e cselekmény segítségével tartósan kivonni. Az idegen test nyelését csaknem kizárólag magán-elzáráson, a fenyítés ideje alatt, a fegyelmi zárában követik el. A fogvatartottaknak gyakran az a szándékuk, hogy a nyelést követően, a Bv. Központi Kórházba történő átszállításuk során szökést kíséreljenek meg, vagy találkozzanak a cselekményt azonos időben elkövető büntörtsaikkal a kórház területén. (Hisz tudják, hogy a Bv. Központi Kórházban a fogvatartottak őrzésbiztonsági fokozat szerinti elkülönítésére gyakorlatilag nincs lehetőség.) Ezt bizonyítja az a tény is, hogy kórházba kerülésükkor az idegen testet sok esetben önkézüleg eltávolítják, a műtétbe nem egyeznek bele, illetve arra nincs is szükség.

Az intézeti orvos tennivalóit aszerint célszerű vizsgálni, hogy a fogvatartott az idegen test nyelését milyen intézetben követte el, van-e az adott intézetben állandó orvosi-egészségügyi felügyelet, vagy pedig ez nem biztosítható.

Ha a fogvatartott vagy a felügyelet az idegen test nyelését nem jelenti, az intézeti orvos köteles a fogvatartottat azonnal megvizsgálni, majd az idegen test nyelését igazoló és az idegen test milyenségét (fém, fa, gomb, drót, hosszúság, forma stb.) meghatározó röntgenvizsgálatot elvégeztetni. Az intézeti orvos távollétében az intézetparancsnok által megbízott személynek (ápoló, nevelő, őr stb.) kell az idegen testet nyelt fogvatartottat az állami egészségügyi szolgálat rendelőjébe szakorvosi vizsgálatra előállítani.

A röntgenlelet birtokában a helyi állami egészségügyi szolgálat sebész szakorvosával meg kell vizsgáltatni a fogvatartottat abból a célból, hogy várható-e az idegen test spontán eltávolítása, van-e akut életveszély, szükséges-e akut sebészeti ellátás, szállítható-e a beteg vagy sem, orvosi felügyelet alatt kell tartani, vagy indokolt kórházba szállítani, s ha igen, akkor hová kell küldeni, a helyi kórházba vagy a Bv. Központi Kórházba.





nye, úgy a beteget a Bv. Központi Kórház sebészeti osztályára kell szállítani megfigyelés, illetve a szükséges műtét elvégzése céljából.

Az idegen testet nyelt beteg felvételét csak a sebészeti osztály vezető főorvosa tagadhatja meg, személyesen végzett vizsgálat után. Ugyanakkor vállalnia kell a döntéséből eredő esetleges etikai és jogi következményeket is.

A Bv. Központi Kórház műtétesek és öncsonkítók elhelyezésére szolgáló kórtermeiben a dohányzás szigorúan tilos. Ezért az idegen testet nyeltek kórházba utalásakor a fogvatartottal nem szabad se dohányt, se cigarettát küldeni!

Felhívjuk az intézetek parancsnokainak figyelmét az elzárással fenyítettek motozására, a fegyelmi zárkák biztonsági ellenőrzésének fokozott figyelemmel kísérésére, hogy a fenyítettek ne juthassanak lenyelésre szolgáló idegen testhez.

Az ismételten, illetve rendszeresen idegen testet nyelő fogvatartottakkal az intézet nevelési szolgálatának, az intézeti pszichológusnak fokozottan kell foglalkoznia, hogy a büntetésvégrehajtási rezsim kiváltotta okokat felderítsék és kiküszöböljék.

**Dr. Tóth Kovács János**

## HELYREIGAZÍTÁS

A Módszertani füzetek 1984/3-as számában Ladik József, a Nyíregyházi Bv. Intézet nevelője, Termelési ösztönzőrendszer Nyíregyházán címen közölt írása a nyomdai átfutás miatt a 106/1984. IM számú utasítás, valamint a végrehajtására kiadott 0202/1984. számú országos parancsnokhelyettesi intézkedés hatályosulása után jelent meg. Így a cikkben szereplő egyes megállapítások eltérnek a hivatalos állásfoglalástól.

A Miniszteri Utasítás kiadását követően a termelési ösztönzőrendszer továbbfejlesztése és ezzel összefüggésben a személyes szükségleti cikkek vásárlására fordítható összegek megállapítása a hatályos jogszabályban foglaltaknak megfelelően történt meg a Nyíregyházi Bv. Intézetben.

Nevelési osztály

Munkaügyi osztály

## E SZÁMUNK SZERZŐI

**Dr. Banka Lajos** bv. ezredes, a Munkaterápiás Alkoholelvonó Intézet igazgató főorvosa; **dr. Csicsay Iván** bv. őrnagy, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet főigazgató főorvosa; **dr. Heylmann Katalin** bv. főhadnagy, az Országos Parancsnokság egészségügyi osztályának főorvosa, **Hollós Róbert**, az Országos Parancsnokság egészségügyi osztályának nyugalmazott gyógyszerésze; **dr. Káplár Zoltán** bv. alezredes, a Bv. Központi Kórház igazgató főorvosa; **dr. Menning Éva** bv. alezredes, a Bv. Központi Kórház főorvosa; **Nagyné Bánffy Anna** bv. főhadnagy, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet orvosa; **dr. Sárdy Péter** bv. százados, a Sopronkőhidai Fegyház vezető orvosa; **dr. Szabó Imre** bv. őrnagy, a Szegedi Fegyház és Börtön vezető orvosa; **dr. Tóth Kovács János** bv. orvos alezredes, az Országos Parancsnokság egészségügyi osztályának vezetője; **Tunyoghy Ferenc** bv. őrnagy, az Országos Parancsnokság egészségügyi osztályának főgyógyyszerésze; **dr. Vagács András** bv. őrnagy, a Bv. Központi Kórház osztályvezető főorvosa.

Ezen díját 1909, az udvar kedői  
közén állók pedig 1908 évét össén álltatta  
Pálffy György közfogházfelügyelő.

Érteklélőnk szolgálóiban állottak  
Lindsey György mint vezető, Hangel  
Károly és Pócs László mint ügyészek.

Pálffy György fogház felügyelő, Bán  
István és Pócs Károly fogházármeder  
Tuvábbá, Pap Miklós, Hartviegasi Pál, Varga  
András, Sallós László, Maróvia György,  
Ferencsik László, P. Nagy Mihály, Pócs Gábor,  
Dogaan Péter, Huskai Samuel, Mezőváros  
Sándor, Földi Mihály, Arasz Péter, Tomba  
Antal, Kovács Mihály, Balog István, Szabó  
Sándor, Anonimovics László, Szilvágyi  
Mihály, Földi Sándor, Hérecsi Imre, Szabó  
K. Gyula, Nagy Lajos, Váradi György,  
Szabolcsi Sándor és Szertmihály László  
fogházárörök. Továbbá öv. Huskai  
László né nőfelügyelő. A pályázat  
a mai napán 94 férfi 18 nő.

Aki ezen sorokat olvasni és olvasni  
gondoljon egy mélyszhajítás mellett  
az itt felsoroltakra.

Étlen áldása legyen az utódokkal

Kelt, Nyiregyháza 1909 évi október 26-án

Mélyen és szívesen várom a gondolatokat,  
hogy milyen kedves hangok és nem kelünk  
akár a mire ezen sorokat olvasom

Pálffy György

ára: 10 Ft

