

Tartalom

Előszó

- I. Pszichiátriai kezelés és betegjogok
- II. A pszichiátriai otthonokról
- III. Kényszerítés törvényes keretek között
- IV. Kényszergyógykezelés

Előszó

A Társaság a Szabadságjogokért 2002 januárjában tanulmánykötetet jelentetett meg a betegjogok törvényi szabályairól és a törvény betartatásáról.¹ Azt vizsgáltuk, hogyan áll az egyén önrendelkezési jogának elismertetése az egészségügyi döntések meghozatalában: védik-e a betegek szabad elhatározását a törvények, segítik-e megvalósulásukat az arra hivatott intézmények.

A kötet, amelyet kezében tart az olvasó, ezt a vizsgálódást folytatja. Ezúttal a pszichiátriai intézményekben elemeztük a betegjogi rendelkezések törvényi megoldásait és gyakorlatát. A pszichiátriai kezelték esetében a múltban gyökerező megkülönböztető bánásmód és előítéletek következtében még nagyobb erőfeszítéseket kíván a betegjogok maradéktalan biztosítása.

Elemzésünk középpontjába azt a kérdést állítottuk, hogy a jogalkotó és a pszichiátriai kezelést nyújtó intézmények megtették-e ezeket az erőfeszítéseket: garanciákat teremtettek-e arra, hogy a pszichiátriai kezelésre minden esetben az érintett emberi méltóságának tiszteletben tartásával, az egyenlő bánásmód elvét szem előtt tartva kerülhessen sor.

Minthogy pszichiátriai kezelés és gondozás nemcsak kórházakban, hanem szociális intézetekben is zajlik, gondot fordítottunk arra is, hogy ezekről az intézményekről szó essék. Egy olyan intézmény működési elveiről és gyakorlatáról is beszámolunk, ahol a betegek kezelésére minden esetben hatósági döntés alapján kerül sor.

Budapest, 2002. március

¹ Betegjogok Magyarországon – Szabályok és gyakorlat. Kiadta a Társaság a Szabadságjogokért Heuer Orsolya szerkesztésében, 2002 januárjában.

Pszichiátriai kezelés és betegjogok

Magyarországon törvény szabályozza az állampolgárokat a gyógykezelésük során megillető jogokat, és ratifikáltuk az Európa Tanács Egyezményét az emberi jogokról és a biomedicináról, az úgynevezett Bioetikai Konvenció². Mindezek jelentős eredménynek számítanak az egyén önrendelkezési jogának elismertetése terén az egészségügyi ellátásban. Az alábbiakban a pszichiátriai kórházi kezelésekre vonatkozó szabályokat és azok jelentősebb módosításait fogom vizsgálni.

A rendszerváltást követően a pszichiátriai betegek gyógykezelésének szabályait már 1994-ben módosították³, míg az átfogó és általános betegjogi garanciák 1997-ben kerültek elfogadásra az új Egészségügyi törvény⁴ megalkotásával. Hogy a pszichiátriai betegekre vonatkozó rendelkezéseket elsők között vették revízió alá, annak oka az Európai emberi jogi egyezményének⁵ magyarországi megerősítése és kihirdetése volt. A magyar joganyagot néhány fontos pontján a nemzetközi emberi jogi alapelvekhez igazították. A sürgető változtatások érintették a pszichiátriai ellátás rendszerét: meghatározták a nem önkéntes gyógykezelés elrendelésének törvényi feltételeit és az elrendelésére irányuló eljárást.

Az 1997-ben megalkotott új Egészségügyi törvény már nem csak a pszichiátriai ellátás rendszerét és a bekerülés jogi garanciáit, hanem az egészségügyi ellátáshoz általában kapcsolódó valamennyi betegjogot rögzítette. A törvény követte a betegjogok katalógusának megfogalmazásánál a WHO Amszterdami Deklarációját,⁶ így elmondhatjuk, hogy a magyar törvényben felsorolt jogosultságok megfelelnek a nemzetközi elvárásoknak. A jogszabály szerkezetileg külön fejezetben foglalkozik a pszichiátriai kezelésekre vonatkozó, az általánostól eltérő szabályokkal, itt tér ki a kezelés elrendelésének lehetséges formáira.

² Az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye

³ 1994. évi LXXXVII. törvény az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény módosításáról

⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

⁵ Az emberi jogok és alapvető szabadságok védelméről szóló Egyezmény. Kihirdette az 1993. évi XXXI. törvény. (A továbbiakban: Egyezmény)

⁶ WHO (ENSZ Egészségügyi Világszervezete) – Amszterdami deklaráció a betegjogok előmozdítására, 1994.

A pszichiátriai gyógykezelés formái – föl vétel a kórházi osztályra

A kórházi pszichiátriai kezelés megkezdésére kétféle módon kerülhet sor: vagy a beteg maga kéri azt, vagy akarata ellenére kötelezik a gyógykezelés eltérésére. A kötelező pszichiátriai kezelés a legtöbb országban elismert lehetőség, de komoly feltételekhez és eljárási garanciákhoz kötik annak elrendelését. Indoka lehet, hogy a beteg magára vagy másokra veszélyt jelent és a társadalom védelme érdekében kell a gyógykezelését elrendelni. Az állam „gyámkodása” megvalósulhat egy csupán saját magára veszélyt jelentő pszichiátriai beteggel szemben is.

Nézzük meg először közelebbről az önkéntes föl vételt. A korábban hatályos 1972-es Egészségügyi törvény⁷ mindössze annyit határozott meg, hogy bárki kérheti önkéntes pszichiátriai gyógykezelését, a felvételtől pedig az „elmeosztály” vezetője dönt. Egyéb részletekre a törvény nem tért ki. Az 1994-es törvénymódosítás további feltételeket támasztott: a beteg önkéntes elhatározásán kívül megkívánta a pszichiátriai betegség meglétét és a kezelés szükségességét. Továbbra is az intézetvezető döntött a kezelésbe vételről, viszont új elemként jelent meg a rendszerben, hogy a bíróság 30, illetve egyes esetekben 60 nap múlva felülvizsgálta a kezelés szükségességét.⁸

1997-ben, az új Egészségügyi törvény megalkotása során éles vitát váltott ki az a kérdés, hogy indokolt-e az önkéntes felvételi kérelem bírósági felülvizsgálata. A jogalkotó ragaszkodott ahhoz, hogy – az esetleges visszaélések megelőzésére - a kezelés indokoltságára és önkéntességére vonatkozó bírósági kontroll továbbra is érvényesüljön az önkéntes státuszú kezelték körében. Szükségesnek tartották, hogy egy független testület – bíróság – is igazolja a kérelem önkéntességét. A pszichiátriai szakma a vitában azt képviselte, hogy egy önkéntes kezelési kérelem bírói felülvizsgálata a cselekvőképes egyén szabad elhatározásának indokolatlan ellenőrzését, ennél fogva személyiségi jogai sérelmét jelenti. A jogalkotó végül engedményt tett ebben az irányban: főszabályként ugyan megtartotta az önkéntes kérelem

⁷ 1972. évi II. törvény az egészségügyről

⁸ Az intézetvezető a beteg felvételével egy időben értesítette a bíróságot. Az értesítés indoka az volt, hogy amennyiben a gyógykezelés eléri a 30 vagy 60 napot, és sor kerül bírósági felülvizgálatra, akkor a bíróság erre idejében fel tudjon készülni. (Dr. Koczka Éva: A kóros elmeállapotú személyek pszichiátriai fekvőbeteg-intézeti kezelése elrendelésének és felülvizgálatának szabályairól, Medical Protection Hungary, 96/1: 14-16.)

bírói felülvizsgálatát, annyiban azonban megerősítette a kezelésre jelentkezők önrendelkezési jogát, hogy tiltakozhatnak a bírósági felülvizsgálat ellen.

A fenti szabályok azokra az emberekre vonatkoznak, akik döntési képességeik birtokában maguk kéri a kórházi fölvetelüket. De mi a helyzet azokkal, akiknek a döntési képessége valamilyen mértékben korlátozott? Helyettük törvényes képviselőjük, ennek hiányában pedig közeli hozzátartozójuk kérheti a gyógykezelést. Ezekben az esetekben a bíróság hivatalból felülvizsgálja a beleegyezés érvényességét és a kezelés indokoltságát.

Szóltunk már arról, hogy a pszichiátriai betegek akaratuk ellenére is kórházba kerülhetnek. Az 1972-es törvény alapján „elmebetegség”, vagy annak gyanúja esetén is bárkit gyógykezelésbe lehetett venni az orvos véleménye alapján, az „elmeosztály” vezetőjének döntését követően. A nemzetközi dokumentumok elfogadják, hogy meghatározott esetekben pszichiátriai betegek – pl. ha a mentális betegségük folytán veszélyt jelentenek magukra vagy másokra – kényszeríthetők a gyógykezelésre. Minthogy ekkor szabadságot korlátozó eljárást alkalmaznak velük szemben, biztosítani kell számukra az Európai emberi jogi egyezményének (a továbbiakban: Egyezmény) alapvető követelményeit: „Szabadságától senkit sem lehet megfosztani, kivéve az alábbi (5. cikk 1/a-f pontban meghatározott) esetekben és a törvényben meghatározott eljárás útján.”⁹ Az Egyezmény azt is leszögezi, hogy a szabadságától megfosztott személyt haladéktalanul bíró vagy a törvény által bírói hatáskörrel felruházott más tisztségviselő elé kell állítani.¹⁰ Ezeknek az előírásoknak a Magyarországon 1994-ig hatályban lévő szabályozás nem felelt meg, hiszen egyedül a kórházi orvos döntéséhez kötötte a kezelés megkezdését. Hetekbe telt, amíg a bíró egyáltalán a beteg közelébe került és ellenőrizte az eljárás törvényességét.

Az Egészségügyi törvény 1994-es módosítása arra irányult, hogy a jövőben valakit csak akkor lehessen pszichiátriai osztályon akaratuk ellenére bent tartani, ha erről független, pártatlan testület – a bíróság – döntött. Arra is megoldást dolgoztak ki, hogy a bírósági döntést megelőzően, azonnal is kórházba lehessen szállítani azt a beteget, akinek kezelésbe vétele nem tűr halasztást. Erre szolgál az úgynevezett sürgősségi eljárás.

⁹ Egyezmény 5. cikk 1. pont

¹⁰ Egyezmény 5. cikk 4. pont

Ennek értelmében mentális betegsége miatt akkor lehet valakit akarata ellenére pszichiátriai osztályra szállítani, ha állapota következtében önmagára vagy másokra közvetlen veszélyt jelent, a veszélyhelyzet csak az azonnali pszichiátriai gyógykezeléssel hárítható el. A mentális állapotot csak orvos mérhette föl, és a beszállítást is csak ő kezdeményezhette. Az akkor elfogadott szabályok szerint, a beszállítást követően 24 órán belül értesíteni kellett a bíróságot, amely további 8 napon belül döntött a kezelés és a beszállítás indokoltságáról és jogszerűségéről. Ezt követően 30, ill. (rehabilitációs intézményekben) 60 naponként vizsgálta a bíróság a kezelés fenntartásának szükségességét. Fontos garanciális szabályként került bevezetésre, hogy a bíróságnak a döntéshez be kell szereznie egy, a beteg kezelésében részt nem vevő igazságügyi pszichiáter-orvosszakértő véleményét. Egy akkori elemzésben joggal merült fel annak igénye, hogy a szakértő – függetlensége érdekében – ne lehessen olyan személy, aki a kezelőorvossal egy intézményben dolgozik, de semmiképpen ne legyen ugyanott vezető beosztású személy.¹¹ A bírósági eljárásban személyesen kell meghallgatni a beteget és törvényes illetve meghatalmazott képviselőjét. Amennyiben pedig a betegnek nincs képviselője, akkor számára ügygondnokot nevez ki a bíróság.

1997-ben, a jogalkotó az új Egészségügyi törvénybe átvette a kezelés sürgősséggel történő elrendelésének szabályait, ezen felül új eljárási szabályokkal még többletgaranciákat is beépített a rendelkezések közé. A beteg akarata ellenére történő, sürgősségi beszállítását követően a bírói döntésnek ez idő óta nem 8, hanem 3 naptári napon, vagyis 72 órán belül kell megszületnie. Így megvalósul a gyors bírói döntés, az esetleges visszaélések és indokolatlan beszállítások hamarabb kiszűrhetőek. Az új Egészségügyi törvény azt is lehetővé teszi, hogy a bírósági felülvizsgálat során a beteget, meghatalmazás alapján, a betegjogi képviselő képviselje. Az a szabály is megmaradt, hogy amennyiben az érintettnek nincs képviselője, a bíróság ügygondnokot jelöl ki számára. A hatékony képviselet érdekében az eljárás előtt mind a betegjogi képviselőnek, mind az ügygondnoknak fel kell keresnie képviseltjét, tájékozódnia kell a beszállítás körülményeiről és tájékoztatnia kell a beteget eljárási jogairól. A betegjogi képviselőktől szerzett információink alapján nem keresik őket ilyen kéréssel: pedig az ő bevonásuk az eljárásba érdemi képviseletet teremthetne az érintettek számára.

¹¹ Ld. 7. lábjegyzet, Dr.Koczka Éva idézett tanulmánya

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium módszertani levele¹² a veszélyhelyzetet észlelő és a beszállítást kérő orvosra dokumentálási kötelezettséget ró. A törvényhez kapcsolódó szakmai szabály alapján az orvosnak nem csak állást kell foglalnia kell arról, hogy fennáll-e veszélyeztető állapot, hanem a tüneteket is le kell írnia. Így lehet utólagosan következtetéseket levonni arra vonatkozólag, hogy valóban indokolt volt-e a beszállítás.

Nem minden esetben áll fenn azonban olyan sürgős szükséghelyzet, hogy az együttműködésre nem hajlandó mentális beteget kórházba kelljen szállítani. Amikor a veszélyeztető állapot nem kíván azonnali föllépést, nincs indoka annak, hogy még a bíróság döntését megelőzően lehetőség legyen a beteg kórházba szállítására. Magyarországon 1994 óta törvényes szabály van arra, hogy amikor a sürgős szükség nem áll fenn, a pszichiátriai kezelésre szorulóknak előzetes bírói döntés alapján kerüljenek kórházba (kötelező kezelés). Ezekben az esetekben a pszichiátriai gondozóintézet szakorvosa kezdeményezi a bírósági eljárást. Ekkor a bíró 15 napon belül dönt a kötelező intézeti gyógykezelés elrendeléséről.

A szakemberek – és erre a tényre az új módszertani levél¹³ kitér – ritkán folyamodnak ehhez az eljáráshoz. A szakmai kollégium módszertani levele pusztán néhány sorban említi meg e kezelési típus létezését. Sőt, az első módszertani levél kibocsátói egyenesen szorgalmazták, hogy a pszichiáterek ne a kötelezési eljárást, hanem a sürgősségi beszállítást vegyék igénybe, mert az a „beteg érdekeit jobban szolgálja”. A személyesen megkérdezett pszichiáterek¹⁴ az eljárás elhúzódásának veszélyeire hivatkoztak.

Valóban hosszabb eljárásról van szó a kötelező kezelés esetén, de ezáltal alaposabb, és főként a kórházba való fölvételt megelőző vizsgálatra nyílik lehetőség. Azokra az esetekre kínál ez megoldást, amikor a beteg romló állapota még nem indokolja az azonnali sürgősségi beszállítást, de a kezelés elmaradása miatt egészségi állapotában súlyos károsodás következhet be a kezelés elmaradásának esetén. Maga az eljárás lényegesen több garanciális elemet tartalmaz: az érintett egy sokkal stabilabb helyzetben, „civil környezetben” és nem a kórházban mondhatja el a bíróság előtt véleményét, a döntéshozókat megismertetheti körülményeivel és arra vonatkozó indokaival, miért utasítja el a kórházi kezelést.

¹² Új módszertani levél az 1997. évi CLIV. számú törvényhez az egészségügyről, illetve annak módosításához. Közölte a *Psychiatria Hungarica* 2001, 16 (4) számában: a 467-472. oldalakon

¹³ Ld. 11. lábjegyzet

¹⁴ *Betegjogok Magyarországon – Szabályok és gyakorlat* Kiadta a Társaság a Szabadságjogokért Heuer Orsolya szerkesztésében, 2002. januárjában

Ahhoz, hogy a bírósági eljárásnak ezt a típusát a jövőben valóban igénybe is vegyék a pszichiáterek, szükség volna megfelelő szakmai módszertani utasításokra, valamint e tárgyban felkészítésre, mind az orvosok, mind a bíróságok számára.

Az akaratuk ellenére kezelésbe vett emberekről a TASZ tapasztalatai alapján általánosságban elmondható, hogy nem részesülnek hatékony eljárási képviselőben, ritkán vannak tisztában a jogi lehetőségeikkel. A pszichiátriai kezelték felvételekor a törvény részletes tájékoztatást kíván a szakorvostól és az ápolószemélyzettől: tájékoztatniuk kell a betegeket a jogaikról, a bírósági eljárásról, annak lényegéről és az ahhoz kapcsolódó jogokról.

A törvény előírja, hogy a tájékoztatás ne csak szóban történjen meg, hanem a szükséges információk írott formában is átadásra kerüljenek a beteg felvételekor¹⁵. Az effajta tájékoztató füzetek összeállításához ez idáig a pszichiátriai szakma nem nyújtott mintát a kórházaknak. Fontos lenne egy iránymutatás kiadása arról, hogy melyek azok az információk, amelyeket a pszichiátriai osztályra történő felvételnél közölni kell az emberekkel, és írásos formában rendelkezésükre kell bocsátani annak érdekében, hogy az abban foglaltakat a későbbiekben is tanulmányozhassák.

A kezelési döntésekről

A betegjogok kodifikálása 1997-ben nagy előrelépést jelentett a korábbi rendelkezésekhez képest. A régi Egészségügyi törvény ugyan rögzítette az orvos tájékoztatási kötelezettségének és a beteg hozzájárulásának kívánalmát, azonban ezek tartalma és terjedelme nem lett megfogalmazva, és hiányoztak a jogérvényesítési eszközök.¹⁶

Az új Egészségügyi törvény második fejezetében felsorolt általános betegjogok az önrendelkezés jogából levezetett jogosultságok. A betegjogok kodifikálásának az ember önrendelkezési jogán és a kiszolgáltatott helyzetbe került emberek méltóságának tiszteletben tartásán kell alapulnia, és a pszichiátriai kezelték számára jogegyenlőséget kell teremtenie. A törvényben rögzített általános betegjogokat ugyanúgy tiszteletben kell tartani a pszichiátriai

¹⁵ 1997. évi CLIV. törvény, 191. § (2) bekezdés

¹⁶ 1972. évi II. törvény az egészségügyről, 45. § (1) bekezdés: „Az orvosnak az általa kezelt beteget ... a betegségről és a beteg állapotáról megfelelő módon tájékoztatni kell.”

kezelések során, mint az egyéb kezelésekkor. A jogalkotó teremtett néhány kivételt is, amikor el lehet térni a főszabálytól. A veszélyeztető állapot fennállásakor az egészségügyi dokumentációhoz való jog kivételével bármelyik beteg jog korlátozható, de csak a szükséges ideig és csak a szükséges mértékben. Kiemelt szabályként rögzíti a törvény, hogy még veszélyeztető állapotban sem sérülhet a betegek emberi méltósága.

A gyógykezeléshez és a lehető legmagasabb színvonalú ellátáshoz való jog megkívánja, hogy az állampolgárok számára hozzáférhetőek legyenek a modern pszichiátriai ellátási formák a ma is még uralkodó szerepet betöltő kórházi kezeléssel szemben.¹⁷ Jelentős mértékben fejleszteni kell a közösségi ellátás rendszerét, hogy a kezelést igénylő betegek saját környezetünkben tudjanak meggyógyulni, illetve a saját terápiás igényüknek legmegfelelőbb ellátási formát tudják választani.

Az Egészségügyi törvény megköveteli, hogy a pszichiátriai kezelésre lehetőség szerint a beteg családi vagy lakóközösségében, a lehető legkevésbé korlátozó módszerrel kerüljön sor. Támogatni kell az önszervező szervezetek működését. Az intézményi átalakításra a szankció nélküli jogszabályi kötelezettség kevésnek bizonyult: a Szociális törvény 1999-es módosítása kötelezővé tette minden 20 ezernél nagyobb lélekszámú települési önkormányzat számára pszichiátriai betegek nappali klubjának kialakítását – pénzügyi többletforrás megjelölése nélkül.¹⁸ Az eltelt több mint két év alatt összesen két ilyen nappali klub megnyitásáról szerezhettünk tudomást egész Magyarország területén. Számos szakmai tanulmány született már a pszichiátria átalakításának szükségességéről¹⁹, e változások megteremtéséhez az államnak biztosítani kell a jogszabályi környezetet éppen úgy, mint a pénzügyi forrásokat a szükséges fejlesztések végrehajtásához.²⁰

¹⁷ Az Egészségügyi törvény alapján is elmondható, hogy a pszichiátriai betegek kezelése terén a törvény maga is a kórházi ellátással számol, egyéb ellátási formák specialitásaira nem tér ki.

¹⁸ 1993. évi III. törvény A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 75. § és 87. §.

¹⁹ Reflektorfényben a honi pszichiátria, *Psychiatria Hungarica* 1997, 12(1): 45-50; Röpirat a magyar pszichiátriáról, *Psychiatria Hungarica* 1997, 12 (1): 75-87; Gondolatok a közösségi pszichiátriai ellátás fejlesztéséről, *Psychiatria Hungarica* 1997, 12 (5): 643-653; A Pszichiátriai Szakmai Kollégium ad hoc bizottságának állásfoglalása a hazai pszichiátriai ellátás helyzetéről, *Psychiatria Hungarica* 1999, 14 (2): 218-224.

²⁰ Egy 2000-es Szakmai Kollégiumi állásfoglalás szerint a finanszírozás következtében (miszerint 75 beteget kell ellátni a járóbeteg szakrendelésen ahhoz, hogy ugyanannyi pénzt hozzon, mint egy átlagos pszichiátriai fekvőbeteg) az ambuláns ellátás helyett a jóval költségesebb kórházi ellátás felé terelődik a beteg ellátása. [A pszichiátriai járóbeteg-ellátás helyzete és távlatai. *Psychiatria Hungarica* 2000, 15 (6): 713-716.]

A betegjogok katalógusa szerint az önrendelkezési jog magában foglalja a teljes körű tájékoztatás és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés jogát. Ám ezek a jogok a pszichiátriai kezelés során időlegesen korlátozhatóak. A veszélyeztető állapotú pszichiátriai betegeknél a beszállítást követő első tájékoztatás a törvény alapján el is maradhat, amíg a veszélyeztető állapot tart. A tájékoztatást azonban ekkor is meg kell próbálni, és a veszélyeztető állapot megszűntével azonnal pótolni kell. A tájékoztatás során teljes körűen kell az információkat átadni, a beteg cselekvőképességétől függetlenül. Az orvosnak figyelembe kell vennie betege iskolázottságát és életkorát ugyanúgy, mint pszichés állapotát. Számos tanulmány mutatott rá, hogy a gyógyítás hatékonysága is nagymértékben nő, ha a beteg tájékozottan vesz részt gyógyításában. Egy külföldi, pszichiátriai járóbetegeket érintő felmérés²¹ szerint az orvosi mellékhatásokra és a kezelési eljárásra vonatkozó széleskörű információk közvetlenül hatnak a betegek elégedettségére, és az ápolószemélyzet is jobb eredményt ér el a gyógyítás terén. A felmérést feldolgozó cikk hangsúlyozza és egyben alátámasztja a terapeuták képzésének fontosságát.

Főszabályként rögzíti az új Egészségügyi törvény, hogy a gyógykezelést és a beavatkozásokat csak a beteg beleegyezése után lehet megkezdeni. Hogyan érvényesül a beleegyezés joga a pszichiátriai kezelés során? Az önkéntes gyógykezelés során a magyar jogszabályok alapján a tájékoztatáson alapuló beleegyezés joga csak a teljesen cselekvőképes személyeket illeti meg. A cselekvőképtelen betegek nem dönthetnek maguk a kezelési kérdésekben, de nem dönthetnek azok sem, akiknek a cselekvőképességét a bíróság korlátozottan ítélte meg. 2001 novemberétől a Polgári Törvénykönyv módosítása nyomán mód van arra is, hogy a bíróság valakit ne általános jelleggel korlátozzon döntési kompetenciájában, hanem csak egyes döntési körök vonatkozásában. Amennyiben a gondnokság alá helyezési eljárás során az érintett egészségügyi önrendelkezési jogát a bíróság nem korlátozta, akkor ő a jövőben a gyógykezelés elfogadásáról maga dönthet. Akkor is, ha egyébként más ügyekben, például a pénzügyei kezelésében korlátozva van az önálló döntésben.

A döntési jogától megfosztott beteg helyett valaki másnak kell döntenie a beavatkozásokról. Elsősorban annak a személynek a beleegyezését kérik, akit a beteg még cselekvőképessége birtokában jelölt meg ebből a célból. Ettől a személytől várható leginkább, hogy döntésében a beteg választása és életfelfogása tükröződjön. A helyettes döntéshozótól az várható el, hogy

²¹ Barak, Szor, Kimhi, Kam, Mester, Elizur: Survey of patient satisfaction in adult psychiatric outpatient clinics. *European Psychiatry* 2001; 16: 131-3

hozzájárulása megadásakor támaszkodjon a beteg még kompetens állapotban tett kijelentéseire. Erre vonatkozó rendelkezés azonban nincs a jogszabályban. Az Egészségügyi törvény legfrissebb módosítása nyomán a 16. életévüket betöltött fiatalok is közokiratba foglalhatják, hogy kit választanak helyettes döntéshozójukként. Amennyiben nincs ilyen kijelölt helyettes döntéshozójuk, akkor a törvényes képviselő vagy a közeli hozzátartozó dönthet a beavatkozásokról. Szükséges megjegyezni, hogy a törvény szerint a helyettes döntéshozók döntési jogosultsága minden esetben csak az ún. invazív beavatkozásokra²² terjed ki, a gyógyszeres kezeléseket az orvosok így beleegyezés nélkül végezhetik.²³

A tájékozott beleegyezés jogának elismerése természetesen magában foglalja, hogy az emberek saját testük és életük felett önrendelkezési jogukat gyakorolva egyes gyógykezeléseket visszautasítsanak. A beavatkozás súlyosságától és következményeitől függően a cselekvőképes betegek megtagadhatják a hozzájárulást, sőt későbbi cselekvőképtelenségük esetére közokiratban előre nyilatkozhatnak egyes beavatkozásokról. A jogszabályok alapján a cselekvőképes pszichiátriai betegek is tehetnek olyan tartalmú nyilatkozatot, amelyben meghatároznak egyes követendő eljárásokat állapotuk rosszabbodása esetére.²⁴

Az orvostudományi kutatások terén kiemelt jelentősége van a tájékozott beleegyezés elvének, hiszen még bevezetés alatt álló eljárásokról van szó, amelyek kockázata jóval magasabb, mint a sztenderd kezeléseknél. Orvosi kísérletezéskor az új Egészségügyi törvény szerint szigorú feltételeknek kell megfelelni. A betegnek egy részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatást követően írásban kell megadnia beleegyezését a kutatásban való részvételéhez. Cselekvőképességében érintett személyek esetén szigorúbbak a feltételek, így például előírás, hogy a kutatástól várt eredmény közvetlenül szolgálja a kutatás alanyának egészségét. Ugyanakkor csak a beteg törvényes képviselőjének, hozzátartozójának vagy kijelölt helyettes döntéshozójának hozzájárulását kell beszerezni. A magyar jogszabályok nem kívánják meg,

²² 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 3. § m): „a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat”.

²³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 16. § (4) bekezdés

²⁴ Bizonyos esetekben súlyos gondot okozhat az előzetes nyilatkozatok betartása. Abban az esetben például, amikor tudja magáról a beteg, hogy állapotromlása esetén egy amúgy valóban hatékony gyógyszert vagy kezelést elutasítana, előzetesen kéri ennek alkalmazását. Amikor bekövetkezik a kérdéses állapot, teljes mértékben el fogja utasítani a kezelést. Amennyiben cselekvőképesnek ítéli betegét ekkor az orvos, akkor el kell fogadnia az elutasítást (hacsak más indok nincs, pl. életveszély stb.), vagy cselekvőképtelennek, és ilyenkor az orvosnak az előzetes nyilatkozatot kell követnie, és alkalmaznia az egyébként hatásos gyógykezelést.

hogy a beteg jóváhagyását cselekvőképtelensége esetén is meg kelljen kérni a kutatásba való bevonásához.

A kutatásokról szóló miniszteri rendelet²⁵ alapján a vizsgálatok során a résztvevő betegek egészségének védelmét és személyiségi jogait biztosítani kell. Ezen érdekek védelmére kötelezően ki kell jelölni egy, a kutatásban részt nem vevő orvost. Ez a független orvos rendszeres kapcsolatot tart a kutatásban résztvevőkkel, folyamatos tájékoztatást nyújt és a panaszokat is kivizsgálja, a beleegyezést viszont nem neki kell megkérnie a betegektől. Bármilyen haladó szellemű biztosíték ez a betegek jogainak védelme érdekében, a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum tapasztalatai alapján nagyon gyakran nem adják meg az orvos nevét a betegek számára, a dokumentációban üresen marad az erre vonatkozó rovat²⁶. A kezelésre kötelezett pszichiátriai betegek esetén nagyfokú függőség alakul ki a kezelőorvossal szemben. Leginkább a kezelőorvostól függ, hogy meddig tart még a gyógykezelés, mennyiben korlátozza páciense betegjogait.

Legutóbb a pszichiátriai szakma egyik képviselője tért ki a kutatásban részt vevők elfogulatlan tájékoztatásának kérdésére egy érdekképviselői fórumon. Füredi János pszichiáter professzor beszámolója²⁷ szerint az osztályán végzett kutatásoknál mint osztályvezető főorvos megköveteli, hogy a kutatásban nem érdekelt független orvos adja meg a tájékoztatást, és kérje a betegek beleegyezését is. Ez az elvárás összhangban van az orvosi kutatások nemzetközi elveivel, és fontos lenne jogszabályban rögzíteni az ilyen irányú kötelezettséget. A Helsink Deklaráció 23. pontja támaszt ilyen követelményt. Előírja, hogy amennyiben a kísérletben részt vevő beteg a kutatást vezető orvostól függő viszonyban van, akkor a kísérlettől teljesen független orvosnak kell kérnie a tájékozott beleegyezést²⁸.

Ahhoz, hogy egy beteg eldönthesse, vállalkozik-e a további gyógykezelésre, fontos lehet számára, hogy egészségügyi dokumentumait megismerhesse. Az Egészségügyi törvény főszabályként biztosítja a dokumentációhoz való hozzáférés és a betekintés, valamint a másolatkészítés jogát. A törvény a mentális betegek esetében lehetőséget biztosít arra, hogy a

²⁵ 11/1987. (VIII. 19.) EüM rendelet az orvosbiológiai kutatásokról, 3. § és 9. §

²⁶ Elhangzott a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum által szervezett Tabudélutánon 2002. február 11-én.

²⁷ Elhangzott a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum fent idézett rendezvényén.

²⁸ Helsink Deklaráció, Ajánlások orvosbiológiai kutatásokat embereken végző orvosok számára, World Medical Association.

kezelőorvos a pszichiátriai kezelés során felvett adatok egy részét ne hozza betege tudomására. Két oka lehet ennek: a dokumentáció meghatározott részének megismerése a beteg gyógyulását nagymértékben veszélyeztetné, vagy harmadik személy személyiségi jogait sértené. A betekintés megtagadását írásban rögzíteni kell, és a betegjogi képviselőt, valamint a beteg törvényes képviselőjét értesíteni kell róla.

A Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium állásfoglalást²⁹ adott ki a jogszabály értelmezéséről, amellyel hathatós segítséget nyújtott a pszichológusok számára a rendelkezések gyakorlati alkalmazáshoz és a vitás kérdések eldöntéséhez. A Kollégium állásfoglalása leszögezi, hogy a pszichiátriai kezelési dokumentáció kiadásának korlátozása terén az új Egészségügyi törvény nem azt teszi lehetővé, hogy a kezelőorvos automatikusan élhessen a korlátozással, amennyiben betegének pszichiátriai betegsége van, hanem minden esetben egyedi elbírálás szükséges. Részletes indoklást kell adni arról, hogy miért veszélyeztetné a beteg egészségi állapotát, ha megismerné a kért adatokat. A pszichiátria szakmai testülete nem dolgozott ki módszertani szabályokat a pszichiáterek számára e tárgykörben.

A TASZ jogsegélyszolgálatának egyik esetével kívánjuk bemutatni, hogy mennyire fontos lenne a szakmai iránymutatás annak érdekében, hogy ne válhasson általánossá a jogsértő gyakorlat: a mentális betegektől további indoklás nélkül megtagadják az adataik kiadását. Egy 10 évvel ezelőtt pszichiátriai kezelésben részesült személy abban kérte segítségünket, hogy régi gyógykezelésének dokumentációjáról másolatot kaphasson. Előbb a pszichiátriai osztály vezetője, majd a kórház igazgatója utasította el az adatkérést. Az első esetben a pszichiátriai betegségére hivatkozva tagadták meg tőle adatai másolatát, második esetben a várható állapotromlást jelölték meg indokul. Mindkét elutasítás jogsértő volt. A pszichiátriai betegség ténye önmagában nem indokolhatta az elutasítást, ráadásul az érintett személyt tíz éve nem látták, nem vizsgálták, hogyan tudhatták volna, hogy egyáltalán szenved-e pszichiátriai betegségben. A személyes vizsgálat hiányában vajon mire alapozhatták azon állításukat, hogy az adatai megismerése állapotromlást váltana ki nála? Bírósághoz kellett fordulnunk annak érdekében, hogy ügyfelünk végre megkaphassa orvosi iratait. A bíróság a kórház eljárását jogsértőnek minősítette és kötelezte a dokumentáció kiadására.

²⁹ A Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium állásfoglalása a pszichiátriai kezelési dokumentáció kiadásának korlátozási lehetőségeiről (a pszichológiai vizsgálatok dokumentációját is beleértve). *Psychiatria Hungarica* 1998, 13 (6): 735-736.

Végül röviden arról, milyen eszközökkel ruházta föl az Egészségügyi törvény a pszichiátriai kezelteteket, hogy jogaikat érvényesíthessék. Fordulhatnak az etikai bizottságokhoz és kérhetik peren kívüli egészségügyi közvetítő eljárás lefolytatását; panaszt tehetnek, amelyet 10 munkanapon belül írásban meg kell válaszolnia az intézmény vagy a fenntartó vezetőjének. Fordulhatnak a betegjogi képviselőhöz, aki küldetése szerint is kiemelt figyelmet fordít a kiszolgáltatott helyzetben lévők érdek- és jogvédelmére. A jogszabály ehhez segítséget is nyújtott, amikor bevezette, hogy a szabadságkorlátozó eszközök és a dokumentáció megismerésének korlátozásáról értesíteni kell a betegjogi képviselőt, valamint a kötelező kezelés elrendelésének bírósági eljárásában ő is képviselheti a beteget. A korlátozások ellenőrzéséhez nem teremtették meg a feltételeket, hiszen ha be is tartják az értesítési kötelezettséget – a jogszabály és az új módszertani levél előírása ellenére felmérésünk során több pszichiátriai osztályon tapasztaltuk, hogy erről a szabályról sem az orvosok, sem a betegjogi képviselők nem tudnak³⁰ –, a betegjogi képviselő heti egyszeri kórházi jelenléte nem ad módot az azonnali vizsgálódáshoz.

Összefoglalóul megállapíthatjuk, hogy a pszichiátriai betegek jogai törvényben rögzítettek és érvényesülésüket bírósági eljárás is szolgálja. Bármily fontos és nélkülözhetetlen garanciát nyújt a bíróság bevonása az intézeti kezeléstről való döntésbe, a gyakorlatban az eljárások formális módon működnek, csak a legsúlyosabb jogsértések megakadályozására alkalmasak. Nehezíti a jogszabályok érvényesülését, hogy maguk a betegek nem kapják meg a szükséges információkat a rájuk vonatkozó törvényes előírásokról. A jogaik betartásán örködő intézmények pedig – megfelelő szakmai felkészítés és pénzügyi eszközök híján – formálisan működnek. Míg a pszichiátriai otthonokban kirívóak a problémák, és ezáltal a nyilvánosság előtt zajlik a körülmények megváltoztatásáról szóló vita, addig a pszichiátriai szakellátás jogsértései nem kerülnek elemzésre a szélesebb nyilvánosság előtt, és a vita inkább a szakmai berkekben folyik.

³⁰ Betegjogok Magyarországon – Szabályok és gyakorlat Kiadta a Társaság a Szabadságjogokért Heuer Orsolya szerkesztésében, 2002. januárjában

A pszichiátriai otthonokról

A pszichiátriai betegek ellátása nem csak az egészségügy, hanem a szociális szféra területén is áttekinthető szabályozást kíván. A pszichiátriai betegekről való gondoskodásnak a szociális ellátás legalább olyan érzékeny pontja, mint az egészségügy.

Az elmúlt években, évtizedekben számos olyan eset került napvilágra, amely felhívta a figyelmet a pszichiátriai otthonokban okozott jogsérelmekre. Több vizsgálat is indult ezek feltárására. A vizsgálatok mindegyike kivétel nélkül súlyos problémákat, hiányosságokat állapított meg. Az ombudsman értékelése szerint a pszichiátriai otthonokban súlyosan korlátozzák a szabadsághoz, a személyes biztonsághoz való jogot. 1999-ben a Kínzásellenes Bizottság³¹ magyarországi látogatása során ugyannerre a megállapításra jutott. A szakmai körökben éles visszhangot kiváltó Rosenthal-jelentés³² erős kritikával illette a nagyméretű intézetek túlsúlyát, és a közösségi formák kiépítésének hiányát.

Az egészségügyi és szociális intézményeknek egyaránt megvannak a maguk feladatai a pszichiátriai betegek ellátásában. Abba, hogy ennek a szociális intézmények milyen előírások mentén és milyen minőségben tesznek eleget, az alábbiakban kívánunk részletesebb betekintést nyújtani. Előtte azonban röviden összefoglaljuk a pszichiátria intézményeinek magyarországi fejlődését.

Milyen múltra tekint vissza a magyar pszichiátria?

Bakonyi Péter Téboly, *terápia, stigma* c. könyvében részletesen taglalja a pszichiátriai szakmának és intézményeinek magyarországi meghonosodását. Összefoglalónk alapjául az általa egybegyűjtött adatok szolgáltak.³³

A pszichiátriai betegek Magyarországon a 18. század végéig semmiféle gondoskodásban, kezelésben nem részesültek. Nem volt részükre gyógyintézet, nem volt pszichiátriai oktatás,

³¹ A Kínzás és embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzéséről szóló nemzetközi egyezmény által létrehozott bizottság. Kihirdette az 1995. évi III. törvény.

³² Mental Disability Rights International: *Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország*. MDRI, Washington (1997)

³³ Bakonyi Péter: *Téboly, terapia, stigma*. Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest 1983

nem voltak szakorvosok, és nem volt szakirodalom sem. Azok a betegek, akiket családjuk kitaszított, az országot járták, faluról falura bolyongtak. A szerencsésebbeket szerzetesrendek, felekezetek fogadták be. A tehetősebb családok a terhessé vált családtagot külföldi országok tébolydáiban helyezték el.

A pszichiátria első forradalma a 19. század közepén következett be. Először magán intézetek jöttek létre, majd a helytartó engedélyével állami intézeteket is létrehoztak. Egyre több kórházban alakítottak ki elmeosztályokat. Ezek az intézetek és a kórházi osztályok fogadták be a mentális zavarokkal küzdőket.

A XX. század elejétől azoknak a pszichiátriai betegeknek, akik kórházi kezelést nem igényeltek, családi ápolási telepeket hoztak létre (Dicsőszentmárton, Balassagyarmat, Sátoraljaújhely, Baja stb.). A befogadó családok gondozták és foglalkoztatták őket. A betegek elhelyezését a kórházak ideg-elme osztályának orvosai szervezték meg.³⁴ 1930-ban a „számon tartott betegeknek több mint a negyedét nem zárt intézetben, hanem családi ápolásban tartották”.³⁵ A betegek számára kedvezőbb, humánusabb volt ez az ápolási forma, mint az intézeti bezártság vagy a kórházi osztály. A családok szerepvállalásában az is közrejátszott, hogy az állam támogatást nyújtott a betegek befogadásáért, és a befogadónak segítséget jelentettek a betegek a ház körüli munkák elvégzésénél.

A betegek ellátását, életkörülményeit a beteghez rendszeresen látogató orvos ellenőrizte. A betegek csak olyan körülmények közé kerülhettek, melyek megfeleltek a minisztériumi előírásoknak. Pl. a beteget fapadlós szobában kellett elhelyezni. Sok helyen a beteget látogató orvos terjesztette el az olyan civilizációs eszközöket és használatukat, mint a fogkefe, a lázmérő, vagy az árnyékszék.

A második világháború után a befogadó családok intézménye teljesen visszaszorult, helyébe munkaterápiás intézeteket és ún. elme-szociális otthonokat hoztak létre, többnyire vidéki kastélyokban, kúriákban, vagy laktanyákban. Az épületeknek a célnak megfelelő átalakítása, átépítése, felújítása nem történt meg. Az otthonok az országhatár közelében (Tompá,

³⁴ Kappéter István: A pszichiátriai szociális otthonok meghatározóiról és jövőjükéről, *Pszichiátria Hungarica* 1994. IX. évf. 3. sz., 291. old.

³⁵Bakonyi Péter: i.m. 461. old.

Zalaapáti, Búcsúszentlászló, Szentgotthárd) működtek. Ez a betegek integrálását, szocializációját tovább nehezítette, hiszen eredeti lakóhelyüktől távoli helyekre utalták be őket (pl: a Szentgotthárdi intézetbe fővárosi betegeket utaltak be.)

Jó néhány olyan intézet is működött, amelyet nem lehetett tömegközlekedési eszközzel megközelíteni. Képzeltető, mekkora gondot jelentett az otthonból való távozás, és a látogatók fogadása. Az évek során fokozatosan emelkedett az állami fenntartású otthonok száma, ugyanakkor feloszlatták az egyházak és különböző felekezetek által fenntartott otthonokat.

1980-ban negyven elmeszociális otthon működött az országban. A gondozottak intézeti elhelyezésében nem szakorvos, hanem a tanács illetékes ügyintézője játszott döntő szerepet. A már bekerült emberek gyakran éveken keresztül szakorvosi felülvizsgálat nélkül maradtak, sőt a szakszerű kezelésüket sem tudták megoldani. Az orvosi feladatokat az adott település körzeti orvosa látta el heti egy vagy két órában. A szentgotthárdi otthon egyik lakója tizenkét éve élt az intézményben, mire sor került a szakorvosi felülvizsgálatára, és kiderült, hogy teljesen indokolatlanul tartják őt az intézetben, hiszen nem szenved pszichiátriai betegségben.³⁶

Kellően szabályozott volt-e ezen intézmények működése?

Mint a fent ismertetett példa is mutatja, az elmeszociális otthonokra vonatkozó szabályok nem tartalmaztak komoly garanciákat arra, hogy valakit ne lehessen visszaélészerűen, akár élete végéig is intézetbe utalni. Az érintettek alapvető jogainak korlátozásával járó eljárásokat rendeletek szabályozták, melyek nemcsak az intézetekbe való elhelyezésre, de az ott folyó szakmai munkára sem tartalmaztak számon kérhető elvárásokat.

Nemcsak az alapvető jogok védelmének szükségességéből, de a pszichiátriai szakma fejlődéséből is egyenesen következett, hogy új normák, ellátási formák, módszerek kerüljenek bevezetésre, összhangban a modern pszichiátria elveivel. Ennek kívánt a törvényhozó megfelelni a Szociális törvény megalkotásával. Ezen a téren az egészségügyi szabályozás jelentős előnyben volt a szociális ellátáshoz képest. A pszichiátriai betegek kórházi

³⁶ Hajnóczy Péter: Az elkülönítő, Valóság 1975/10. szám, 88. old.

gyógykezeléséről már 1972-ben törvényi szinten rendelkeztek.³⁷ A szociális ellátás törvényben történő szabályozására további húsz évet kellett várni.

Az 1993-ban hatályba lépett Szociális törvény³⁸ egységes szerkezetbe foglalta a szociális otthonokra vonatkozó előírásokat, egyéb pénzbeli illetve személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatásokra vonatkozó szabályokkal együtt. Így a szociális szférában a korábbi rendeleti szabályozáshoz képest magasabb, törvényi szintű szabályozás lépett életbe. A törvény megalkotásával teljesült az az alkotmányos alapelv, hogy az alapvető jogokat, kötelezettségeket érintő szabályokat törvényben kell meghatározni.³⁹

A Szociális törvény kimondta, hogy pszichiátriai betegek otthonában azoknak a személyeknek az ápolását, gondozását végzik, akik számottevő pszichiátriai kezelést nem igényelnek, nem veszélyeztető állapotúak, nem is rehabilitálhatóak, ugyanakkor önálló életvitelre nem képesek és állandó intézeti gondoskodást igényelnek.⁴⁰ Nem történt azonban döntő előrelépés azon a téren, hogy eljárási garanciákat teremtsenek az intézeti beutalások terén tapasztalható visszaélésekkel szemben.

Milyen változásokat hozott a Szociális törvény a pszichiátriai betegek szociális ellátásában?

Az adatok azt a sajnálatos ténytet mutatják, hogy a törvény megalkotása óta eltelt közel nyolc évben a pszichiátriai betegek részére nyújtott szociális ellátás struktúrája szinte alig változott. Ugyanúgy a tartós intézeti elhelyezés dominál, mint korábban, szemben a betegek integrációját segítő közösségi ellátási formákkal. A 2000. évre vonatkozó statisztikai adatok szerint a tartós bentlakásos otthonokban több mint nyolcezer embert ápoltak.⁴¹ Az ellátásban részesítettek száma az 1993. év adataival szinte megegyezik. Olyan alapvető ellátási formákból maradtak ki a mentális betegek, mint az étkeztetés, családsegítő szolgáltatás, házi segítségnyújtás. A segítségre szoruló betegnek nem volt más választása, mint a szociális

³⁷ Az egészségügyről szóló 1972. évi II. tv. Hatályos 1998. VI. 30-ig.

³⁸ A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény.

³⁹ Az Országgyűlés törvényben állapítja meg az állampolgárok alapvető jogait és kötelességeit, ezek feltételeit és korlátait, valamint érvényre juttatásuk eljárási szabályait. A jogalkotásról szóló 1987. évi XI. törvény, 2. § c) pont.

⁴⁰ Szociális törvény 71. §. Hatályos 2001. december 31-ig.

⁴¹ Szociális Statisztikai Évkönyv 2000, 14. fejezet 7. pont, Központi Statisztikai Hivatal

otthon. Így sok olyan ember kényszerült intézetbe, aki kisebb gondozói támogatással megőrizhette volna önálló életvitelét.

A rendelkezésre álló adatok szerint 2000-ben összesen 61 tartós bentlakást biztosító pszichiátriai otthon működött hazánkban.⁴² A szociális intézetekbe utalt pszichiátriai betegek háromnegyede 100 férőhelyesnél nagyobb otthonokba zsúfolódva élt. Egy intézetben átlagosan 139 beteget ápoltak, de léteztek (és léteznek) négy-ötszáz férőhelyes otthonok is. Kirívó példa Szentgotthárd, ahol az adatgyűjtés idején 720 főt ápoltak.⁴³

Azok a törekvések, hogy megszüntessék ennek az ellátási formának a dominanciáját, tükröződtek a Szociális törvény módosításaiban is. Így került bevezetésre az átmeneti otthon intézménye, amelyből az elsőt 1998-ban hozták létre.⁴⁴ Arra volt hivatott, hogy ideiglenesen biztosítson lakhatást a kórházból kikerülőknél, amíg önálló életvitelre tudnak berendezkedni. A 2000. év végéig az országban ez az átmeneti otthon nem csak az első volt, hanem az egyetlen is.⁴⁵ Annyi változás történt, hogy a megnyitása óta eltelt három évben folyamatosan csökkent azoknak a száma, akik az otthon szolgáltatását igénybe vehették.

A Szociális törvény egy másik módosítása a lakóotthonok föllállításáról rendelkezett.⁴⁶ A lakóotthon olyan kis közösség, ahol az ellátást igénybe vevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosítanak. Itt a beteg önállóan úgy élheti életét, hogy biztosítják számára a személyre szabott ellátást, gondozást.⁴⁷ A kötet lezárásáig nem állt rendelkezésre pontos statisztikai adat arról, hogy hány lakóotthont hoztak létre eddig a pszichiátriai betegek részére. (Különböző források különböző adatokkal számolnak, egy biztosnak tekinthető: a lakóotthonok száma az ország egészében tíz alatt marad.) Mivel a lakóotthonok létrehozása lassú ütemben halad, azoknak a betegeknek a száma, akik igénybe vehetik ezt a szolgáltatást, rendkívül alacsony.

⁴² Szociális Statisztikai Évkönyv 2000, 14. fejezet 9. pont, Központi Statisztikai Hivatal

⁴³ Bácskay Andrea (KSH Szociális statisztikai osztály) 2001. május 24-én elhangzott előadása alapján. (Az adatok az 1999. évre vonatkoznak.)

⁴⁴ A törvény jelenlegi formájában: 1993. évi III. tv. 80. § (3) bek. c. pontja

⁴⁵ Szociális Statisztikai Évkönyv 2000, 14. fejezet 9. pont, Központi Statisztikai Hivatal

⁴⁶ A törvény jelenlegi formájában: 1993. évi III. tv. 85/A §

⁴⁷ Az ellátási forma feltételeinek megteremtéséről fokozatosan, de legkésőbb 2009. XII. 31-ig kell gondoskodni.

Ha egy pillantást vetünk a mentális betegeket ellátó egészségügyi rendszerre is, ott ugyancsak hasonló arányokat találunk az intézeti és az ambuláns formák között. Az ambuláns ellátást nyújtó pszichiátriai gondozók a 90-es évek legvégén sem vettek ki nagyobb részt a betegek ellátásából, mint egy évtizeddel korábban. A pszichiátriai gondozókban ellátott betegek számáról a legutolsó rendelkezésünkre álló adat az 1999. évre vonatkozik. Eszerint a pszichiátriai gondozókban nyilvántartott betegek száma az elmúlt tíz évben nagyságrendileg nem változott (1999-ben 128.952 főt regisztráltak). Ez a tény is alátámasztja azt a korábbi megállapítást, hogy a beteg ellátás súlypontját továbbra is a kórházi elhelyezés jelenti, és nem került előtérbe a járóbeteg ellátás. 1999-ben a legtöbb beteget budapesti pszichiátriai gondozókban tartották nyilván, de a település lakosságára jutó betegek aránya nem a fővárosban volt a legnagyobb, hanem Csongrád, Baranya, illetve Nógrád megyében.⁴⁸

Aki pedig kizorul az egészségügyi ellátásból, az egyéb választása nem lévén, csak szociális intézeti elhelyezését kérheti. 1996-ban az ombudsman összefoglaló megállapításai megdöbbenést keltettek: a pszichiátriai betegek számára Magyarországon nem működik szociális háló, nincsenek átmeneti otthonok, védett munkahelyek, védett szállások, éjszakai és nappali szanatóriumok.⁴⁹ E megállapítás nagy vonalaiban ma is fenntartható.

A pszichiátriai otthonok működéséről

A Szociális törvény végrehajtási rendeletei szigorú feltételeket szabnak a pszichiátriai otthonok működtetésére. Előírásokat tartalmaznak a személyi és tárgyi feltételekre, a gondozás menetére és az ellátottak jogaira. Az adott intézmény akkor kaphat végleges működési engedélyt, ha megfelel a törvényben szabott előírásoknak, ellenkező esetben csak ideiglenes engedéllyel működik a szükséges változtatások végrehajtásáig. E rendelkezés következtében a pszichiátriai otthonok többsége nem tudott végleges működési engedélyhez jutni. 2000-ben ezen intézmények fele még mindig csak ideiglenes engedéllyel rendelkezett.⁵⁰

⁴⁸ Szociális Statisztikai Évkönyv 1999, 4. fejezet 9. pont, Központi Statisztikai Hivatal

⁴⁹ A betegek emberi és állampolgári jogainak érvényesülése a pszichiátriai fekvőbeteg-intézetekben és pszichiátriai otthonokban, 1996, 80. old.

⁵⁰ Forrás: „Az intézetbeli élet a számok tükrében” Tokaji Károlyné (KSH Szociális statisztikai osztály vezetője) előadása, amely 2001. május 24-én hangzott el „Az élet minősége” címmel megrendezett konferencián.

A közigazgatási hivatalok a súlyos működési hiányosságokat mutató intézeteket be is zárathatják.⁵¹ Erre azonban a gyakorlatban nem került sor. A közigazgatási hivatalok a működési hiányosság észlelésekor inkább azt a megoldást választják, hogy az intézmény működési engedélyét ideiglenessé minősítik, és ellátási érdekre hivatkozva engedélyezik az otthon további működését. A közelmúltból még arra is akadt példa, igaz, csak egyetlen intézmény esetében, hogy egy otthonban pszichiátriai betegeket gondoztak, miközben egyáltalán nem rendelkeztek a működéshez szükséges hatósági engedéllyel.⁵²

Az erélyesebb hatósági föllépésre pedig nagyon is szükség volna, hiszen az intézetek mind a szakmai, mind a tárgyi, mind a személyi adottságaikat tekintve messze elmaradnak az elvárható mértéktől. Ha csak a tárgyi feltételeket nézzünk is, szinte minden bentlakásos intézet súlyos hiányosságokat mutat. Ez nem meglepő, hiszen az otthonok eredetileg nem beteg emberek ellátására épültek. Az épületek zöme régi, felújításra szoruló. Volt olyan intézmény, amelyet az ombudsman nemhogy mentális sérültek szakszerű gondozására, de egyenesen emberi lakhatásra alkalmatlannak minősített.⁵³

A pszichiátriai otthonokban folytatott szakmai munka minőségének alakulásában meghatározó szerepet játszik az a tény, hogy a pszichiátriai szakma nem tekinti magáénak ezt az ellátási formát. Amíg nem változik a szakemberek hozzáállása, és továbbra is csak az egészségügyi intézményekben nyújtott ellátást tekintik a pszichiátria részének, addig a pszichiátriai otthonok gondozásának színvonala messze elmarad az egészségügyi intézményekhez, és a minimálisan elvárható szinthez képest. A szakma hozzáállásáról ad képet az a nyilatkozat, ami a Pszichiátriai Szakmai Kollégium⁵⁴ egyik ülésén hangzott el egy

⁵¹ A hivatkozott 188/1999. Korm. rendelet 1999. XII. 31-től hatályos. A hatályba lépést követő egy éven belül a közigazgatási hivataloknak meg kellett vizsgálni - többek között - az összes pszichiátriai otthont, hogy működésük megfelel-e a szakmai követelményeknek.

⁵² Tokaji Károlyné idézett előadása alapján.

⁵³ Az ombudsman elmarasztalását követően a fenntartó döntött az otthon bezárásáról, és a betegeket az 1997-ben átadott, új füzesabonyi otthonban helyezték el. A betegek emberi és állampolgári jogainak érvényesülése a pszichiátriai fekvőbeteg-intézetekben és pszichiátriai otthonokban, 1996, 20. old.

⁵⁴ A Kollégium az egészségügyi miniszter tanácsadó testülete.

pszichiátriai otthonban történt haláleset kapcsán. „Az intézmény – a pszichiátriai otthon – sajnos senkitől, legfőképpen a szakmától nem kapott megfelelő segítséget.”⁵⁵

Eddig szó esett a pszichiátriai otthonok hiányos működéséről, az erőtlen hatósági ellenőrzésről, a tárgyi és személyi feltételek hiányáról, a költségvetési nehézségekről, a pszichiátriai szakma elhatárolódásáról, és ebben az összefüggésben szeretnék szólni egy további hiányosságról, amely akadályozza annak, hogy a minőségi követelményeket betartsák és a gondozottak jogait tiszteletben tartsák. Ez pedig nem más, mint a civil kontroll hiánya.

A társadalmi szervezeteknek lehetőséget kellene kapniuk arra, hogy látogathassák a bentlakásos otthonokat, észrevételeiket megfogalmazzák a fenntartó vagy más illetékes szerv felé, és adott esetben szabálytalan működés esetén megtegyék a szükséges lépéseket az illetékes hatóságok felé. Másrészt e szervezetek segíthetnék a gondozottakat jogaik érvényesítésében. A szabálytalan működés megszüntetése, a gondozottak jogainak védelme a jogalkotó megfogalmazott célkitűzése is volt, ezért érhetetlen, hogy eddig miért nem születtek lépések a civil kontroll kiépítésére.

Ki dönt a pszichiátriai intézeti elhelyezésről?

Közel egy évtizeddel megalkotása után, 2001 nyarán a törvényhozás átfogó módosításokat fogadott el a Szociális törvény megújítására. Ekkor került sor végre arra is, hogy foglalkozzanak az intézetekbe való föl vétel emberi jogi vonatkozásaival. A kérdés, amit vizsgálni kívánunk az, hogy az új szabályok hatékonyabban segítik-e a pszichiátriai otthonokban élők jogainak érvényesülését.

Számos indok és érv sorolható fel a változtatás szükségessége mellett. A pszichiátriai otthonokba történő felvételt a beteg illetve törvényes képviselője kérheti. Az otthonokba kerülő betegeknél nagy számban az elhelyezést nem maga a beteg, hanem gondnoka kéri. Minthogy a bekerülők döntő többsége gondnokság hatálya alatt áll és nevében gondnoka jár el, kérdéses, hogy a beteg akarata megegyezett-e a gondnok döntésével. Vizsgálja-e bárki is, hogy a nem cselekvőképes érintett képviselőjében eljáró személyek jóhiszeműen és kellő gondossággal járnak-e el az ő ügyében.

⁵⁵ Részlet dr. Szücs Attilának a 2001. február 13-i Kollégiumi ülésen elhangzott jelentéséből.

Érdeemes kitérőt tennünk annak vizsgálatára, mi a különbség a felvétel szabályai között az egészségügyi illetve a szociális intézményekben. A szociális szférában nem foglalkoztak azzal a kérdéssel, hogy mennyiben veszik figyelembe az érintettek jogait és érdekeit az intézeti elhelyezéseknél, hanem azt önkéntes ellátási formaként tartották számon. Mivel az érintettek maguk szinte soha nem voltak hajlandók kérvényezni, hogy őket pszichiátriai szociális otthonba helyezték el, ennek áthidalására a gondnokság intézményét használták föl az illetékes hatóságok. Az érintettek nagy része amúgy is gondnokság alatt állt, hiszen, akinél visszatérő kórházi kezelése miatt felmerült, hogy jobb lenne tartós gondozásba venni egy intézetben, annál már megindították a gondnokság alá helyezésre irányuló bírósági eljárást. Akinek mégsem volt még gondnoka, annak gyorsan kineveztek egyet a gyámhatóságok. Ez az ideiglenes gondnok azután aláírta az érintett helyett az intézeti elhelyezés kérelmét. Jó néhányan kerültek úgy az évtizedek során pszichiátriai intézetekbe, hogy bíróság soha nem vizsgálta cselekvőképességüket, mégis dönthetett más személy kizárólagos jogosultsággal az ő életük folyását véglegesen meghatározó ügyben.⁵⁶

Az egészségügyi ellátásban a szabadságkorlátozó, kötelező gyógykezelésre vonatkozó jogszabályi garanciák kiépítését, mint arról már korábban is szóltunk, a kilencvenes évek elején kezdték meg. Az évek múlásával számos olyan változtatást vezettek be, ami hozzájárult a pszichiátriai betegek jogainak hatékonyabb érvényesítéséhez.⁵⁷

A szociális szférában a Szociális törvény 2001. évi módosítása vezette be a kötelező elhelyezés intézményét. E szabályok parlamenti vitája során a TASZ kifejtette, hogy elfogadhatatlannak tartja, hogy bárkit bírósági határozattal kötelezni lehessen egy szociális szolgáltatás igénybevételére.⁵⁸ A törvénymódosítás ugyanis nem arra szolgált, hogy azokban az esetekben, amikor az érintett maga nincsen döntési képességei birtokában és gondnoka jár el képviselőként, akkor vizsgálja egy pártatlan testület - a bíróság -, hogy kellően

⁵⁶ Az ombudsman a már idézett 1996. évi jelentésében ajánlást tett a népjóléti miniszternek a jogszabálysértő gyakorlat megszüntetésére. Idézett jelentés 87. old.

2002. január 1-től az ideiglenes gondnok csak akkor kérheti az érintett személy bentlakásos szociális otthonba történő elhelyezését, ha a bíróság jogerős határozatában rendelkezett az ideiglenes gondnokság fenntartásáról.

⁵⁷ A felvételt követő 24 órán belül kezdeményezni kell a bírósági felülvizsgálatot; a bíróság 8 napon belül határoz a beteg akarata ellenére történő gyógykezelésről; a bírósági döntéshez szükséges a beteg személyes meghallgatása, az eljárásban képviselőt biztosítanak a betegnek, a bíróság saját döntését 30, illetve 60 naponként felülvizsgálja, a betegjogi képviselő kiemelt feladata a pszichiátriai betegek jogainak védelme stb.

⁵⁸ TASZ-Álláspont sorozat 16. szám. Kiadta a Társaság a Szabadságjogokért 2001 júliusában

érvényesülnek-e az érintett jogai, valóban az intézeti gondozás-e az egyedüli lehetséges megoldása a gondozásának. Jogi lehetőséget arra teremtettek, hogy cselekvőképes embereket kötelezni lehessen az intézeti ellátás igénybevételére. Az alábbiakban sorra vesszük, hogy a Szociális törvény idézett módosítása nyomán hogyan festenek az intézeti elhelyezés szabályai a szociális szférában, és egybevetjük őket a kórházi kezelés szabályaival.

A két ellátási forma – szociális otthoni gondozás illetve pszichiátriai kórházi kezelés- közti alapvető különbségek az alábbiakban foglalhatóak össze:

- Kötelező kórházi kezelésben csak akkor lehet a beteget részesíteni, ha veszélyeztető illetve közvetlen veszélyeztető állapotban van. A kórházak gyógykezelést végeznek, és ezt a betegnek kötelező igénybe vennie, ha magára vagy másokra veszélyeztető állapotban van.

A szociális intézményben történő kötelező elhelyezésnek nem lehet oka a veszélyeztető állapot, mivel szociális otthonban nem lehet veszélyeztető állapotú beteget elhelyezni. Itt a kötelező elhelyezés alapja az, ha a beteg önmaga ellátására segítséggel sem képes, vagy nincs olyan személy, akitől ehhez segítséget kaphat.

- Amennyiben a beteget akarata ellenére kezelik a kórházban, akkor benntartózkodása során a bíróság minden esetben harmincnaponként felülvizsgálja a gyógykezelés szükségességét. Ez a független bírói kontroll nem működik a szociális otthonban, annak ellenére, hogy az elhelyezés gyakran egy életre szól – ellentétben a kórházi kezeléssel, ami napokat vagy heteket vesz igénybe. Itt nincs a betegnek lehetősége arra, hogy sérelmeinek orvoslását a bírói felülvizsgálat során egy pártatlan testület döntésére bízza.

- Amennyiben a kórházi felvételt nem a beteg, hanem törvényes képviselője kéri, akkor a bíróság felülvizsgálja, hogy a törvényes képviselő kérelme érvényes-e, valamint indokolt-e a beteg kórházi kezelése. Ezekben az esetekben, amikor a beteg akarata ellenére más személy kérheti a kórházi felvételt, szükséges egy független bírói kontroll beiktatása annak vizsgálata érdekében, hogy a beteg jogait, érdekeit nem sérti-e a törvényes képviselő döntése.

Ez a bírói kontroll nem létezik a szociális otthoni felvételnél, annak ellenére, hogy pszichiátriai betegek nagy része nem maga, hanem gondnoka kéri felvételét. Itt a felvételnél a betegeket nem védi a bírói határozat a törvényes képviselő döntéseivel szemben. Egy orvosi

szakvélemény és egy gondnoki aláírás elég az elhelyezéshez. Ezekben az esetekben szükséges lenne, hogy a bíróság vizsgálja az önkéntesség kérdését, valamint azt, hogy történt-e visszaélés a felvételi kérelemnél. Miután tartós elhelyezésről van szó, indokolt lenne az is, hogy az elhelyezést megalapozó orvosi szakvélemény ne egy orvos megállapításain, hanem egy szakértői bizottság vizsgálatán alapuljon.

A fent ismertetettekből megállapítható, hogy a szociális ellátásban nem rendelkeztek azokról a jogi garanciákról, melyek biztosítják a gondozottak számára jogaik érvényesülését abban a tekintetben, hogy kívánják-e a maguk számára az intézeti gondoskodást. Sőt, az új szabályok bővítették azoknak az eseteknek a számát, amikor a beteget akarata ellenére helyezhetik szociális otthonba. A bíróság döntése ugyanis cselekvőképes személyekre vonatkozik. Olyan ember kötelező elhelyezéséről dönthetnek, aki maga nem kívánja, hogy őt pszichiátriai otthonba utalják, és a döntéséhez rendelkezik a szükséges belátási képességgel. A módosított Szociális törvény – ellentétben az Egészségügyi törvénnyel – nem rendelkezik a bírósági eljárás szabályairól, a beteg meghallgatásáról, képviselőtéről, a határozat felülvizsgálatáról.

E szabályok ismeretében könnyen elgondolható, mennyire korlátozottak a lehetőségei annak az embernek, aki nem kívánja igénybe venni az intézeti gondoskodást, inkább távozni szeretne onnan. A jövőben még a cselekvőképes beteg sem dönthet szabadon arról, hogy nem kívánja igénybe venni az intézmény szolgáltatásait, amennyiben bírósági határozattal került az otthonba. Amennyiben pedig a gondozott nem teljesen cselekvőképes, az intézetből csak gondnoka egyetértésével kerülhet ki.

A jogviszony megszüntetésére irányuló kérelem hiányában is két évente sor kerül annak vizsgálatára, hogy szükséges-e a gondozott intézményi ellátása. Ennek eldöntése egy többtagú orvosbizottság hatáskörébe tartozik. Amennyiben a felülvizsgálatot hivatalból elvégző bizottság arra a megállapításra jut, hogy az érintett intézeti gondozása a továbbiakban nem indokolt, a bizottság kezdeményezi a beutaló szervnél, valamint az intézmény vezetőjénél a szükséges intézkedések megtételét. A törvényben nem találunk arra vonatkozó szabályt, hogyan történik azoknak az embereknek a felülvizsgálata, akik bírósági határozattal kerültek az intézetbe. Jogértelmezéssel arra a következtetésre lehet jutni, hogy vagy az orvosbizottság, vagy az intézményvezető jogosult a bíróságnál kezdeményezni a beutaló határozat hatályon kívül helyezését. Arról a törvény ugyancsak hallgat, hogy mi történik abban az esetben, ha ezt nem teszik meg.

A törvénymódosítás lehetőséget teremtett arra, hogy a cselekvőképes gondozott, vagy a törvényes képviselő évente egy alkalommal maga is kezdeményezhesse a felülvizsgálatot. A gondnokság alatt álló gondozottak azonban nem kérhetik maguk a felülvizsgálatot, még évente egyszer sem; így ők e téren is ki vannak szolgáltatva a gondnok döntésének.

A Szociális törvény módosításakor az egészségügyben működő betegjogi képviselők mintájára, bevezették a szociális otthonokban az ún. ellátottjogi képviselő intézményét. E képviselők jogosítványai azonban, még a kórházi betegjogi képviselőkkel való összehasonlításban is, igen gyengék. Pl. a képviselő nem járhat el az érintett kérésére a gondozott intézményi elhelyezésével, az elhelyezés megszüntetésével, más otthonba történő elhelyezésével kapcsolatos ügyekben. Ugyanez vonatkozik a felülvizsgálat kérelmére is, mint láthattuk ebből a nem teljesen cselekvőképes gondozottak ki vannak zárva, ez ügyben sem siethet segítségükre az ellátottjogi képviselő. Ezek a megszorítások teljesen lehetetlenné teszik, hogy a gondozott segítséget kapjon a képviselőtől az intézeti gondozással legszorosabban összefüggő ügyekben.

Kerültek-e új típusú gondozási intézmények a törvénybe?

A másik kérdés, amit vizsgálni érdemes a Szociális törvény átdolgozása tükrében, hogy változott-e a közösségi ellátás és az intézeti gondozás aránya a módosítások nyomán.

Az elmúlt tíz év jogszabályi változtatásai minden alkalommal érintették a tartós bentlakásos otthonokra vonatkozó rendelkezéseket. Ez azt mutatja, hogy a jogalkotó a szociális intézményrendszer struktúrájának átalakítását, a bentlakásos intézetek nyomasztó túlsúlyának megszüntetését jogalkotási eszközökkel törekszik elősegíteni.

Az elmúlt években, évtizedekben a modern pszichiátria vívmányainak megfelelően a kórházközpontú szakellátást számos országban igyekeztek visszaszorítani, és ezzel párhuzamosan erősíteni a közösségi ellátás feltételei, lehetőségeit.⁵⁹ Magyarországon a

⁵⁹ Magyarországon is voltak kezdeményezések – már a Szociális törvény kötelező rendelkezései előtt is – arra, hogy a közösségi gondozási formákat a pszichiátriai ellátás részévé tegyék. A főváros VIII. kerületében a betegellátásban igyekeztek megszervezni a klinikai osztályok, szakambulancia, nappali kórház, pszichiátriai gondozó együttműködését.

kórházi ágyszám leépítés jelentősen érintette a pszichiátriai osztályokat is, ezzel egyidejűleg azonban nem került sor a közösségi ellátás bővítésére.

A 2001-ben elfogadott törvénymódosítással a jövőben számos olyan változás lép életbe, ami hozzájárulhat ahhoz, hogy a rászorulókat ne intézetekben gondozzák, hanem lakóhelyükön kapják meg a szükséges támogatást. A módosítások megszabják a közösségi pszichiátriai gondozás alapjait és erősítik a közösségi, nappali ellátási formákat. A segítségnyújtás céljának azt tekintik, hogy a gondozást igénylő autonómiáját erősítsék, képességeit fejlesszék, ahol ez valamilyen oknál fogva nem lehet, legalább meglévő képességeinek megtartásában támogassák.

Gondolni kellett arra is, hogy a szoros költségvetési feltételek szűkre szabják a kórházak ellátási lehetőségeit. Az ágyszám leépítés érzékenyen érintette a pszichiátriai osztályokat. Ennek tudatában a fenntartóknak fokozott felelősségük van a közösségi ellátási formák kiépítésében. A kórházból kikerülő betegek nem maradhatnak ellátatlanul. A módosítás határozottan állást foglal a közösségi gondozás szükségessége mellett, kötelezővé teszi az önkormányzatok számára, hogy gondoskodjanak a közösségi pszichiátriai ellátásról, illetve segítsék a rászorulókat a szolgáltatáshoz való hozzájutásban.

2003-tól kell működtetni a pszichiátriai betegek részére olyan – az ő ellátásukban újdonságnak számító - szolgáltatásokat, mint az étkeztetés, a családsegítő központ igénybevételeinek lehetősége, valamint a házi segítségnyújtás. A közösségi ellátási formák kialakításával csökkenteni lehet azoknak a betegeknek a számát, akik akarataik ellenére kerülnek szociális otthonba, mert önmaguk ellátáshoz más módon nem kapnak segítséget. Így az alapellátásban részesülők aránya jelentősen növekedhet, csökkentve a kórházi illetve tartós intézeti elhelyezést biztosító formák túlsúlyát. Amennyiben a fenntartók a törvény előírásainak megfelelően teljesítik ellátási kötelezettségüket, a közösségi gondozás hatékony segítséget tud nyújtani a betegek ellátásában, és lassan megindulhat a szociális otthoni elhelyezések visszaszorításának irányába ható folyamat.

Összegzésül

A tanulmány célja az volt, hogy rámutasson a szociális pszichiátriai ellátás rendszerének hiányosságaira, ezen belül is a pszichiátriai otthonokkal kapcsolatos súlyos gondokra. A Szociális törvény elemzésével kívántunk képet adni arról, eleget tesznek-e a pszichiátriai

otthonokban az intézeti gondozással szemben támasztható emberi jogi és szakmai követelményeknek. Azt vizsgáltuk, történtek-e olyan jogalkotási lépések, amelyek a nagy létszámú intézetek nyomasztó túlsúlyának fölszámolására és a közösségi pszichiátria kevésbé korlátozó intézményeinek megteremtésére irányulnak. A helyben elérhető szolgáltatások megteremtése és a nagy létszámú szociális otthonok megszüntetése az egyetlen út, amelyen haladva biztosítani lehet a mentálisan sérült emberek döntési jogainak elismerését és emberi méltóságuk tiszteletben tartását.

Kényszerítés törvényes keretek között

Egy pszichiátriai otthonban nemrég halállal végződött egy tüzeset. Ez a tragikus esemény ismét élesen fölvetette a kényszerítőeszközök használatának kérdését. A fiatalember, aki benn égett a kórteremben, lakattal volt hálós ágyába zárva – esélye sem volt rá, hogy kimeneküljön a lángok közül. Személyzet nem tartózkodott a közelben.

A kényszerítés szabályozásának szükségessége először már jóval a rendszerváltás után, az Egészségügyi törvény 1997. évi újraalkotásakor merült föl. Mindaddig semmiféle jogi szabályozás nem létezett, sőt, szakmai módszertani előírásokban sem fektették le a szabadságkorlátozás és kényszerítés elfogadott módjait. Pedig mind a kórházakban, mind a hosszú távú gondozást nyújtó pszichiátriai otthonokban a mindennapos gyakorlat része volt a fizikai, kémiai eszközök, valamint az elkülönítés alkalmazása.

A korlátozó intézkedések jogi szabályozásáról

Mielőtt belefognék a kényszerítés hatályos szabályainak ismertetésébe, közbeiktatnék egy rövid kitérőt. Figyelemre méltó, hogy a beteg akarata ellenére történő, úgynevezett kötelező pszichiátriai gyógykezelés szabályait a magyar Parlament már 1994-ben újraalkotta. Erre az európai jogi normákkal való harmonizációs törekvések jegyében került sor. Az Európa Tanács Emberi jogi egyezményében foglaltaknak megfelelően, bírósági eljárást vezettek be a beteg akarata ellenére történő intézeti kezelés elrendelésére.⁶⁰ A lépést azzal indokolták, hogy a

⁶⁰ „Minden szabadságától letartóztatás vagy őrizetbe vétel folytán megfosztott személynek joga van olyan eljáráshoz, mely során őrizetbe vételének törvényességéről a bíróság haladéktalanul dönt, és törvényellenes

kötelező intézeti kezelés a személyes szabadság korlátozását jelenti, erre pedig csak az Egyezményben foglalt jogi garanciák közt szabad lehetőséget teremteni. Az a tény, hogy a szabadságtól való megfosztásra gyógyítóintézményben, gyógyító célzattal kerül sor, még nem teszi az intézkedést az orvosi szakma kizárólagos kompetenciájába tartozó kérdéssé. A pszichiátriai intézményekben ugyanolyan eljárási garanciákra van szükség, mint az élet bármely más területén.

A jogalkotó azonban ezen a ponton megállt. Nem gondolkodott el azon, hogy ha a pszichiátriai intézménybe való, kötelező beutalást jogi garanciákkal kell korlátozni, nem kell-e ugyanígy jogi garanciák közé szorítani az intézmény falain belüli szabadságkorlátozást. Pedig közismert tény volt, hogy ezekben az intézményekben rácsos ágyakat, testi rögzítést használnak, egyes szociális gondozó intézetekben – akkori szóhasználatával élve: elmeszociális otthonokban - akár éveken át tartanak pszichiátriai betegeket, értelmi sérülteket kínzó, megalázó körülmények között.

Az 1994-ben elfogadott törvénymódosítás nyomán immár bíró döntött a pszichiátriai kezelés szükségességéről, valahányszor maga a beteg megtagadta a beleegyezést. De a bíró csak a kötelező kezelést rendeli el, döntése nem terjed ki a kezelés során alkalmazott kényszerítő intézkedések jóváhagyására. És ami talán a legfontosabb: nem csak a kötelezés alapján kezelt, de az önkéntes betegekkel szemben is élnek a kényszerítés eszközeivel. Így e kérdéskör szabályozására ugyanolyan indokok álltak fön, mint a beteg egyetértése nélkül megkezdett intézeti kezelésre. Azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy ezekre az intézkedésekre soha nem gyógyító célzattal kerül sor, hanem valamilyen fenyegetőnek ítélt helyzet megoldása érdekében.

Amikor 1997-ben az új Egészségügyi törvény előkészítésekor napirendre került a mozgásszabadság korlátozásának jogi szabályozása, a pszichiátriai szakma megosztottnak mutatkozott. Egy részük támogatta a kezdeményezést. A szabályozás szükségességét elfogadó pszichiáterek nemcsak jogállamban nélkülözhetetlen garanciát látták a törvényi megszorításban, hanem a szakma humanizálásának egyik lehetséges eszközét is. Mások elleneztek a kényszerítés jogi szabályainak lefektetését, mintha ez egyenesen diszkriminálná a

őrizetbe vétele esetén szabadlábra helyezését rendeli el.” Emberi jogok európai egyezménye 5. cikk 4. bekezdés. Magyarország az Egyezményt 1992. november 5-én ratifikálta.

pszichiátriát mint olyan orvosi ágat, ahol erőszakos eszközökkel lépnek föl a betegekkel szemben – jóllehet a betegek szabad mozgásának korlátozására, pl. a kezelés eltérésének érdekében, nem-pszichiátriai osztályokon is sor kerül.

A korlátozó eljárások szabályai végül az emberi méltósághoz való jog címszava alatt kerültek megfogalmazásra, az általános betegjogi fejezetben. Olyan sürgősségi intézkedésként határozták meg ezeket, mely kizárólag a beteg vagy mások testi épségét fenyegető helyzet elhárítására szolgál.

Ezek a szabályok minden betegre és egészségügyi szolgáltatóra vonatkoztak. A jogalkotó nem szentelt figyelmet annak a kérdésnek, hogy az általánosság szintjén megfogalmazott szabályok alkalmasak lesznek-e arra, hogy a pszichiátriai intézményekben a kényszerítő intézkedések terén jogtisztelő gyakorlatot teremtsenek. Speciális szabályként mindössze annyit mondtak ki a pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó fejezetben, hogy kényszerítés csak veszélyeztető magatartású beteggel szemben rendelhető el, és az intézkedés orvosi jóváhagyása két órán belül elengedhetetlen.

A korlátozás eszközeiről

A hálós ágy alkalmazását a pszichiátriai kezelték érdekvédő szervezetei valamint jogvédő szervezetek újra és újra vitatták, szakmai fórumokon és a nyilvánosság előtt egyaránt. Egy vidéki pszichiátriai otthonban tartott pogármesteri vizsgálat kapcsán olyan fotók jelentek meg a helyi napilapban, ahol két mezítelen ember volt összezárva egy rácsos ágyban. A Fekete Doboz video-csoport a kilencvenes évek elején filmezett olyan pszichiátriai otthonban, ahol az egyik szobában semmi más berendezési tárgy nem volt, mint az egymás mellett sorakozó rácsos ágyak, évek óta állandó lakóikkal.

A korlátozó eszközök használatáról időről-időre kiújuló magyarországi vitában kitüntetett szerep jut a hálós ágyaknak. Ennek az eszköznek a használata vált az embertelen bánásmód szimbólumává. Betiltására azonban – kötelező jogi vagy szakmai norma formájában – a mai napig nem került sor, jóllehet az Alkotmánybíróság felhívta a jogalkotó figyelmét arra, hogy egyes eszközök használata önmagában már súlyos jogsértést eredményezhet.

Az Emberi jogok európai egyezményének a kínzást, az embertelen és megalázó bánásmódot tilalmazó 3. cikkelye a meghatározó norma a korlátozó intézkedések szabályozásában.⁶¹ E tilalmat a magyar alkotmány 54. § (2) bekezdése is megismétli.

Ezen nemzetközi és alkotmányos előírásokkal az Egészségügyi törvény vonatkozó szabályait a magyar Alkotmánybíróság egy indítvány kapcsán egybevetette.

Az Alkotmánybíróság 2000 októberében meghozott határozatában a korlátozás elrendelésének törvényi feltételeit – a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartást – a szabadságkorlátozás alkotmányos kritériumaival összehangban lévőnek találta. Leszögezte azonban, hogy nemcsak az jelent önkényes szabadságkorlátozást, amikor azt indokok hiányában fogantatják. Önkényességhez vezethet az is, amikor a szabadságkorlátozás módszereinek megválasztásában a jogalkalmazót semmilyen konkrét előírás nem köti.⁶²

Az Egészségügyi törvény a korlátozást csak feltétlenül indokolt esetben engedi elrendelni, annak fenntartását a legszükségesebb időtartamra szorítja. Az Alkotmánybíróság ezeket az előírásokat a törvényben a „szükségesség-arányosság” megvalósulását célzó absztrakt normáknak tekinti, amelyek önmagukban nem elégségesek arra, hogy érvényesüljenek a személyes szabadság korlátozásával szemben támasztott alkotmányossági kritériumok. Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint a kínzás, a kegyetlen, embertelen, megalázó bánásmód tilalmába ütköző módszerek kategorikus tilalma teremtené meg a hiányzó törvényi garanciát. A szabályozás az alkotmányossági kívánalmaknak akkor felel meg, ha a szabadságkorlátozásra csak e tilalom fenntartása mellett ad törvényi lehetőséget.

Az Alkotmánybíróság kötelezte az Országgyűlést, hogy 2001. december 31-ig pótolja mulasztását és oly módon alkossa újra a személyes szabadság korlátozásának feltételeit, hogy abban a fenti tilalom érvényre jusson.

A hálós ág használata nemzetközi kötelezettséget sért

Egy nemzetközi szerv is figyelmeztette Magyarországot, hogy a pszichiátriai betegek korlátozásának egyes módszerei jogállamban elfogadhatatlanok. A Kínzás és Embertelen

⁶¹ A 3. cikkely szerint: „Senkit nem lehet kínzásnak, embertelen, megalázó bánásmódnak vagy büntetésnek alávetni.”

⁶² 36/2000. (X.27.) AB határozat

vagy Megalázó Büntetések vagy Bánásmód Megelőzésére alakult Európai Bizottság (továbbiakban Bizottság) 1999 decemberében Magyarországon tett látogatása során pszichiátriai intézményekbe is ellátogatott. A Bizottság a Kínzásellenes európai egyezmény⁶³ betartatásán öröködik. Feladata a szabadságuktól megfosztott személyekkel szemben alkalmazott bánásmód vizsgálata.

A Bizottság a felkeresett pszichiátriai intézményekben olyan betegeket látott, akiket hálós ágyakban tartottak. Ezt a gyakorlatot olyan súlyos jogsértésnek ítélte, hogy látogatása végén, a hatóságokkal folytatott zárómegbeszélésen azonnali intézkedést kért. A hálós ágyak maradéktalan kivonását sürgette a pszichiátriai intézményekből.⁶⁴

A Bizottság fellépése – mind az azonnali intézkedés sürgetésével, mind a később született jelentésben foglaltakkal – egyértelművé tette, hogy nemzetközi kötelezettség a hálós ágyak haladéktalan kivonása a pszichiátriai intézmények valamennyi típusában.

A Bizottság fellépését követően a Szociális és Családügyi Minisztérium lépéseket tett annak érdekében, hogy a hálós ágyakat kivonják a használatból. Körlevélben szólította fel a pszichiátriai otthonok fenntartóit az ágyak használatának megszüntetésére. E felszólítás hatására a szociális intézményekben érzékelhetően csökkentették a hálós ágyak számát.

Amikor a minisztérium kérdést intézett a pszichiátriai otthonokhoz 2000-ben, hogy felmérje, milyen mértékű a hálós ágyak használata, a válaszadók 30%-a számolt be arról, hogy alkalmaz ilyen eszközt. Feltételezhető, hogy a felméréskor a tényleges arányszám ennél magasabb volt, hiszen a számok saját bevalláson alapulnak. Egy évvel később, a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum nevű civil szervezet saját vizsgálódása nyomán arról számolt be, hogy a Minisztérium fellépését követően „észrevehetően csökkent a pszichiátriai betegotthonokban

⁶³ European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Strasbourg, 1987). Magyarország csatlakozott az egyezményhez, melyet az 1995. évi III. törvényben hirdetett ki.

⁶⁴ Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by CPT from 5 to 16 December 1999. (March 2001) I. Introduction E. 8.

alkalmazott hálós ágyak száma”.⁶⁵ Az 52 felkeresett otthon közül nyolc pszichiátriai otthonban láttak hálós ágyat. Igaz, az egyik intézetben 12 darab volt belőlük.⁶⁶

Szigorodtak-e a korlátozás jogi feltételei az Alkotmánybíróság döntését követően?

Az Alkotmánybíróság döntése nyomán újra kellett alkotni a kényszerítés szabályait oly módon, hogy azok kizárják az emberi méltósággal összeegyeztethetelen eljárások alkalmazását. Fontos tudni, hogy a korlátozás szabályait a Parlament már az Alkotmánybíróság döntése előtt egy alkalommal megváltoztatta. 1999-ben törvénybe foglalták a kényszerítés alatt álló beteg időszakonkénti felülvizsgálatának követelményét. A törvény inentől előírja, hogy a beteg állapotát és testi szükségleteit rendszeresen ellenőrizni kell, erről feljegyzést kell vezetni. Igaz, a módosítás rontott is a szabályokon: a dokumentálás terén lehetővé tette ugyanis, hogy sürgős esetben az intézkedés elrendelésének írásbeli rögzítésére csak utólag kerítsenek sort. Ez egy fontos garanciális szabályon ütött rést.

A törvénymódosítás küszöbön álló parlamenti vitájára a TASZ 2001 márciusában beterjesztette Álláspontját. Ez leszögezte, hogy a szabadságkorlátozás módszereit konkrét előírásokkal kell korlátozni. Nem elég általánosságban megtiltatni a kegyetlen, embertelen jellegű intézkedés alkalmazását; egyértelműen meg kell határozni, hogy mely módszerek elfogadottak, és melyek tartoznak a tilalmazott intézkedések körébe. Az eszközök és módszerek tekintetében szükség van a pszichiátriai visszaélések visszaszorítására, különben minden esetben újólagos viták tárgyává fog válni, hogy az adott eszköz használata törvényesnek tekinthető-e.⁶⁷

Határozata indoklásában maga az Alkotmánybíróság hívta föl a figyelmet arra, hogy nem példa nélküli, ha törvényben határozzák meg az elfogadott módszereket. A Rendőrségi

⁶⁵ Gombos Gábor, Kismődi Eszter, Petó Katalin: Az ellátottak emberi jogai a pszichiátriai betegek otthonaiban. Kiadta a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum 2001-ben. A jogvédők jelentésének egyes megállapításai ugyanakkor arról tanuskodnak, hogy a durva emberi jogi sérelmek továbbra sem szűntek meg. A vizsgálódó jogvédők az egyik intézetben meztelen fiút találtak hálós ágyban. Egy másik intézetben az ápolója szerint hat éve – szinte megszakítás nélkül – hálós ágyba zárva tartottak egy fiút. Az ő esete arról is tanuskodik, hogy élő még a gyakorlat, amely nem a veszélyeztető helyzet elhárítására – ideiglenesen – alkalmaz korlátozást, hanem mintegy a személyes gondoskodás egy formájaként.

⁶⁶ Ugyanott 29.o.

⁶⁷ Az egészségügyi törvény módosításáról, TASZ Álláspont 15. szám

törvény felsorolást ad az eszközökről – könnygáz, háló, bilincs – amelyek a törvényes feltételek megléte esetén korlátozásra alkalmazhatók. Sőt, magában az Egészségügyi törvényben is találunk példát hasonló megoldásra: a reprodukciós eljárások körében a törvény felsorolja a megengedett eljárásokat.⁶⁸ Az Országgyűlés azonban megmaradt a kormány által beterjesztett változatnál, és általánosságban az embertelen bánásmód tilalmába ütköző intézkedést tiltotta meg, nem adott pontosabb meghatározást a módszerekre, eljárásokra.⁶⁹

Az alkotmányos mulasztás megszüntetésére irányuló törvénymódosítás nem szüntette meg az önkényes szabadságkorlátozás lehetőségét. Ugyanakkor tovább bővítette a szabadságkorlátozás elrendelésének törvényes lehetőségét – ezúttal nem valamennyi beteg, hanem kizárólag a pszichiátriai betegek vonatkozásában. Eddig a kényszerítésre a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészségének védelme szolgált indokul. A módosítás megengedi, hogy arra a kezeléssel szemben tanúsított ellenállás letörésére is sor kerüljön.⁷⁰

A pszichátriai szakma a korlátozásról

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium 2001. áprilisában módszertani levelet adott ki a „Korlátozó intézkedések alkalmazásának feltételeiről és módjáról”.⁷¹ Ez a dokumentum célul tűzi ki a veszélyeztető helyzetek kialakulásának megelőzését. Szakmai feladatává teszi a tárgyi és személyi feltételek megteremtését, a képzések megszervezését, azzal a szándékkal, hogy megelőzhetőek legyenek azok a helyzetek, amikor már elkerülhetetlen a kényszerintézkedés.

Amiben semmi előremutatót nem tartalmaz a szakmai kollégiumi állásfoglalás, az a kényszerintézkedés módszereinek meghatározása. Erről mindössze két sor található a módszertani levélben:

„A fizikai korlátozás a beteg mozgási szabadságának korlátozásában vagy elkülönítésében áll. Kémiai korlátozásnak kizárólag az tekinthető, ha a korlátozáshoz szükséges gyógyszerelés a beteg akarata ellenére történik.”

⁶⁸ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 166. §

⁶⁹ 2001. évi XXXIV. törvény 11. § (2)

⁷⁰ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 192. § (2)

⁷¹ Módszertani levél az 1997.évi CLIV. számú törvényhez az egészségügyről és módosításához. Psychiatria Hungarica 16. évf. 4. sz., 2001, 467-472.

E meghatározás semmilyen támpontot nem ad a pszichiátereknek a módszerek megválasztására. Nem nevezi meg az embertelen bánásmód tilalmába ütköző eszközöket (így a hálós ágyat) sem.⁷²

A törvény a fizikai és kémiai eljárásokon kívül biológiai és pszichikai eljárásokat is számon tart a kényszerítés lehetséges formái között. E fogalmakat azonban sem a törvény, sem a szakmai módszertani levél nem értelmezi. Így továbbra sem tudható, hogy milyen biológiai illetve pszichés eszközökkel kényszeríthető valaki fenyegető magatartásának megszüntetésére.

Jogvitákhoz fog vezetni a szakmai módszertani levél ama megállapítása, mely szerint a korlátozás törvényi szabályai nem vonatkoznak azokra az esetekre, amikor magatehetetlen vagy zavart beteget valamilyen baleset megelőzéseként, óvintézkedésként korlátoznak szabadságában. Vélhetően az időskorú gondozottakkal szemben mindennapos rutinként alkalmazott eljárásokat – ágyak oldalának bedeszklázása, lepedővel székhez rögzítés – akarták a módszertani levél összeállítói kivonni a törvényi előírások hatálya alól. Álláspontom szerint e kivétel megteremtésével a Szakmai Kollégium túllépett a hatáskörén és a törvény önkényes értelmezésének tilosába tévedt. A jogalkotó a pszichiátriai betegek ellátásában kizárólag a sürgős szükség eseteire engedélyezte a szabadságkorlátozást, s még ilyenkor is a törvényes feltételek betartása esetén. Hogyan lenne összeegyeztethető ezzel, hogy egy intézményben az időskorú gondozottakat rendszeresen székhez kötözve tartsák a folyosón? Lehetséges volna, hogy ez ne tartozzon a szabad mozgás korlátozásának körébe? Megtehetik-e az intézmény dolgozói, hogy az időskorú – nem veszélyeztető – beteggel szemben szabad belátásuk szerint járjanak el, figyelmen kívül hagyva a törvény korlátozásait?

Módszertani ajánlás a pszichiátriai betegek szociális intézményeire

2001 első félévében jelent meg a Szociális és Családügyi Minisztérium útmutatója a veszélyeztető állapotú betegek ellátására.⁷³ Az elsődleges cél az volt, hogy a korlátozásra

⁷² Az angol pszichiáterek szakmai kollégiuma a kényszerítés eszközeit, eljárásait, az alkalmazásukhoz feltételül szabott képzést részletesen taglaló stratégiát dolgozott ki tagjai számára. A stratégia egyértelmű állásfoglalásokat tartalmaz az elfogadható és nem elfogadható módszerek tekintetében. E szakmai előírásokat meghatározott időközönként megújítják. "Strategies for the management of disturbed and violent patients in psychiatric units". Royal College of Psychiatrists, Council Report CR 41, March 1995.

vonatkozó teendőket egyértelműsítsék. Az ajánlások egy humanizált, integráló szemléletű pszichiátriai szakmai meggyőződés talaján készültek. Az általános lépések kidolgozásán túl arra helyezik a hangsúlyt, hogy egyénre szabott, illetve a szükséghelyezethez igazított intézkedési tervnek kell készülnie. Követelménnyé teszik, hogy a korlátozó intézkedés után a többi betegben oldani kell a feszültséget, illetve az eseménysorozatot értékelni kell. A felhasználásra ajánlott dokumentációs lapon is szerepeltetnek összefoglalót az útmutató készítői a kényszerintézkedés eredményességéről, hatásairól.

A módszerek tekintetében is részletezőbb ez az Útmutató a Pszichiátriai Szakmai Kollégium módszertani levelénél. Meghatározza a rögzítéssel kapcsolatos eljárást, annak eszközeit. A hálós ágyat olyan, a nemzetközi előírásokkal összeegyeztethetelen embertelen eszközként határozza meg, amelynek használata ráadásul súlyos veszélyforrás is a korlátozás alatt álló beteg számára.⁷⁴

Mondhatjuk-e, hogy ezzel végre-valahára megszületett Magyarországon a hálós ágy használatát tiltó előírás? Két okból nem. Az egyik az, hogy az útmutató a szociális intézményeknek szól, nem az Egészségügyi Minisztériumhoz tartozó kórházaknak és ambulanciáknak. Tehát a pszichiátriai betegeket ellátó intézményeknek csak egy körét illeti. A másik ok pedig az, hogy az útmutató nem kötelező erejű jogi vagy szakmai norma, hanem szakmai javaslat.

A Szociális Minisztérium első föllépése így is jelentős változást hozott. Amikor körlevélben fordult a pszichiátriai otthonok főnntartóihoz és sürgette a hálós ágyak kivonását, azok száma érzékelhetően csökkent. Mindenképp várható, hogy a szakmai ajánlás megjelenése ugyancsak komoly nyomást fog jelenteni e jogsértő gyakorlat megszüntetésére. Ahhoz, hogy ez így legyen, felügyelni kellene a szükséges változtatások kimenetelét. A hálós ágyak és az egyéb jogsértő korlátozások visszaszorításában a szakhatóságokon kívül a betegjogi képviselők és a független társadalmi szervezetek is fontos szerepet tölthetnének be.

⁷³ Módszertani útmutató az egyes szociális intézményekben végzett ápolási-gondozási tevékenységhez. Periféria Füzetek 2001/1. Kiadja a Szociális és Családügyi Minisztérium Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézete.

⁷⁴ Ugyanott 30.o.

Mit tud tenni a betegjogi képviselő a visszaélések ellen?

Az Egészségügyi törvény előírja, hogy a kórházakban működő betegjogi képviselők kapjanak egy példányt a dokumentációból, valahányszor korlátozás alkalmazására kerül sor. A betegjogi képviselői szolgálatot az állam tartja fent az egészségügyi intézményekben azzal a céllal, hogy a betegek hatékonyan tudjanak élni a törvényben biztosított jogaikkal. A képviselők megbízatásuk szerint kitüntetett figyelmet kell fordítsanak a helyzetüknél, állapotuknál fogva elesett betegcsoportokra, így a pszichiátriai kezeltre. A tapasztalatok mégis azt mutatják, hogy a betegjogi képviselők a kényszerítés alatt álló betegek ügyében nehezen tudnak konkrét lépéseket tenni.

A TASZ tanácsadó szolgálatára futott be az alábbi eset. Egy telefonáló hölgy a barátnője ügyében keresett segítséget. A barátnő tétlenségben, szorongásban töltött napok után úgy döntött, önként jelentkezik pszichiátriai kezelésre. A kórházból azonban pár nap után eltávozott, ám akarata ellenére visszaszállították oda. Ezt követően erős gyógyszerelés alá vonták és mellkasánál, valamint végtagjainál fogva az ágyhoz rögzítették. Ebben az állapotban talált rá a látogatóba érkező asszony, akinek azzal indokolták a kikötözést, hogy másképp a beteg állandóan fölkelne az ágyából és nekiindulna, ami veszélyes, mert a gyógyszerektől kábult állapotban van. Az asszony nem érte be a magyarázattal, tenni próbált valamit. Felkereste hát a kórház betegjogi képviselőjét és megkérdezte tőle, mit tud tenni az intézkedés ellen. A betegjogi képviselő együttérzéséről biztosította őt, de azt mondta, hogy a beteg a zárt osztályon van, ahova ő bemenni sem nagyon tud, nemhogy hathatós segítséget nyújtani.

A betegjogi szolgálat működtetésének jelenlegi feltételei között nem is igen lehet másra számítani. A kórházakban nincs 24 órán át hozzáférhető betegjogi képviselő, csak a hét egy napján, néhány órán át kereshető föl a szolgálat. A képviselők alapos felkészítésben nem részesültek sem az intézmény bevezetése előtt, sem azóta. Egyetlen képviselő két-három, olykor négy kórház valamennyi betegjogi ügyét hivatott ellátni.

Ám addig is, amíg a betegjogi képviselői szolgálat megfelelő elismertséget nem kap, amíg munkatársai kellő felkészültségre nem tesznek szert, a probléma intézményes szintű kezelésére volna némi lehetőség. A törvény az egyedi esetekben való segítségnyújtáson kívül az adott intézmény működési zavarainak feltérképezésével is megbízza a betegjogi

szolgálatot. Ide tartozna, ha a képviselők leírnák a kényszerítések során tapasztalt visszasságokat, és az intézmény vezetése illetve fenntartója elé tárnák azokat.

A pszichiátriai intézmények civil kontrolljáról

Ezen a tanulmányon dolgoztam éppen, amikor figyelmemet felkeltette egy napilapban megjelent riport.⁷⁵ Egy mentális sérülteket gondozó vidéki otthonban baleset történt. Az egyik szenvedő alany egy fiú, akit elzárva tartanak, évek óta nem engedik sem a többiek közé, sem szabad levegőre. Elhatároztuk, hogy szervezetünk képviselőjében a helyszínre utazunk, és személyesen győződünk meg az intézetben uralkodó állapotokról. Ahhoz, hogy az intézetbe beléphessünk és ott tájékozódhassunk, előbb engedélyt kellett kérnünk az intézményfenntartó egyháztól. Az engedélyt az egyház megtagadta, arra hivatkozva, hogy már zajlik a vizsgálat a sajtóban megjelent hír kapcsán, így látogatásunkra nem alkalmas az időpont. Kérésünkre, hogy ez esetben egy későbbi időpontban látogathassunk el az intézetbe, mind ez ideig nem érkezett válasz.

A kilencvenes évek második felében az állampolgári jogok országgyűlési biztosa több pszichiátriai betegeket és mentálisan sérülteket gondozó otthonban folytatott vizsgálatot. Tapasztalatai arra indították, hogy javaslattal éljen az intézmények civil kontrolljának megteremtésére.⁷⁶

A Kínzásellenes Bizottság 1999 december végi látogatása során felfigyelt arra a hiányosságra, hogy az ápoló-gondozó intézményekben törvény szerint csak a fenntartó és a helyi közegészségügyi hatóságok folytatnak vizsgálatot. Ezért a kormányhoz intézett jelentésében a Bizottság felszólította a magyar hatóságokat, hogy teremtsék meg a független külső kontrol lehetőségét a pszichiátriai intézményekben. Méghozzá oly módon, hogy ne csak a megfigyelő

⁷⁵ Rémtörténetek egy gyermekotthonból. Magyar Hírlap 2001. december 18.

⁷⁶ „A népjóléti miniszter viszont nem fogadta el az ún. civil kontroll miniszteri rendelettel történő szabályozására vonatkozó ajánlást...” Beszámoló az állampolgári jogok országgyűlési biztosának és általános helyettesének 1997. évi tevékenységéről (Országgyűlési Biztosok Hivatala, 1998) 131. oldal.

Mint ahogy ajánlásait az illetékes miniszter sorra nem fogadta el, a biztos az Országgyűléshez fordult a társadalmi szervezetek ellenőrzési szerepének megteremtése érdekében. Mindhiába. Végül a miniszterrel történt többszöri levélváltás nyomán ajánlását három évvel később visszavonta. II. számú összefoglaló jelentés a pszichiátriai fekvőbeteg-intézetekben és a pszichiátriai otthonokban élő betegek emberi és állampolgári jogai érvényesülésének helyzetéről (2000 április). 56. oldal.

szervezet vizsgálódhasson akadálymentesen az intézetben, de maguk az intézet lakói is megkereshessék a szervezetet panaszaikkal, kéréseikkel.⁷⁷

2000 őszén a kormány tervezetet nyújtott be az Országgyűlésnek a szociális intézményekre vonatkozó törvény átdolgozásáról. A tervezet kijelölte a pszichiátriai szociális ellátórendszer új típusú intézményeit, és elköteleződött az intézményi reformok mellett. Lépéseket kezdeményezett annak érdekében is, hogy csökkentsék a gondozottak kiszolgáltatottságát. A TASZ a tervezet vitájára Álláspontot jelentetett meg. Ebben felhívta a figyelmet arra, hogy a pozitív irányú változtatásokból kimaradt a civil kontroll intézményének megteremtése. A TASZ azt javasolta, hogy a pszichiátriai betegek és mentálisan sérültek érdekeit védő szervezetek jelentkezhessenek erre a feladatra. Az intézmény működtetője választana ki közülük egyet, mely szabadon vizsgálódhatna az intézményben, bizalmasan beszélhetne a gondozottakkal, cserében pedig kötelezettséget vállalna arra, hogy vizsgálódásai eredményeiről jelentést küld meg a fenntartónak.⁷⁸ A törvényjavaslat parlamenti vitája során végül nem került ilyen irányú módosítás a tervezetbe.

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának, valamint hazai és nemzetközi szervezeteknek a jelentései alapján bizonyítottnak tekinthető, hogy Magyarországon a pszichiátriai intézményekben használnak a modern pszichiátria tanításait és a nemzetközi jogi előírásokat súlyosan sértő módszereket. E jogsértő eszközöket nem csak a fenyegető támadó magatartás elhárítására – sürgősségi intézkedésként – vetik latba, hanem egyes betegekkel szemben éveken át rendszeresen alkalmazzák őket, mintegy rutinszerű gondozási formákként. A kormányzat tett ugyan lépéseket a súlyos visszaélések visszaszorítása érdekében, ahhoz azonban, hogy ezek eredményre vezessenek, a változások szoros nyomon követésére volna szükség.

⁷⁷ Committee for the Prevention of Torture (CPT) Recommendations, C. Psychiatric establishments, 4.

“Steps to be taken to ensure that all psychiatric establishments in Hungary – including care homes for psychiatric patients – are visited, on a regular basis, by an independent outside body responsible for the inspection of patients’ care” (Lépéseket kell tenni annak biztosítására, hogy Magyarországon minden pszichiátriai intézményt – beleértve a pszichiátriai betegek gondozására létesült otthonokat is – rendszeresen fölkeressen egy független, külső testület, mely a betegekkel való bánásmód felügyeletéért felelős.)

⁷⁸ “A Pszichiátriai otthonok új szabályairól” TASZ Álláspont 16. szám, 2001 július.

A megelőzés és a képzés fontosságáról

Eddig arról volt szó, hogy hol tart a jogi szabályozás és kontroll, melynek célja visszaszorítani a kényszerítő eljárásokat a végső eszköz szerepébe. Befejezésül a fenyegető, támadó magatartás megelőzését szolgáló intézkedésekről szeretnék szólni.

Mindenekelőtt értelmezni kell a helyzeteket, amelyek növelik az agresszív megnyilvánulások kockázatát. Téves az a felfogás amely a pszichiátriai betegség és agresszív viselkedés között egytényezős ok-okozati összefüggést teremt. Az erőszakos fellépés nem egyszerűen az egyén pszichopathológiájának megnyilvánulása, hanem számos tényező egymásrahatásából, események sorozatából áll elő. Ezért az agresszív fellépés eseteit nem csak az egyén betegségének tükrében, hanem a társas és környezeti tényezők összefüggésébe ágyazva kell elemezni.

A beteg erőszakos fölépésének előzményeként mindig valamilyen interakció zajlik egy, két vagy több személy és a beteg között. Túlsúlyolt intézeteket kell magunk elé képzelnünk, ahol az egyén önrendelkezése arra sem terjedhet ki, hogy napját hogyan ossza be, mikor vonuljon vissza a szobájába, és mikor támassza inkább a folyosó falát. Még a testi szükségletek elvégzése és a tisztálkodás sem végezhető intim egyedülletben. A beteg többekkel osztja meg a szobáját, nincs egy perce, amit egyedül tölthetne. Unatkozik, nem zajlik körülötte semmi programszerű tevékenység, amibe bekapcsolódhatna. Pénzét nem kapja meg a gondnokától, nem tud magának cigarettát venni, amikor erről panaszkodni kezd a személyzetnek, nem hallgatják meg, inkább még rendre is utasítják.

A kedvezőtlen hatások spiráljába kerülő személyben szinte feltartóztathatatlanul növekszik az agresszió, míg végül ki nem tör. Tudatosítani kell ezeket az összefüggéseket ahhoz, hogy hathatós lépéseket lehessen tenni a változtatás érdekében. A tárgyi környezet agressziót előmozdító tényezői közé tartozik a személyes tér, a személyes tárgyak, a kényelem, a csönd hiánya. A tevékenységek terén a választás, a lehetőségek hiánya, a napok eseménytelensége, a történések előre kiszámítható rendje tartozik ebbe a körbe. A pszichés tényezők közül pedig a személyzet nemtörődömsége, provokatív viselkedése, a figyelem és megértés hiánya.

Éppen ezért kulcskérdés, hogy mindenütt vizsgálódás tárgyává tegyék, vajon egy-egy kényszerintézkedés elrendelését milyen eseménysorozat előzte meg. Ebből azonosíthatók azok a környezeti, gondozásbeli, interperszonális tényezők, amelyek újra és újra a betegek

erőszakos föllépésébe torkollnak. Az intézeteknek kidolgozott intézkedési tervvel kell rendelkezniük a betegek agresszív megnyilvánulásainak megelőzésére, illetve szükség esetén a kezelésére. A Kínzásellenes Bizottság jelentése kifogásolta, hogy a fölkeresett pszichiátriai intézmények nem rendelkeztek ilyen intézkedéscsomaggal. A Bizottság a mulasztás sürgős pótlására szólított föl.⁷⁹

Nem maradhat el a személyzet ez irányú képzése sem. Mégpedig nem az intézet egy vagy két kijelölt tagjának, hanem valamennyi munkatársának kell a képzésből részesülnie. Itt ismerhetik meg a fenyegető, veszélyeztető magatartásra ösztönző fizikai, pszichológiai, szociológiai tényezőket, s így megtanulhatják, hogyan előzhető meg az agresszió kitörései. A képzés bocsátja rendelkezésükre a konfrontációt elkerülő technikákat is,⁸⁰ ennek során sajátíthatják el az agresszió kitörés esetére a szakszerű és hatékony lefogást, visszatartást⁸¹.

Összegzésül

Ha ezekre a lépésekre nem kerül sor, a törvényes előírások bevezetése önmagában csak igen lassan hozhat eredményt.

Arra van szükség, hogy minden intézmény világos intézkedési tervet dolgozzon ki a korlátozáshoz vezető agresszív kitörések megelőzésére, illetve a veszélyeztető állapotú gondozottak ellátására. A kényszerítő intézkedésekről jelentésnek kell készülnie, a jelentéseket értékelni kell, meghatározott időközönként sort kell keríteni az összegzésükre és a tapasztalatok levonására. Ki kell dolgozni a kérdéskörre vonatkozó képzési tananyagot, és meg kell szervezni a képzési rendszert. Nem maradhat el a betegek jogain és a törvényes működésen örökődő független, külső társadalmi kontroll bevezetése.

⁷⁹ Committee Report III. Recommendations, C. Psychiatric establishments, 4.

“...a clear written policy to be established ...as regards the use of means of restraints...” (világos, írott intézkedési tervet kell készíteni ... a korlátozó eszközök használatáról).

⁸⁰ Andrew A. McDonnell: Diffusing violent situations: low arousal approaches. British Journal of Therapy and Rehabilitation. 6. évf. 2. sz., 1999 február.

⁸¹ McDonnell-Dearden-Richens: Staff Training in the Management of Violence and Agression. Mental Handicap 19. évf., 1991 szeptember.

KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS

Az alábbiakban a kötelező pszichiátriai kezelés egy olyan formájával kívánunk foglalkozni, amely speciális indokból, és speciális intézményi feltételek között valósul meg. Kényszergyógykezelés ugyanis nem az állami egészségügy valamelyik intézményében rendelhető el, hanem kizárólag egy olyan intézmény falai között, amely az igazságszolgáltatás rendszerébe tartozik, és az épület maga egy büntetés - végrehajtási intézmény területén található. Ez az intézmény az IMEI (Igazságügyi Megfigyelő- és Elmeógyógyító Intézet), az akaratuk ellenére ott kezeltek pedig olyan emberek, akik többnyire személy elleni erőszakos bűncselekményt követtek el, a bíróság azonban büntetés helyett kényszergyógykezelésüket rendelte el, mivel esetükben hiányzott a büntethetőség egyik feltétele, a beszámítási képesség. A kényszergyógykezelésüket pedig az indokolja, hogy orvosolják a mentális megbetegedést, amely a beszámítási képesség hiányához vezetett és megelőzzék a veszélyeztető cselekedeteket.

Egy bűncselekmény elkövetésének megállapításához, elkövetőjének felelősségre vonásához a tettes beszámíthatóságának kérdése kulcsfontosságú. Ahhoz, hogy valamely bűncselekmény elkövetője büntethető legyen, beszámítási képességgel kell rendelkeznie. Beszámítási képesség nélkül nincs büntetőjogi felelősség, és beszámítási képesség hiányában nincsen a cselekménynek büntethető alanya, és ezért nincsen büntethető elkövető sem. A beszámítási képességet kizáró állapotok a gyermekkor, a kényszer, a fenyegetés, a tévedés, a jogos védelem, a végszükség és a „kóros elmeállapot”.

Mik a feltételei a kényszergyógykezelés elrendelésének?

A kényszergyógykezelés elrendeléséhez több tényező együttes megléte szükséges. A beszámítási képesség hiányának mentális megbetegedésen kell alapulnia; maga az elkövetett bűncselekmény meghatározott büntetőjogi kategóriába kell tartozzon. Kiemelendő az is, hogy fenn kell álljon az a veszély, hogy a szóban forgó személy a jövőben hasonló cselekedetet fog elkövetni.

A kényszergyógykezelés elrendelésére nemcsak akkor nyílik lehetőség miután a bíróság megállapította, hogy az érintett az adott bűncselekményt elkövette, ugyanakkor hiányzik a beszámítási képessége, hanem már a büntetőeljárás időtartama alatt is. Ehhez az szükséges, hogy igazságügyi orvosszakértő véleménye alapján valószínűsíthető legyen, hogy az eljárás az érintett kényszergyógykezelésének elrendelésével fog végződni. Az eddig ismertetett feltételek az alábbi megfogalmazásban szerepelnek a vonatkozó törvényi rendelkezésekben:

A Büntető törvényköny ⁸² 24. § (1) bekezdése kimondja: „Nem büntethető, aki a cselekményt az elmealkodás olyan kóros elmeállapotában – így különösen elmebetegségben, gyengeelméjűségben, szellemi leépülésben, tudatzavarban vagy személyiségzavarban - követi el, mely képtelenné teszi a cselekmény következményeinek felismerésére vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék.”

A Btk. 74. §-a szerint kényszergyógykezelést, vagy ideiglenes kényszergyógykezelést az ellen kell elrendelni, aki személy elleni erőszakos, vagy közveszélyt okozó bűncselekményt követett el és elmeállapota miatt nem büntethető, amennyiben büntetésül egy évnél magasabb szabadságvesztés büntetést kellene a bíróságnak kiszabnia.

A kényszergyógykezelés, illetve ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelésének további feltétele az, hogy feltételezni lehessen, hogy az elkövető a jövőben személy elleni erőszakos, vagy közveszélyt okozó bűncselekményt fog véghezvinni.

A Büntetőeljárásról szóló törvény⁸³ 98. szakasza szerint az ideiglenes kényszergyógykezelést akkor kell elrendelni, ha alaposan lehet következtetni arra, hogy a terhelt állapota szerint kényszergyógykezelését kell végrehajtani.

A kapcsolódó bírósági határozatok egyike kimondja, hogy a kényszergyógykezelés semmiképpen sem rendelhető el könnyű testi sértés és gondatlanságból elkövetett vétség esetén. Rögzítésre került az is, hogy a kóros elmeállapotnak a bűncselekmény elkövetésekor

⁸² Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény

⁸³ Büntetőeljárásról szóló 1973. évi I. törvény

kell fennállnia, ha ez az állapot csak utóbb következett be, az eljárást fel kell függeszteni, esetleg meg kell szüntetni.⁸⁴

Döntés a kényszergyógykezelés szükségességéről

A gyanúsított mentális állapotának vizsgálata a pszichiátria kompetenciájába tartozik, a beszámítási képességet pszichiáter szakértő véleményezi. A jelenleg hatályos törvény két pszichiáter szakértő bevonását követeli meg a beszámíthatóság vizsgálatára, ám a végső döntés a bíróság kezében van. Amennyiben a szakértők a letartóztatott vádlott kényszergyógykezelését javasolják, és ezt a bíróság elrendeli, akkor megszüntetik a letartóztatást, a vádlottat felmentik, de elrendelik a kényszergyógykezelését.

A kirendelt szakértőknek a terhelt két különféle időpontban fennálló állapotáról kell nyilatkozniuk. Egyrészt meg kell állapítaniuk, hogy a bűncselekmény idején az elkövető kóros elmeállapotban, vagy személyiségzavarban szenvedett-e, illetve, hogy ez az állapot akadályozta-e cselekményének, vagy annak következményeinek felismerésében. Másrészt arról kell nyilatkozniuk, hogy a vizsgálat időpontjában fennáll-e annak a veszélye, hogy a jövőben a vizsgált személy hasonló bűncselekményt követ el. Ha ezen kérdések bármelyikére nemleges válasz születik, és ezt a bíróság is így ítéli meg, úgy a kényszergyógykezelést elrendelni nem lehet.

Elképzelhető tehát olyan eset, amely során megállapítást nyer, hogy az elkövető a cselekmény időpontjában nem volt beszámítható, viszont a jövőre nézve a társadalomra veszélyt nem jelent, esetleg gyógyult, ezért gyógykezelése sem indokolt. Ebben az esetben a terheltet mindenféle „büntetés” nélkül szabadon kell bocsátani, ellene a büntetőeljárást meg kell szüntetni.⁸⁵

⁸⁴ BH. 1992.747

⁸⁵ Ha az elkövető beszámítási képessége a felelősségre vonás idején hiányzik, a Be. tv.13. §-a alapján a büntetőeljárást nem lehet indítani, vagy a már megindult eljárást meg kell szüntetni, illetve felmentő ítéletet kell hozni, ekkor ugyanis büntethetőséget kizáró vagy megszüntető ok áll fenn.

A fenti esetet inkább elvi lehetőségként kell kezelnünk, hiszen nincs tudomásunk egyetlen olyan esetről sem, amikor sem büntetést nem szabtak ki, sem kényszergyógykezelést nem rendeltek el az ebbe a körbe tartozó bűncselekmény tettesével szemben. A rendelkezésre álló – egyébként meglehetősen szűkös – adatok azt mutatják, hogy a kényszergyógykezelésben töltött idő mennyisége inkább az elkövetett bűncselekmény súlyához, mint az elkövető állapotához igazodik. Szemben az állami egészségügyben elrendelt kötelező pszichiátriai kezelésekkal, a büntetés végrehajtási környezetben lefolytatott kényszergyógykezelés időtartamát tekintve mindenképp hosszabb, mintha ugyanaz a kezelés civil kórházban történne, és mint később látni fogjuk, egyéb tényezők tekintetében is sok hasonlóságot mutat a szabadságvesztés büntetéssel. Így a kényszergyógykezelést - noha elrendelésének indokait és lefolytatásának célját tekintve gyógyító intézkedésnek tekintendő - mind a szabályozásban, mind a gyakorlatban, a gyógyítás és büntetés elemeinek együttes megléte jellemzi.

Ha a rendelkezésre álló adatok szerint a kényszergyógykezelés, vagy az ideiglenes kényszergyógykezelés feltételei hiányoznak, és „a hatóság megítélése” (nyomozati, ügyészi vagy bírósági szakaszban) alapján a terhelt gyógykezelése, gyógyítása, avagy gondozása szükségesnek látszik, a terhelt lakóhelye szerint illetékes ideggondozó intézetet illetve egészségügyi hatóságot kell megkeresni. Ez az ún. bűnmegelőzési intézkedés.⁸⁶ A jogszabály azonban nem ad útmutatást arra vonatkozóan, hogy a gyógyítás szükségességét melyik hatóság dönti el, illetve nem ad módot arra, hogy e döntés ellen az érintett bármilyen módon tiltakozzon vagy fellebbezéssel éljen. A gyakorlatban követett lépésekről jelenleg nem áll rendelkezésünkre információ, de könnyen elképzelhető, hogy a szabályozatlanság és az automatizmusok miatt az eljárás alá vont személyt adott esetben jelentős és indokolatlan hátrány érheti.

A kényszergyógykezelés felülvizsgálata

A kényszergyógykezelés felülvizsgálata a hatodik hónap, illetve a beszállítástól számított első év végén, a továbbiakban pedig évenként **kötelező**. Az **intézet** vezetője az egyéves felülvizsgálati idő eltelte előtt négy hónappal a bíróság részére megküldi az érintett korrajzkivonatát. A jogszabály az intézet vezető főorvosa számára kötelezővé teszi, hogy a bíróság felé jelezze, ha a kényszergyógykezelés feltételei már nem állnak fent, „ha nem kell attól tartani, hogy olyan újabb bűncselekményt követ el, amely miatt kényszergyógykezelés

⁸⁶ Be. tv. 117. § (3) bekezdés

rendelhető el”. Az ügyész, az érintett házastársa, törvényes képviselője, védője, vagy az intézet vezetője kérheti a rendkívüli felülvizsgálatot is, amely azonban mellőzhető, ha a korábbi felülvizsgálattól számítva hat hónap még nem telt el.

Annak a pszichiátriai betegnek, akit egészségügyi gyógyintézményben kezelnek és a gyógykezelése szükségességét harmincnaponként vizsgálja fölül a bíróság, joga van arra, hogy e döntés során őt személyesen is meghallgassák. A kényszergyógykezelés alatt álló súlyosabb szabadságkorlátozást szenved el, mint az, akit az egészségügyi rendszer keretében működtetett kórházban gyógyítanak és felülvizsgálatára is lényegesen ritkábban kerül sor, így könnyen belátható, hogy az ő esetében még komolyabb garanciát kell teremteni arra, hogy személyes meghallgatása nélkül a bíróság ne dönthessen arról, hogy szükséges-e további kényszerkezelése az IMEI-ben. A büntetőeljárásról szóló törvény úgy rendelkezik, hogy amennyiben arra lehetőség van, a felülvizsgálat során a kényszergyógykezelés alatt állót személyesen meg kell hallgatni. A gyakorlat mégis azt mutatja, hogy a kényszergyógykezeltek személyes meghallgatásának követelménye nem érvényesül főszabályként a felülvizsgálatok során. Milyen okokra vezethető ez vissza?

Arról, hogy a kényszergyógykezeltek a felülvizsgálat során megjelenhet-e a bíróság előtt, az intézet (IMEI) vezető főorvosa dönt⁸⁷. A hatóság előtti megjelenés természetesen vonatkozik a kényszergyógykezelés felülvizsgálatát célzó eljárásra is.

A főigazgató főorvos - esetlegesen a megjelenést nem engedélyező - határozata ellen panasznak, fellebbezésnek, vagy bármilyen jogorvoslatnak helye nincs, indoklási kötelezettséget a jogszabály nem tartalmaz. Az eredmény az, hogy az intézmény vezetőjének kell eldöntenie, hogy adott esetben vállalja-e a beteg, minden bizonnyal költséges és időigényes bíróság elé szállíttatását, vagy a kényelmesebb utat, az írásban elküldött vélemény útját választja.

Ebben a kérdésben a vonatkozó jogszabály⁸⁸ módosítása indokolt lenne arra vonatkozóan, hogy amennyiben a főigazgató főorvos a bíróság előtti megjelenést nem engedélyezi, úgy döntése szakértők bevonásával felülvizsgálható, illetve megfellebbezhető legyen. Ez a döntés ugyanis amellet, hogy adott esetben jelentősen befolyásolhatja a bírói felülvizsgálat eredményét, a betegek kiszolgáltatottságát is csökkentené. (Érdemes megjegyezni, hogy míg korábban a jogszabály bármely hatóság előtti megjelenéshez a főigazgató döntését írta elő, a most hatályos törvényerejű rendelet csak a bíróság előtti megjelenést köti főorvosi engedélyhez.)

Míg a kórházakban kötelezően kezelt pszichiátriai betegek kezelésének szükségességéről döntő bírók a kezelés helyszínén megjelennek, a kényszergyógykezeltek felülvizsgálat végző bírók szinte soha nem mennek el személyesen a kényszergyógykezelés helyszínére, az IMEI-be. Mivel a kényszergyógykezeltek maga, a fentiekben ismertetett okokból, többnyire nem tud

⁸⁷ 1979.évi 11. törvényerejű rendelet a büntetések és intézkedések végrehajtásáról 84/A. § (4) bek.

⁸⁸ 1979.évi 11. törvényerejű rendelet a büntetések és intézkedések végrehajtásáról, 84/A. § (4) bekezdés

személyesen megjelenni a bíróságon, az eljárások jórésztében a személyes meghallgatás mellőzésével, kizárólag az írott vélemény alapján döntenek. A tárgyalóteremben egy-egy felülvizsgálati eljárás 5-10 percig tart. Akkor sem zajlik másként, ha a felülvizsgált beteg történetesen megjelenik a tárgyaláson. A betegeket kirendelés alapján képviselő ügyvédek általában nem kellően felkészültek, ügyfelükkel először csak a tárgyaláson találkoznak. Az eljárás így rutinszerű és felületes.

A büntetőeljárás két alapvető elvének (közvetlenség és a szóbeliség) megsértése nemzetközi kötelezettséget is érint. A Magyar Köztársaság közel tíz éve ratifikálta az Emberi jogok és alapvető szabadságok védelméről szóló egyezményt⁸⁹, amelynek rendelkezései kötelező érvényűek, illetve a hozzájuk kapcsolódó esetek nyomán megszületett bírósági határozatok precedens értékűek. Az Egyezmény 5. cikke kimondja: „Mindenkinek joga van a szabadságra és a személyi biztonságra.” A fenti cikk megsértését mondta ki a strasbourgi Emberi Jogok Európai Bírósága a Winterwerp kontra Hollandia ügyben. A bíróság határozata értelmében minden, zárt intézetbe helyezett személy bírósághoz fordulhat, és ezzel kapcsolatban lehetővé kell tenni személyes meghallgatását. Ez minden bíróság előtti eljárás alapvető garanciája.

A kényszergyógykezelés végrehajtása, élet az IMEI-ben

Magyarországon mindenki, akivel szemben kényszergyógykezelést rendelnek el, ahogy tanulmányunk elején már szoltunk róla, egy meghatározott intézménybe, az Igazságügyi Megfigyelő- és Elmegyógyító Intézetbe (IMEI) kerül. Az IMEI Budapesten, a Kozma utcai börtön területén található, 311 ágygal nyilvántartott épület, vezetője igazgató főorvos, egyben büntetés végrehajtási parancsnok. Feladatai ellátásához egyrészt finanszírozási szerződés alapján az ágyszámnak megfelelő támogatást folyósít az Egészségbiztosítási Pénztár, másrészt a büntetés-végrehajtás költségvetésében állnak rendelkezésre előirányzatok. Az IMEI tevékenységét jelenleg ideiglenes működési engedéllyel végzi, mivel nem felel meg az egészségügyi miniszter - 2000. évben kiadott - rendeletében meghatározott építészeti és szakmai minimum feltételeknek.

⁸⁹ 1993. évi XXXI. törvény az Emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt Egyezmény és az ahhoz tartozó nyolc kiegészítő jegyzőkönyv kihirdetéséről

A fogvatartottak közegészségügyi-járványügyi felügyeletét korábban a törvényi szabályozáson alapuló megállapodás értelmében az ÁNTSZ látta el. Az 1999. évi törvénymódosítással azonban megszűnt az ÁNTSZ ilyen irányú kötelezettsége. A feladat ellátása az elhelyezési körülményekre tekintettel csak állandó és fokozott ellenőrzéssel biztosítható, amelynek szakmai és pénzügyi feltételeivel a büntetés-végrehajtás nem rendelkezik.

A kényszergyógykezelés alatt állókra vonatkoznak azok a betegjogi szabályok, amelyeket az Egészségügyi törvény határoz meg a pszichiátriai intézetben kezeltre.⁹⁰ Ezen törvényi előírások alól ugyanakkor más jogszabályok jelentős kivételeket engednek meg.⁹¹ Ennek következtében, ellentétben a fő szabállyal, mely szerint a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés alanyaira az Egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, a kezelés alatt állók leginkább börtönkörülmények között élnek.

A TASZ egy jelenleg ideiglenes kényszergyógykezelés alatt álló ügyfele arról számolt be, hogy az ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelése után telefonkártyáját le kellett adnia és azóta nem telefonálhatott. Az intézkedés okát a mai napig nem közölték vele. A TASZ munkatársa – hivatkozva az intézet vezetője által elfogadott ombudsmani ajánlásra, valamint a betegek törvénybe foglalt kapcsolattartási jogára - levélben kérte az IMEI igazgatójának intézkedését a fenti jogsértő helyzet megszüntetésére.

Az ombudsman megállapításaiból

⁹⁰ Bv. tvr. 84. § (2) bekezdés

⁹¹ Az Egészségügyi törvényben foglaltaktól eltérő szabályokat fogalmaz meg az 1979.évi 11. törvényerejű rendelet a büntetések és intézkedések végrehajtásáról, valamint a 9/1979. IM rendelet.

Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa az IMEI-ben lefolytatott vizsgálódásai alapján úgy foglalt állást, hogy – ellentétben a jogszabályokban foglaltakkal és a gyógykezelés alapelveivel - az IMEI-ben leginkább a börtönökre jellemző körülmények tapasztalhatóak, a gyógykezelés hatékonysága ilyen körülmények között sérelmet szenved. ⁹²

Az ápoltak az őket személyesen meglátogató hozzátartozóikkal felügyelet nélkül nem érintkezhetnek (a gyakorlatban egy nővér, egy ápoló és egy börtönőr van jelen), minden kimenő levelüket ellenőrzik, a bejövőket pedig szűrőpróba-szerűen. Annak ellenére, hogy az Egészségügyi törvény előírásainak érvényesülniük kellene a kényszergyógykezeltekre, a kapcsolattartás jelenösen korlátozott, szabályozása nem megfelelő.

Ezen változtatott az a közelmúltban elfogadott törvény, amely a büntetés-végrehajtás körébe tartozó szabályt módosította és rögzítette a beteg kapcsolattartási jogát, illetve annak részleteit⁹³. Ám ezek a szabályok továbbra is jelentősen korlátozzák a kényszergyógykezeltek kapcsolattartáshoz fűződő jogait. A kényszergyógykezeltek kötelesek meghatározott formaruhát viselni. A kapcsolattartáshoz fűződő jogok gyakorlása sem a kórházakra, sokkal inkább a börtönökre jellemző módokon történhet: a kényszergyógykezeltek csak az intézet által engedélyezett személyekkel, illetve hozzátartozóival tarthat kapcsolatot, valamennyi levelét és egyéb küldeményét ellenőrzik. A kapcsolattartást egyéb módokon is korlátozzák, nemcsak azt szabják meg, hogy ki látogathatja meg, de azt is, hogy milyen gyakorisággal. A kényszergyógykezeltek látogatót hetente fogadhat, csomagot hetente kaphat, telefonálnia is csak hetente szabad.⁹⁴

A fenti törvénymódosítás szabályozta azt a kérdést is, hogy milyen esetekben alkalmazható testi kényszer.⁹⁵ Vizsgálódása során az ombudsman ugyanis megállapította, hogy a betegekkel szemben gyakran alkalmaznak testi kényszert, amely embertelen és megalázó. Mindennaposak a lekötözések, bezárások (a magánzárkát a szükséges mértéket jóval meghaladóan, büntetésből is alkalmazzák), és például a vezetőlánc használata is. (A

⁹² Országgyűlési Biztosok Hivatala 3041/1998., illetve 1042/1999. számú OBH jelentései

⁹³ Az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2001. évi XXXIV. törvény 12. § (3) bekezdés

⁹⁴ Bv. tvr. 84. §

⁹⁵ Az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2001. évi XXXIV. törvény 12. § (4) bekezdés

vezetőlánc alkalmazásáról az ápoltak hozzátartozóinak adott IMEI vezetői tájékoztató (házirend) úgy ír, hogy ez nem kényszerítő, hanem csupán biztonsági intézkedés.). A szabadságkorlátozás elrendeléséről, megint csak ellentétben az Egészségügyi törvénnyel, a hozzátartozók értesítést nem kapnak. A fent idézett módosítás a korábbi (szabályozatlanabb) állapothoz képest viszonylatos eredménynek, javulásnak számít. Eszerint a beteggel szemben csak korlátozott testi kényszer, megfogás, vagy lefogás eszközölhető, ami azt jelenti, hogy vele szemben büntető jellegű intézkedés (pl. magánzárka), vagy más súlyosabb kényszerítő intézkedés nem alkalmazható.

Az OBH jelentések megállapítják, hogy az ideiglenes kényszergyógykezelés alatt állók helyzete még a kényszergyógykezelésre ítélt betegekénél is rosszabb. Rájuk ugyanis az előzetes letartóztatásban lévő személyek elleni korlátozások és a kényszergyógykezelés megszorító rendelkezései egyszerre vonatkoznak. Jellemző például, hogy ezek a betegek indoklás és tájékoztatási kötelezettség nélkül akár több hónapon át magánzárkában tarthatók.

Összefoglalásul

Az idézett törvények és rendeletek kimondják, hogy a kényszergyógykezelés célja nem a büntetés, hanem a gyógyítás. Bár az ideiglenes kényszergyógykezelés és a kényszergyógykezelés alatt állókról a törvény úgy rendelkezik, hogy velük szemben a pszichiátriai betegekre irányadó szabályokat kell alkalmazni, rájuk a szabadságvesztés büntetés szabályai vonatkoznak mind a jogszabályok, mind pedig a gyakorlat tükrében. A szabályozás széleskörű jogosítványokat enged az IMEI vezetőjének mind az elhelyezés, az ellátás és a kapcsolattartás körében. A kialakult gyakorlat azt mutatja, hogy az Egészségügyi törvénybe foglalt betegjogok jelentősen csorbulnak. A gyógykezelések felülvizsgálatával kapcsolatban a szóbeliség és közvetlenség elve kevésbé érvényesül.

Problémát jelent a bűnmegelőző intézkedés alkalmazása is. Ez az intézmény lehetőséget biztosít a „hatóság” részére, hogy a terheltet adott esetben szükségtelenül és indokolatlanul legalábbis kényes helyzetbe hozza. Az illetékes pszichiátriai gondozó értesítésének alapja, jogi feltételei a jogszabályokban nem kerültek lefektetésre, alkalmazása kizárólag a „hatóság” mérlegelésétől függ.

Az ideiglenes kényszergyógykezelés - a gyakorlatban tapasztaltak alapján - a legsúlyosabb és legzártabb szabadságkorlátozó intézkedés. Az ideiglenes kényszergyógykezelés alatt állókra az előzetes letartóztatás és a kényszergyógykezelés szabályai vonatkoznak. Az előzetes letartóztatás önmagában is igen szigorú körülmények között végrehajtott szabadságkorlátozás, ez azonban még súlyosbodik a kényszergyógykezelés – ráadásul szabályozatlan – szigorításaival is. A gyakorlatban mindkét intézkedés szigorúbb részei kerülnek alkalmazásra. A TASZ saját tapasztalatából merített példa, hogy egy ideiglenes kényszergyógykezelés alatt álló terhelt több mint 4 hónapon át ki sem mozdulhatott zárkájából, ahová három társával együtt zárták be. Az ideiglenes kényszergyógykezelés időtartama alatt nemhogy az Egészségügyi törvény rendelkezései, de még a szabadságvesztés büntetésben alkalmazandó minimális jogok sem érvényesülnek.

A kényszergyógykezelésre vonatkozó jogszabályok ismertetéséből világosan látszik, hogy ezt a szabadságkorlátozó formát alapvetően a szabályozatlanság és bizonytalanság jellemzi. Az általánosan megfogalmazott Egészségügyi törvényre való hivatkozást lerontják az alkalmazandó alacsonyabb rendű rendeletek, utasítások és - mivel a szabályok ezekben sem fellelhetők – a gyakorlat. A kényszergyógykezelésre vonatkozó részletes anyagi és eljárási szabályokat az Egészségügyi törvénnyel összhangban és a gyógyítást szem előtt tartva törvényi szinten lenne szükséges szabályozni.

A kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés felülvizsgálati gyakorlata is sok kívánnivalót hagy maga után. Mindenekelőtt amiatt, hogy az érintettek személyes meghallgatásának mellőzése elterjedt gyakorlattá vált. A közvetlenség csak az elvek szintjén létezik, automatizmusok érvényesülnek, az IMEI vezetőjének döntése, „ajánlása” a felülvizsgálat kimenetele tekintetében is meghatározó.

A kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés intézménye, valamint az IMEI működése a közfigyelem szempontjából igen elhanyagolt területnek számít. A nyilvánosság érdeklődését egy-egy különös ügy felkelti ugyan, de a hozzájuk kapcsolódó beszámolók szinte sohasem térnek ki az eset következményeire, az elkövető jogaira, gyógykezelésének körülményeire. Az IMEI a szó szoros és átvitt értelmében is lényegében teljesen elzárt intézmény. Részben ennek is tudható be, hogy a pszichiátriai betegek jogait védő civil szervezetek nem végeztek felmérést ebben az intézményben. Hivatalos adatok,

statisztikák is csak rendkívül szűkösen állnak rendelkezésre. Mindezek, a korábban leírt problémákon túl is, igénylik egy átfogó, a jelenlegi helyzetet feltáró vizsgálat lefolytatását.