

A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK JOGI ÉS SZAKMAI HÁTTERE

DOI <https://doi.org/10.29068/HO.2022.3-4.13-30>

SZERZŐ Dr. Péter László PhD, orvos alezredes, ÉPC-HK Pszichiátriai osztály, osztályvezető főorvos

KULCSSZAVAK pszichiátria, jog, önkéntes gyógykezelés, sürgősségi gyógykezelés, kötelező gyógykezelés, betegjogok

ABSZTRAKT *A pszichiátria és a jog kezdetektől fogva összekapcsolódik egymással. Már az ókorban szabályozni próbálták a közösségekben élő elmebetegekkel kapcsolatos bánás- és eljárásmodot. Az orvosi szakmák közül mai is a pszichiátria betegellátás során találkozunk leggyakrabban az orvoslás és a jog területét egyaránt érintő kérdésekkel. A gyakorló pszichiáternek figyelemmel kell lennie azokra a jogszabályokra, amelyek az egészségügyi ellátást, az orvosi tevékenységet, a betegek, illetve az egészségügyi dolgozók különféle kötelezettségeit és jogait általában szabályozzák. Pszichiátriai intézménybe 3 féle módon lehet kerülni, melyet a beteg aktuális pszichés állapota határoz meg, így megkülönböztetünk önként vállalt, sürgősségi és kötelező gyógykezeléseket. A pszichiátriai betegeket is megilletik bizonyos betegjogok a kezelés során, melyeket azonban éppen a beteg gyógyulása érdekében korlátozni lehet.*

Az 1997. évi CLIV. törvény egészségügyről pszichiátriai betegekről szóló fejezete speciális szabályként (lex specialis) viselkedik az Eütv. rendszerén belül. A speciális szabály lerontja az általános szabályt (lex specialis derogat legi generali) elve érvényesül. Ez azt jelenti, hogy a pszichiátriai betegek ellátása során főszabályként az Eütv. többi fejezetében foglalt rendelkezéseket kell alkalmazni, és csak néhány speciális esetben alkalmazandók a pszichiátriáról szóló X. fejezetben található szabályok. [1]

Ezen speciális esetek közé tartoznak a kötelező gyógykezeléssel, a korlátozó intézkedésekkel, egyes betegjogokkal, illetve a bírósági nem peres eljárással (szemlével) kapcsolatos szabályok.

Az Eütv.-nyel szorosan összefügg a 60/2004. (VII. 6.) ESZCSM rendelet [2], mely a közvetlen veszélyeztető magatartás fennállásakor alkalmazható különböző korlátozási lehetőségeket (pszichikai, fizikai, kémiai, biológiai) tárgyalja. Ebben a rendeletben pontosan megfogalmazzák, hogy kinél és milyen esetekben alkalmazható bármilyen korlátozás, mi ennek a sorrendje, ki rendelheti el, meddig lehet fenntartani, és hogyan kell mindezt dokumentálni. Amennyiben a közvetlen veszélyeztető magatartás megszűnik, abban az esetben a beteget nem lehet korlátozni, még akkor sem, ha felvételére egyébként sürgősséggel került sor.

Régebbi korokban előszeretettel alkalmaztak szinte brutális kényszerítő

eszközöket, mint pl. a hálóságy, gumiszoba, 5 pontos rögzítés stb. Voltak ennél sokkal bizarrabb, bár az akkori kor szerint tudományosnak minősített módszerek is: a frontális lobotómia (leukotómia), melyet a múlt század 30-as éveitől kezdve, egészen a 70-es évek végéig alkalmaztak (Magyarország is). Ennek során a szemüregen keresztül bevezetett eszközzel roncsolták a beteg frontális lebenyét, ezzel visszafordíthatatlan agykárosodást okozva. Főleg uralhatatlan, kezelhetetlen agresszivitás, pszichotikus állapotok esetében alkalmazták ezt a módszert. (Pl. a néhai amerikai elnök, JFK lánytestvére is átesett ilyen „műtéten”).

A mai modern körülmények között már elképzelhetetlenek hasonló esetek,

a betegek rögzítésére használt eszközök is teljesen kicserélődtek, sokkal humánusabb megoldásokkal lehet megfékezni, rögzíteni a betegeket.

Szintén a múlt század 30-as éveiben fedezték fel az elektrokonvulzív terápiát (ECT), melyet leginkább a 60-70-es években használtak világszerte, sokszor nemcsak terápiás, hanem büntető jelleggel is. A jelenlegi terápiás arzenálnak ugyan továbbra is részét képezi az ECT kezelés, de csak nagyon súlyos, terápiarezisztens esetekben lehet alkalmazni, és a beavatkozás mindig intubált, altatott állapotban történik. Amennyire brutálisnak tűnik ez a beavatkozás, annál nagyobb a terápiás haszna, de napjainkban elenyésző ezeknek a kezeléseknél az aránya.

I/1. KI MINŐSÜL PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK?

A pszichiátriai betegségek világszerte nagyon elterjedtek. A depresszió élet-tartam prevalenciája 15-20%-os, ami azt jelenti, hogy a világon minden 5. ember élete folyamán átesik legalább 1 depressziós epizódon. Az utóbbi évek felmérései alapján mind az alapellátásban, mind a népesség körében a depresszió az egyik leggyakrabban előforduló pszichiátriai zavar. [3] A depresszió az USA-ban évente kb. 17 millió embert érint, és évi 43 milliárd dollárt tesznek ki a depresszió kapcsán felmerülő költségek. Az unipoláris major depresszió a nők körében kétszer gyakrabban fordul elő, mint férfiak között, minden életkorban kezdődhet, de a betegség legtöbbször a 20–30. életévek között (de gyakran már a serdülőkorban) indul. Az Egészségkárosodással Korrigált Életévek (Disability-Adjusted Life Years, DALY) az idő előtti elhalálozás következtében elveszített és a rokkantságban/betegségben leélt életéveket összegző, a be-

tegségteher (burden of disease) mérésére, annak számszerűsítésére kialakított mutató. A Világbank felkérésére, a Harvard Egyetem munkatársai által végzett felmérés szerint az unipoláris major depresszió 1990-ben a világon a negyedik leggyakrabban munkaképtelenséghez vezető betegség volt, és a 2020-as évekre szóló előrejelzések szerint az iszkémiás szívbetegség mögött a második helyet foglalja majd el. [4] Azon 25 betegség közül, melyek a leginkább összefüggést mutatnak az idő előtti halálozással, 7 is pszichiátriai eredetű. A mentális betegségek gyakran mutatnak komorbiditást más szomatikus betegségekkel (kardiovaszkuláris betegség, daganatos betegségek, gasztrointesztinális betegségek, diabétesz mellitusz), melyek negatív hatással vannak a lehetséges prognózisra, és jelentősen növelik a kezelés költségeit is. A depresszióval élő betegek átlagéletkora 10 évvel kevesebb a nem depressziósokéhoz képest. [5]

A WHO adatai alapján 2015-ben 788 000 ember halt meg szuicidium következtében, és ennek többszöröse volt az öngyilkossági kísérletek száma. Magyarországon évente kb. 1900-2000 befejezett öngyilkosság történik, mellyel Európában a 4. helyet foglaljuk el. [6] Sajnos a Covid-pandémia óta ez a szám ismételen emelkedni kezdett. A depresszió megfelelő szűrésével és adekvát kezelésével a befejezett szuicidiumok, illetve kísérletek száma jelentősen csökkenthető. [7]

A lakosság 1%-a szenved skizofréniában, de a szorongásos betegségek (pánikbetegség, kényszerbetegség, poszttraumás stresszbetegség) előfordulása is nagyon magas. Az átlagéletkor emelkedésével párhuzamosan a demens populáció létszáma is fokozatosan nő, jelenleg 60–80 millió ember szenved ebben a betegségben világszerte.

A pszichiátria az orvostudomány ágai közül talán a legmisztikusabb és egyben a legvitatottabb terület. Misztikus, hiszen a lélek betegségeit kutatja, próbálja gyógyítani, történelmi koronként eltérő eljárásokat preferálva, ugyanakkor a legvitatottabb is, mert ezek a betegségek nem mutathatóak ki egy egyszerű laboreltéréssel, vagy képalkotó eljárásokkal, (jelenleg még) nem rendelkezünk olyan biomarkerekkel, amelyek segítségével ezeket a rendellenességeket egyértelműen verifikálhatnánk.

Az Eütv.-ben a pszichiátriai beteg definíciója a következő: „az a beteg, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. revíziója szerinti mentális- és viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60-X84) diagnózisát állítja fel”. Ez azonban csak egy tudományos testület által kidolgozott és pszichiáterek által elfogadott, a pszichiátriai zavarok tünettani leírását tartalmazó dokumentum. Pszichiátriai zavarokról

beszél, mert nem mutatható ki egzakt módon pl. a depresszió organikus (szervi) eredete, nincs egy általános definíció, nincs olyan kimutatható idegrendszeri elváltozás, amely az orvosi beavatkozás szükségességét egyértelműen indokolná.

Mint az előzőekben bemutattam, a pszichiátriai betegségek nagyon elterjedtek, a betegség miatt munkából kieső napok tekintetében a depresszió pl. az 1. helyen áll. Mindenki családjában biztosan előfordulnak ezek a betegségek, de egészen addig, amíg az érintettek nem produkálnak közvetlen veszélyeztető magatartást, nem tekint senki másként rájuk, mint a társadalom többi tagjára.

A közvetlen veszélyeztető magatartást mutató betegek megítélése is nagyon különböző, sokszor szélsőséges eseteket generál. Van egy olyan irányzat (antipszichiátria) – éppen abból kifolyólag, hogy ezek a betegségek nagyon nehezen megfoghatóak, nehezen bizonyíthatóak –, amelynek a képviselői elleneznek bármiféle pszichiátriai kezelést. Az ő meglátásuk szerint a társadalom beteg, nem az egyének, ezért nyilvánvalóan semmilyen kezelésre nincs is szükség. Létezik ezzel teljesen ellenkező álláspont is, mely szerint a veszélyeztető, dühöngő „örülteket” soha nem lenne szabad kiengedni a pszichiátriai intézményekből, egyfajta börtönrezsimit kellene velük szemben alkalmazni. Az igazság persze valahol a kettő között félúton van, és a jelenleg hatályos törvények és rendeletek ezzel teljes összhangban szabályozzák a pszichiátriai betegek ellátását és a velük szemben alkalmazható korlátozó intézkedéseket.

Az Eütv. 190. §-a szerint minden pszichiátriai beteg jogosult arra, hogy

a) pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint családi, illetőleg lakókörnyezetében történjen, továbbá

b) pszichiátriai gyógykezelésére az állapotának megfelelő és a többi beteg fizikai

biztonságát védő, a lehető legkevésbé hátrányos és kellemetlen módszerrel kerüljön sor, illetve

c) pszichiátriai gyógykezelése során korlátozó vagy kényszerítő intézkedés alkalmazására, valamint korlátozó feltételek közötti elhelyezésére csak feltétlenül indokolt esetben, önmaga vagy mások veszélyeztetése esetén kerüljön sor.

Ennek a kitételnek a betartása nagyon nagy lehetőséget, de egyben felelősséget is ad a kezelőorvosnak. Ügyeleti időben, egy rendőrségi kísérettel beszállított beteg esetén igen nehéz annak megítélése, hogy állapota vajon közvetlen veszélyeztetőnek minősül-e, és vele szemben alkalmazható-e bármilyen kényszerintézkedés, vagy vizsgálatkor éppen nyugodt magatartást mutat, ezért emittálható. Mind a kettőnek megvan a veszélye, mert az első esetben lehet, hogy feleslegesen alkalmazunk kényszert, mert másnapra kialussza magát, nyugodttá válik, míg a vizsgálatkor

alapvetően nyugodt páciens az emissziót követően akár öngyilkosságot is elkövetethet. Mindezek okán a kórházakban a defenzív medicina az uralkodó, amelynek alapján inkább kerüljön osztályra a beteg, mert ha a későbbiekben kiderül, hogy mégsem oda való, azzal kisebb kárt okozunk, mintha esetleg bekövetkezik egy végzetes tragédia.

Ennek eldöntése nem egyszerű, nagy tapasztalatot és emberismeretet igénylő feladat, melyet azonban megkönnyíthetne egy jól megírt beutaló. Ennek tartalmaznia kellene a beutalást indokló tüneteket (nem kell feltétlenül pszichiátriai diagnózis), az előzményi adatokat, az alkalmazott terápiákat, a hozzátartozó elérhetőségét, heteroanamnézist stb. Ezzel szemben sokszor csak a mentősök vagy a beteg elmondására tud hagyatkozni az orvos, ami sokszor nem elégséges információ a közvetlen veszélyeztető magatartás megítéléséhez.

I/2. PSZICHIÁTRIAI INTÉZMÉNYBE KERÜLÉS MÓDJAI

A pszichiátriai intézményekbe az aktuális törvényi szabályozások figyelembevételével 3 féle módon kerülhet felvétel-

re a beteg: így a jog ismeri az önkéntes, a sürgősségi és a kötelező gyógykezelés fogalmát.

I/2.1. Az önkéntes gyógykezelés

Az Eütv. 197. §-a teremti meg a törvényi kereteit az önkéntes gyógykezelésnek.

A vonatkozó paragrafus az 1. bekezdése kimondja, hogy a gyógykezelés csakis akkor tekinthető önkéntesnek, ha abba a cselekvőképes beteg a pszichiátriai intézetbe történő belépése előtt írásban beleegyezett. Erre egy külön formanyomtatvány áll rendelkezésre a pszichiátriai osztályokon, amelyet a kellő felvilágosítás után a beteg az aláírásával szentesít (1. melléklet).

A 2. bekezdés szerint a korlátozottan cselekvőképes kiskorú, a cselekvőképeségében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen beteg a törvényben meghatározott személy kérelmére vehető pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe. A 2. pont hatálya alá tartozó betegek saját maguk is kérhetik önkéntes (ideiglenes) felvételüket az intézménybe, abban az esetben, ha a törvényben meghatározott személy nyi-

latkozatának beszerzése késedelemmel járna, vagy felmerül annak a veszélye, hogy a beteg indokolt gyógykezelésében ellenérdekelt. Az ilyen típusú felvételeket követően az intézet haladéktalanul megkísérli a kapcsolatfelvételt a törvényes képviselővel, amennyiben ez nem jár sikerrel, akkor haladéktalanul értesíti a gyámhatóságot a beteg intézeti felvételéről és annak körülményeiről. A beteg felvétele akkor tekinthető véglegesnek, ha a törvényes képviselő ehhez utólag jóváhagyását adja.

A cselekvőképes beteg önkéntes felvételét (1. pont) a bíróság hivatalból nem vizsgálja, viszont a 2. pont szerint önkéntes felvételre került betegek esetében 24 órán belül értesíteni kell a bíróságot a felvétel tényéről, amely legfeljebb 72 órán belül megvizsgálja, hogy az önkéntes gyógykezelés feltételei fennállnak-e. Ennek során meghallgatja a beteget, az intézet vezetőjét (vagy általa kijelölt orvost), illetve beszerzi független elmeszakértő véleményét is, majd dönt az önkéntes intézeti gyógykezelés elrendeléséről. Amennyiben nem állnak fenn ennek a törvényi feltételei, úgy a beteget az intézményből 24 órán belül el kell bocsátani.

Az Eütv. 198. §-a értelmében a bíróság az intézeti gyógykezelés szükségességét időszakosan felülvizsgálja, amire pszichiátriai fekvőbeteg-gyógyintézetben harmincnaponként, míg a pszichiátriai betegek rehabilitációs intézetében hatvan naponként kerül sor.

A saját akaratukból pszichiátriai osztályra kerülő betegek (önkéntes felvétel) általában kezelőorvosuk javaslatára vagy háziorvosi beutalóval, állapotuk aktuális dekompenzálódását követően hospitalizálódnak. Igen ritka az az eset, amikor valaki az utcáról besétálva kéri felvételét egy intézménybe. A kezelésre önként vállalkozó pszichiátriai beteg nagyobb

terápiás eredményességre számíthat, van betegségtudata, és ebből kifolyólag a kezelőszeméllyel való együttműködése is megfelelő. (Szemben a sürgősséggel beszállításra kerülő betegekkel, akiknek nincs betegségtudatuk, elutasítják a kezelést, amit a legtöbbször akaratuk ellenére, kényszerintézkedések fogyanatosításával kell számukra biztosítani.)

Korábban (még 10-20 évvel ezelőtt is) a pszichiátriai felvételek zömét az önkéntes felvételek tették ki, a depressziós, a skizofréniában szenvedő vagy éppen a pánikbetegek saját maguk kérték intézeti elhelyezésüket. Az utóbbi időszakban azonban ezek a betegek kiszorultak a fekvőbeteg ellátásból, aminek oka kettős:

- A korszerű terápiás módszerek segítségével már ambulánsan is kezelhetők ezek a betegek, jóval kisebb anyagi terhet róva az egészségügyi rendszerre.
- A másik ok jóval prózaibb. Mivel a pszichiátriai osztályos beteganyag kicserélődött, a sürgősséggel felvett, közvetlen veszélyeztető állapotú betegek aránya megnőtt, ezért a kevésbé súlyos állapotban lévő (önkéntes) betegek egyszerűen félnek ilyen körülmények közé bekerülni, ez a millió még talán ront is a betegségükön. Habár alapvetően más jogaik vannak, mint a sürgősséggel felvett betegeknek, de közös tereket használnak (társalgó, mosdó stb.), ahol a konfliktusok kialakulásának veszélye megnő.

Fontos hangsúlyozni, hogy az önkéntes gyógykezelésben részesülő pszichiátriai betegek jogai semmiben sem különböznek a másokat is megillető alapvető betegjogoktól. Önrendelkezési jogukból fakadóan az intézményt bármikor elhagyhatják, kérhetik az intézményből való elbocsátásukat. Sokszor látjuk

azt, hogy bár a beteg állapota még indokolná az intézeti elhelyezést (súlyos kényszerbetegség, depressziós epizód, krízishelyzet stb.), de mivel közvetlen veszélyeztető magatartást nem mutat, ezért az intézetből saját kérésére el kell engedni. Mindezt körütekintően és adekvátan rögzíteni kell a beteg dokumentációjában, illetve a zárójelentésbe (éppen az intézet védelmében) bele szokott kerülni, hogy a kellő felvilágosítást követően, a beteg kérésünk ellenére kéri emisszióját, és mivel nincs közvetlen veszélyeztető állapotban, ezért az osztály állományából kiírjuk. Ahogy azt az Alkotmánybíróság 36/2000. (X. 27.) határozata leszögezi, a beteg jogellenes eltávozásához az orvos dokumentációs és értesítési kötelezettségein túl jogkövetkezményt nem fűz – tehát a beteg távozása az Eütv. 12. §-a alapján nem akadályozható meg, csak az Eütv. 192. § (2) bekezdése szerinti eset-

ben, vagyis ha a beteg sürgősségi, vagy kötelező gyógykezelés hatálya alatt áll. [8]

Speciális esetet jelen, ha a beteg önkéntes alapon kerül felvételre, de a kezelése során olyan tüneteket produkál, ahol már fennállnak a sürgősségi gyógykezelés kritériumai. Ha egy alkoholistá beteg teljesen józan állapotában kéri a felvételét leszokási célzattal, de a kezelés 3. napján delirálni kezd, hallucinál és agresszív magatartást mutat, akkor át kell őt minősíteni, és onnantól kezdve rá már a sürgősségi gyógykezelés szabályai vonatkoznak. Az átminősítést követően értesíteni kell a bíróságot, amelynek 72 órája van annak eldöntésére, hogy a beteg állapotára tekintettel elrendelje annak kötelező kezelését, ami szerint az intézetet nem hagyhatja el, vele szemben akár kényszerítő intézkedések is alkalmazhatóak. Esetleges emissziójáról, állapotának függvényében majd a kezelőorvosa dönt.

1/2.2. A sürgősségi gyógykezelés

A sürgősségi gyógykezelésbe vétel feltételeit az Eütv. 199. §-a tárgyalja.

Az 1. bekezdés kimondja, hogy ha a beteg pszichés állapota, illetve szenvedélybetegsége következtében közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el, az észlelő orvos közvetlenül intézkedik a beteg megfelelő pszichiátriai intézetbe szállításáról. A beteg beszállításában szükség esetén karhatalom (rendőrség) is közreműködik.

Az orvosi és jogász szemlélet, megközelítés alapvetően eltérő a beteg akarata ellenére végzett egészségügyi cselekményekkel kapcsolatban. Az orvos elsősorban a gyógykezelést indokló mentális zavar súlyossága felől közelít, illetve a környezetét próbálja megvédeni annak

következményeitől. A jogász megközelítés ezzel szemben ezekben a cselekményekben a beteg alapvető jogainak, személyes szabadságának, (egészségügyi) önrendelkezési jogának korlátozását is látja. [9]

A mentális betegek kényszerű beutalása sajátos változata a szabadságkorlátozásnak; sajátosságát az adja, hogy a jogfosztásra nem valamilyen cselekedet szolgál alapul – mint például a bűnelkövetők esetében –, hanem egy állapot, a mentális működés valamilyen zavara, mely önmagában elégséges lehet a szabadságkorlátozás elrendeléséhez. Intézeti elhelyezésre kötelezhető a *parens patrie* elv szellemében az is, aki önmagáról megfelelően gondoskodni képtelen és kezelésre szorul. Tehát olyan embert lehet megfosztani legalapvetőbb jogának gya-

korlásától, aki nem mások, hanem kizárólag saját testi épségét veszélyezteti. [10]

Fontos hangsúlyozni, hogy minden magatartás és/vagy élményzavar, amely azonnali beavatkozást tesz szükségessé, és amelynek elmaradása a betegre és/vagy környezetére nézve közvetlen veszéllyel jár, kimeríti a sürgősségi gyógykezelésbe vétel kritériumát. Minden pszichiátriai betegség talaján kialakulhat sürgősségi ellátást igénylő helyzet, ebben a tekintetben nincs univerzális szabály. Mégis vannak bizonyos pszichiátriai kórképek, ahol ennek a lehetősége fokozottan fennáll:

- öngyilkosság, önsértő magatartás;
- agresszív/ellenséges viselkedés;
- gátolt/agitált beteg;
- pszichotikus betegségek;
- szerhasználattal összefüggő kórképek;
- organikus kórképek;
- affektív betegségek;
- szorongásos betegségek;
- személyiségzavarok;
- speciális csoportok: post partum, neuropszichiátriai kórképek;
- gyógyszer mellékhatások;
- krízisállapotok.

Sürgősségi gyógykezelésbe vételt indokló állapot bármely életkorban előfordulhat, és gyakorlatilag bármely testi vagy lelki betegség talaján kialakulhat. Nincs a nemek között különbség, tehát kb. hasonló arányban kerül mindkét nem ebbe a helyzetbe. Az OMSZ nem baleseti jellegű riasztási statisztikái szerint a pszichiátriai jellegű hívások aránya 30%! Gyakoribbak a riasztások hétvégéken, este és az éjszaka első felében. A pszichiátriai osztályokon fekvő betegek 60-70%-a sürgősséggel kerül felvételre, 20 évvel ezelőtt ez az arány 20-30%-os volt csak. [11]

A beteg beszállításáról a törvény konkrétan nem rendelkezik, csak any-

nyit ír elő, hogy az észlelő orvos beutalja a beteget az intézménybe, a beszállításról a mentőszolgálat gondoskodik, akár a rendőrség közreműködésével. A gyakorlatban ez nem mindig valósul meg, mert bár a háziorvos elvileg nem tagadhatja meg a pszichiátriai beteg vizsgálatát, ellátását, de sokszor ez mégsem történik meg, mert vagy nem elérhető, vagy egyszerűen nem kíván foglalkozni ilyen problémákkal. Nincs szabályozva az sem, hogy a mentőszolgálat mit tehet a pszichiátriai beteggel a beszállítás során, milyen kényszerítő intézkedést, milyen gyógyszerelést alkalmazhat. A cél az, hogy a beteg úgy kerüljön a kórházba, hogy a vizsgáló pszichiáter azt az állapotot tudja felmérni, ami a beszállítás indokoltságát megalapozta. (Ezért tapasztalható sokszor az a helyzet, hogy a beteg beszállításra kerül a sürgősségi osztályra, ahol általában azonnal riasztják a pszichiátert, hogy beteget érkezett, és semmiféle beavatkozást nem alkalmaznak – még a nyilvánvalóan agresszív, hosztilis beteg esetében sem – a pszichiáter szakorvos megérkezéséig.)

A törvény idevonatkozó bekezdésének értelmében a beteg felvételét követően a pszichiátriai intézet vezetője 24 órán belül értesíti a bíróságot (általában faxon), amely 72 órán belül határozatot hoz, hogy a beszállítás indokolt volt-e, és ha igen, akkor elrendeli a beteg kötelező gyógykezelését. A bíróság határozatának meghozataláig a beteg ideiglenesen az intézetben tartható (2. melléklet).

Az Eütv. 199. § (4) bekezdésében foglaltak, miszerint a határozat meghozataláig elsősorban a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartás megszüntetésére kell törekedni, általában nehezen megvalósíthatóak a gyakorlatban, mert ahhoz, hogy a bíróság érdemben tudjon dönteni a beteg állapotáról, az eredeti,

beszállításkori állapotot kellene konzerválni. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy a heveny veszélyeztető magatartást mutató, auto- és/vagy heteroagresszív beteget éppen saját, illetve betegársai védelme miatt kezelésben kell részesíteni (szedáció) – akár kényszerintézkedések bevezetése mellett is (rögzítés). Sokszor tapasztalható az, hogy a bírói szemle már csak a szedált (alvó), rögzített beteget látja, és csak a személyzet elmondására, illetve az egészségügyi dokumentációra hagyatkozva tudja elrendelni a kötelező gyógykezelést.

A bírói szemle szerves részét képezi egy pszichiátriai osztály működésének. Általában heti 2 alkalommal tartják meg, amelynek során az előző 72 órában a bíróságra faxon beérkező kérelmek alapján, a sürgősségi eljárásban felvett betegek bemutatása zajlik. Fontos kiemelni, hogy a bíróságok leterheltségéből fakadóan is, ez csak heti 2 alkalommal szokott megtörténni (általában kedden és pénteken, de lehet más napokon is), és előfordulhat olyan eset, hogy egy péntek este bekerült beteget csak kedd délelőtt véleményez a bíróság, ami meghaladja a törvény által biztosított 72 órát. Általában a betegek nincsenek abban a helyzetben, hogy vitassák ezt, de elvileg 72 órán túl nincs semmilyen jogalapja bírósági határozat nélkül a pszichiátriai intézetnek bent tartani a beteget. A bírói szemle (bizottság) 3 főből áll: bíró, ügygondnok (aki a beteg érdekeit képviseli) és független igazságügyi elmeszakértő. [12] A kezelőorvos jelenlétében meghallgatják a beteget, átnézik a beteg dokumentációját, majd még ott a helyszínen közlik a beteggel a határozatukat, ami az esetek 99%-ában meg szokott egyezni a pszichiátriai intézet véleményével. A bírói szemle alapvetően a beteg beszállításának jogosságáról

dönt, és amennyiben a közvetlen veszélyeztető magatartás feltételei fennállnak, úgy elrendeli a beteg kötelező gyógykezelését. Ez ellen a beteg fellebbezést nyújthat be 8 napon belül, de ennek nincs halasztó hatálya, tehát továbbra is akarata ellenére az intézetben tartható. A bíróságnak 5 napja van a határozat végleges írásba foglalására, és további 2 nap áll rendelkezésre, hogy mindazt a beteghez eljuttassák. [13] Ez a legkevésbé szokott megvalósulni a gyakorlatban, mert számos alkalommal tapasztalható az, hogy a beteg már rég hazament, jól van, és kap egy bírósági végzést, amit nem tud értelmezni. Ha egy paranoid betegről van szó, akkor főleg nagy esély van arra, hogy túlzott jelentőséget tulajdonít annak a dolognak, hogy vajon a bíróság miért keresi őt. Nehezen érti meg, hogy ez még az előző (sokszor hetekkel korábbi) kórházi kezelése során készült bírósági jegyzőkönyv.

Az idült alkoholizmusban szenvedő vagy éppen drogelvonásban lévő betegek sokszor az ágyukat sem képesek elhagyni, de ugyanez igaz az időskori leépülést mutató, demens betegekre is, akik elvesztették a járásképességüket. Ilyen alkalmakkor a bírói szemlét közvetlenül a betegágy mellett kell lefolytatni. Itt kell megjegyezni, hogy a kórteremben lefolytatott szemlék során nem zárható ki az azonos szobában elhelyezett – sok esetben szintén ágyhoz kötött – többi beteg személyes jelenléte, amely a meghallgatások nyilvános volta ellenére az eljárással érintett beteg személyiségi jogainak jelentős csorbulását eredményezi. Azonban sem a kórház, sem a kórházi alkalmazottak nem képesek technikailag e tekintetben megfelelni a jogi követelményeknek. Fizikálisan nem megoldható a beteg elkülönítése, más szobába való átszállítása a meghall-

gatás idejére, hiszen a kórtermek túlszűfoltak, a fekvőbeteg mozgatása pedig szabad ápolói kapacitást igényelne, ami sajnálatos módon többnyire nem áll rendelkezésre. Ez a probléma sajnos jogszabály-módosítással sem megoldható. [14]

Az Eütv. 199. § (8) bekezdése értelmében a sürgősséggel felvett betegek esetében a bíróság 30 naponként felülvizsgálja a gyógykezelés szükségességét. (3. melléklet) Sokan félreértik ezt a rendelkezést, mert azt hiszik, hogy amikor a bírói szemle alkalmával elrendelik a kötelező gyógykezelést, az 30 napra szól, ezzel szemben az, hogy a beteg mikor emittálható az intézményből, csakis a kezelőorvos felelőssége. Tehát ha a beteg állapota 10 nap alatt teljesen normalizálódik, stabillá válik, akkor a kezelőorvos döntése értelmében bármikor elbocsátható, és semmilyen további dolga nincs a bíróságnak.

Annál a betegnél, akinél a bíróság elrendelte a kötelező gyógykezelést különböző kényszerítő (korlátozó) intézkedések is alkalmazhatók saját, illetve betegársai testi épségének megóvása céljából. Ezek lehetnek pszichikai, fizikai, kémiai és biológiai korlátozó intézkedések:

- a) Pszichikai korlátozás: a pszichiátriai beteg felszólítása a veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető magatartástól való tartózkodásra, illetve az ilyen magatartások abba-hagyására, valamint a veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető magatartás elhárítását célzó beavatkozásokkal, kezelésekkel történő együttműködésre való felszólítás.
- b) Fizikai korlátozás: a pszichiátriai beteg szabad mozgásának megtagadása, illetve mozgási szabadságának testi kényszerrel, fizikai és mechanikai eszközökkel, beren-

dezésekkel való korlátozása, így különösen az osztály, a részleg és az intézet elhagyásának megtagadása és megakadályozása, az intézet területén történő mozgás korlátozása, az elkülönítés, a testi kényszer, a rögzítés, valamint a lekötés.

- c) Kémiai vagy biológiai korlátozás: a veszélyeztető, illetve a közvetlenül veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges mennyiségű gyógyszer belegegyezés nélkül történő alkalmazása. [15]

Fontos leszögezni, hogy ezt a sorrendet célszerű betartani, tehát lehetőség szerint el kell kerülni a beteggel való nyílt konfrontációt, fizikai kényszert csak végső esetben – ha nem sikerül meggyőzni másképp a beteget –, alkalmazunk. A kezelőszemélyzet semmiképpen sem tehet támadó, fenyegető mozdulatot, arra kell törekedni, hogy a beteg esetleges támadó, fenyegető fellépését elhárítsuk, megakadályozzuk. Sajnos az egyáltalán nincs törvényileg szabályozva, hogy kinek a segítsége vehető igénybe egy ilyen helyzetben. Kórházi szokásjogon, házirenden alapul, hogy ilyen vészhelyzetek alkalmával a biztonsági őrök, esetleg a beteghordók tudnak segíteni a beteg megfékezésében, ellátásában. Régebbi időkben, amikor képzett férfiápolók dolgoztak a pszichiátriai osztályokon, akkor elég volt csak ránézniük a problémásabb betegekre, és ritkán került sor kényszer alkalmazására. A pszichiátriai osztályok személyzete azonban kicserélődött (90%-ban hölgyek dolgoznak), illetve a beteganyag is megváltozott (sokkal több agresszív, szerhasználó, személyiségzavaros beteg van), aminek eredményeképpen elég gyakoriak az ilyen típusú konfrontációk.

Főszabályként a korlátozást mindig

a kezelőorvos rendeli el. A kezelőorvos azonban nem mindig érhető el (konzíliumon van, beteget vesz fel stb.), ilyen alkalmakkor a szakápoló is intézkedhet, de a kezelőorvosnak 2 órán belül jóvá kell hagynia az alkalmazott korlátozó intézkedést. A beteg egészségügyi dokumentációjában a kezelőorvosnak minden alkalommal rögzíteni kell, hogy milyen típusú intézkedés történt, milyen gyógyszereket, injekciókat kapott a beteg, és főleg hogy mi volt az indítéka a korlátozó intézkedés alkalmazásának. Erre általában egy rendszeresített nyomtatvány áll rendelkezésre, amit a beteg dokumentációjához csatolni kell. A korlátozás ideje alatt a beteg állapotát folyamatosan monitorozni kell, amely magában foglalja a fizikai, higiénés és egyéb szükségletek felmérését és ezeknek a beteg állapotának megfelelő kielégítését. (4. melléklet)

Fontos jogi momentum, hogy a korlátozó intézkedések elrendeléséről, mind az ellátottat, mind az ellátott törvényes képviselőjét, mind a betegjogi képviselőt tájékoztatni kell.

Az ellátott esetében szóban történik mindez, ahol el kell mondani a betegnek, hogy mi fog történni, miért történik a korlátozás, és hogy mikor lesz ez majd feloldva. (Ennek pontos időbeni behatárolása sokszor lehetetlen.)

A törvényes képviselőt is általában szóban tájékoztatják a korlátozó intézkedésekről, ami történhet az intézkedés végrehajtása előtt, halaszthatatlan esetben a végrehajtás alatt, vagy akár azt követően 3 napon belül is. Sokszor tapasztaljuk azt a kórházi ellátás során,

hogy a hozzátartozó sérelmezi, hogy miért van a beteg rögzítve, miért nem hagyhatja el az osztályt stb. Ilyen esetekben minden egyes alkalommal meg kell ismertetni azokkal a tényekkel, amelyek miatt a korlátozó intézkedés végül elrendelésre került. (99%-ban meg szokták érteni.)

A betegjogi képviselőt az elrendelést követő 48 órán belül kell írásban tájékoztatni. Ez sem szokott minden alkalommal megvalósulni, mert ha mindez mondjuk napi rendszerességgel történik, akkor ennek dokumentálása rengeteg idő, energia. Az orvosok leterheltségéből fakadóan sokszor elsikkad a betegjogi képviselő tájékoztatása, pedig sok későbbi jogi procedúrától tud megvédeni egy ilyen irat.

Néhány esetben előfordul az, hogy a kötelező gyógykezelésben részesülő beteg engedély nélkül elhagyja az osztályt, esetleg az intézetet is. Ilyenkor értesíteni kell a rendőrséget, akik megfelelő személyleírás alapján kiadják a körözést. Általában a beteg haza szokott menni, tehát a hozzátartozók értesítése is célszerű, és ha megtalálták a beteget, akkor azonnali hatállyal, akár karhatalmi segítséggel vissza kell szállítani a pszichiátriai intézetbe.

Meg kell említeni, hogy a törvényi rendelkezés betartása éppen a kezelőszemélyzet mennyiségi és minőségi korlátai miatt sokszor nehézségekbe ütközik, ami viszont sokszor tragédiákba torkollhat. (Betegtárs vagy kezelőszemélyzet megtámadása, sérülése, halála, a beteg öngyilkossága stb.)

I/2.3. A kötelező gyógykezelés

Az Eütv. X. fejezetének 200. §-a biztosítja a kötelező gyógykezelés jogi kereteit.

Ennek értelmében a bíróság annak a betegnek rendeli el a kötelező gyógykeze-

lését, aki pszichiátriai megbetegedése vagy szenvedélybetegsége következtében veszélyeztető magatartást tanúsít, de a sürgősségi gyógykezelése nem indokolt. A kötelező gyógykezelést elrendelheti:

- a pszichiátriai gondozóintézet szakorvosa,
- büntetőeljárás során elrendelt kényszergyógykezelés megszűnése esetén, ha a beteg további intézeti gyógykezelése szükséges, a kényszergyógykezelést végző szerv főigazgató főorvosa (IMEI főigazgató),
- ügyészség, ha kényszergyógykezelésre lenne szükség, de a büntetési tétel az 1 évet nem haladja meg.

Vannak olyan esetek, amikor az azonnali sürgősségi beszállítás nem indokolt, de a beteg képtelen saját maga ellátására, esetleg környezete irányában fenyegetőleg lép fel, mások testi épségét veszélyezteti. A területileg illetékes pszichiátriai gondozóintézet szakorvosa kiszállhat a helyszínre, és kezdeményezheti az ilyen állapotban lévő beteg kötelező gyógykezelését. Indítványát benyújtja a bíróságra, illetve megjelöli azt az intézményt, ahol a beteget majd el kell látni. A bíróság meghallgatja az érintettet, a kezelőorvost, illetve független igazságügyi elmeszakértőt is, majd 15 napon belül határozatot hoz. Ha a bíróság végül elrendeli a kötelező gyógykezelést, akkor a betegnek a jogerős határozat kézhezvételétől számítva 3 napja van a kijelölt intézetbe bevonulni. Ha ez nem történik meg, akkor onnantól kezdve a sürgősségi gyógykezelés szabályai lépnek életbe, és az intézetbe akár rendőrségi segédlettel is be kell szállítani. Minden szakorvosnak törekedni kell arra, hogy lehetőleg ne kerüljön erre sor, a beteg önként

kérje felvételét, de amennyiben ez nem lehetséges, akkor lehetőség van erre az eljárásra is. [16] A pszichiátriai betegek jogainak védelmében felszólalók gyakran hangoztatják, hogy ez egy sokkal „humánusabb” megoldás a pszichiátriai betegek kezelésére, mert itt még az intézetbe kerülés előtt megtörténik a bírósági eljárás, szemben a sürgősségi gyógykezeléssel, ahol a beszállítást követően, 72 órán belül dönt a bíróság annak jogszerűségéről, és rendeli el ezt követően a beteg kötelező gyógykezelését.

A valóságban nagyon ritkán fordul elő hasonló eset, a 25 éves praxisom alatt talán 2 alkalomról tudnék beszámolni, amikor valakit előzetes bírósági eljárást követően köteleztek pszichiátriai gyógykezelésre. Nehezen hihető az, hogy valahányszor valakit akarata ellenére pszichiátriai osztályra szállítanak, olyan súlyos veszélyhelyzet áll fenn, hogy ne lehetne előzetes bírósági eljárást kezdeményezni. Megfelelően kellene képezni a pszichiátereket, de a bírákat, ügyvédek is, hogy ez a jogintézmény létezik, és ki lehetne építeni megfelelő kapcsolatokat, amelyek a bíróság és a gyógyító intézmények közötti együttműködéshez szükségesek lehetnek.

Nagyon nehéz meghúzni azt a határvonalat, hogy mi minősül veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető magatartásnak, nagy tapasztalattal kell rendelkeznie a szakorvosnak, hogy mindezt eldönthesse. Emellett probléma lehet az is, hogy a pszichiátriai gondozók túltelítettek, egy 6 órás műszakban nem ritkán 50-60 beteg is ellátásra kerül (ennyi idő alatt maximum recept felírásra van lehetőség), és így a gondozó szakorvos sokszor fizikailag képtelen felkeresni egy problémás beteget.

Eldönthetetlen kérdés, hogy ha a közelmúltban elhíresült rendőrgyilkos-

ság elkövetőjét megvizsgálják előzetesen, akkor nála elrendelte-e volna a bíróság a kötelező gyógykezelést. Hiszen az információk alapján több alkalommal is furcsán viselkedett, fenyegetőleg lépett fel, a szomszédokat terrorizálta, veszélyeztető magatartást tanúsított. Az esetek többségében sajnos nem történik meg a vizsgálat, ami

számos későbbi tragédia kialakulását elősegíti.

Természetesen a sürgősségi gyógykezeléshez hasonlóan a bíróság (bírói szemle) időszakosan (30 naponként) felülvizsgálja az intézeti gyógykezelés szükségességét, és amennyiben a további kezelés már nem indokolt, úgy a beteget haladéktalanul el kell bocsátani.

1/3. A PSZICHIÁTRIAI BETEGEKET MEGILLETŐ JOGOK SAJÁTÓSSÁGAI

Fontos hangsúlyozni, hogy azokat a betegeket, akik saját kérésükre, önkéntes alapon kerültek pszichiátriai intézménybe, ugyanazok a betegjogok illetik meg, mint az összes többi beteget, tehát az ő betegjogaik elvben nem korlátozhatóak. Ezzel szemben a sürgősséggel felvett, közvetlen veszélyeztető magatartást mutató betegek jogai korlátozhatóak, de csak addig, amíg a veszélyeztető állapot fennáll. Ugyanakkor bizonyos betegjogok még ebben az állapotban is megilletik őket, amelyek helyes betartásában azonban sokszor tapasztalható hiányosság.

Minden embernek joga van a megfelelő egészségügyi ellátáshoz [17], semmilyen hátrányos megkülönböztetés nem érheti a beteget származás, nemzetiség, vallás, politikai nézet, kor, nem, családi állapot, szexuális irányultság, testi vagy értelmi fogyatékoság alapján.

A pszichiátriai betegnek lehetnek egyéb szomatikus betegségei is, sőt több tanulmány ír arról, hogy a pszichiátriai betegek esetében a komorbid szomatikus betegségek (diabétes mellitusz, kardiovaszkuláris és onkológiai betegségek) előfordulása sokkal nagyobb. Mégis azt tapasztaljuk, hogy ha egy betegről – akit más szomatikus osztályon kezelnek – kiderül, hogy pszichiátriai beteg is, akkor szinte rögtön áthelyezik a pszichiátriai

osztályra, ahol viszont nem biztosítottak azok a feltételek, amelyek a nem pszichiátriai betegségük ellátásához optimálisak lennének. [18] Ha eleve tudják, hogy pszichiátriai betegről van szó, akkor fel sem veszik a szomatikus osztályra, hanem a pszichiátriai osztályon próbálják kezelni az alapbetegségét. (Erre jó példa, hogy az MRSA-fertőzött, saroktályogos skizofrén beteget eleve a pszichiátriai osztályra vették fel, és naponta átjárt hozzá a sebész, hogy a sebéit kitararítsa, átkötözze.) Mindezek miatt a konzultációs (liason) pszichiátria szerepe felértékelődik, mert ha egy kórházban ez jól megvan szervezve, akkor szívesebben látnak el a szomatikus osztályok is pszichiátriai betegeket, mert tudják, hogy „baj” esetén szinte rögtön van segítség. [19]

Minden betegnek joga van ahhoz, hogy gyógykezelésével, az alkalmazott terápiákkal kapcsolatosan kikérje egy másik orvos véleményét is (second opinion), de ez a valóságban nagyon ritkán szokott megvalósulni.

Az Eütv. 189. § (1) bekezdése kimondja: a pszichiátriai beteg személyiségi jogait az egészségügyi ellátása során – helyzetére való tekintettel – fokozott védelemben kell részesíteni.

Az emberi méltósághoz való jog [20] semmilyen esetben sem korlátozható. Te-

hát a kezelés teljes időtartama alatt törekedni kell arra, hogy ez a jog ne sérüljön, még olyan betegek esetében sem, akiknél veszélyeztető magatartásuk miatt korlátozó intézkedések kerülnek bevezetésre. Nagyon sok pszichiátriai intézményben a felvételt követően (főleg aki sürgősséggel kerül felvételre) a betegnek át kell öltöznie a kórház által biztosított pizsamába, személyes holmijait elveszik, elzárják. Egyébként is, a pszichiátriai osztályok többségén nem tarthatnak a betegek maguknál kést, ollót, az étkezés is általában műanyag evőeszközökkel történik, éppen az ezekkel okozható sérülések elkerülése végett. Mindez ellentétes az egészségügyi törvény előírásával, mely szerint a beteg jogosult saját ruháinak, illetve személyes használati tárgyainak a használatára. [21]

A kezelőszemélyzet viselkedése, hozzáállása is sok esetben sértő lehet a betegre nézve. A negatív, trágár, fenyegető hangnem nem megengedhető pszichiátriai intézetekben. [22] Csak összeszokott személyzet tudja az agresszív, őrzöngő beteget szakszerűen megfékezni, de sokszor előfordul, hogy az ilyen intézkedés során a beteg megsérül, végtagtörést szenved, ennek elkerülése feltétlenül szükséges.

Visszatérő jelenség, hogy a pszichiátriai betegek elhelyezése sokszor méltatlan körülmények között valósul meg. A pszichiátriai betegeket kezelő épület általában a kórház főépületén kívül, egy különálló egységben valósul meg, ami sokkal rosszabb feltételeket biztosít az átlag beteg elhelyezéséhez képest. A kórházigazgatók nem is törekednek az elhelyezés javítására, kidobott pénznek tartják az épületek felújítását, hiszen a pszichiátriai betegek úgysem képesek vigyázni a berendezési tárgyakra, nem tudják értékelni a jobb körülményeket. Kétségtelenül van erre is példa, ugyan-

akkor ne feledkezzünk meg az önkéntes gyógykezelést választókról akik nem különböznek semmiben sem a kórház többi betegétől, mégis méltatlan körülmények között találhatják magukat. Sokszor ez akadálya is a felvételüknek, mert a kezelésükre ugyan szükség lenne, de az elhelyezési körülmények miatt azt nem vállalják. Ez esetben sérül az egészségügyi ellátáshoz való joguk.

A kapcsolattartáshoz való jog [23] még a sürgősséggel felvett betegek esetében sem korlátozható, de vannak esetek, amikor ez mégis bevezetésre kerül. A házi rend betartása mellett joga van mindenkinek látogatókat fogadni, sőt joga van a betegnek megtiltani, hogy gyógykezeléséről mások előtt bármilyen információt feltárjanak. A sürgősséggel felvett betegek esetében ez korlátozható abban a tekintetben, hogy sokszor szükség van a hozzátartozók, a környezet beszámolójára is ahhoz, hogy objektív képet kaphassunk a páciensről. A kapcsolattartást bizonyos körülmények között lehet azonban korlátozni is: pl. számos olyan pszichiátriai intézmény létezik, ahol a mobiltelefonokat a felvétel napján beszedik, és csak 1-1 órára adják vissza a nap folyamán, hogy a legszükségesebb beszélgetéseket megoldja a beteg. Ezt még az önkéntesen felvett betegek esetében is alkalmazzák, aminek az a célja, hogy semmi külső negatív esemény ne befolyásolja állapotát javulását. Olyan eset is előfordul, amikor a beteg állapota kifejezetten indokolja a mobiltelefon „elkobzását”. Egy mániásan felhangolt beteg 5 percenként is hívogathatja a családját (akár éjszaka is), vagy akár meggondolatlan üzeneteket köthet, interneten vásárolhat, ennek megelőzése okán a kapcsolattartásnak ezt a formáját korlátozhatja az intézmény.

Van a kapcsolatoknak egy olyan köre, melyek megtiltására semmilyen körül-

mények között nem lehet törvényi felhatalmazást adni. Ide tartozik a szabad vallásgyakorlás joga, és a beteg joga arra, hogy a gyógykezelés elrendelése és lefolytatása során érvényesítse a jogait. Az egyházak képviselőivel, a jogvédő intézményekkel és a beteg képviselőiben eljáró személyekkel való kapcsolattartást nem szabad akadályozni.

A személyes szabadság és az önrendelkezés joga az alapvető betegjogok kategóriájába esik, és csak abban az esetben lehet korlátozni, ha egy másik alapvető jog érvényesülését sérti. A személyes szabadság és az önrendelkezés korlátozása csak sürgősséggel felvett, a bírói szemle által kezelésre kötelezett betegeknél alkalmazható. Tehát az ilyen beteg maximum engedéllyel (de leginkább nem) hagyhatja el az osztályt, intézményt. Ha mégis elmegy, megszökik, akkor a rendőrség bevonásával vissza kell szállítani az osztályra. Ezeknél a betegeknél olyan korlátozó intézkedések is alkalmazhatók, amelyekbe a beteg nem egyezett bele, sőt akár gyógyszerek is bejuttathatók akarata ellenére a szervezetébe. Általános gyakorlat, hogy a sürgősséggel felvett betegek nem írhatnak alá semmilyen dokumentumot, hanem számukra eseti gondnokot kell kijelölni, aki helyettük eljár bizonyos ügyekben. A gondnok kijelölése azonban sokszor hetekig is eltart, így a beteg önrendelkezési joga sérül. (Pl. nem kapta meg a nyugdíját, mert az általa írt meghatalmazást nem fogadták el érvényesnek. [24])

Olyan osztályos példa is előfordult, hogy a felvételre került betegek mindegyikétől elvették a személyi igazolványukat (tekintet nélkül a felvétel jellegére), így az önként bevonulók is csak hosszas procedúra után tudták elhagyni az intézményt. (Az intézmény elhagyásának jogáról az 1997. évi Eütv. 12. §-a rendelkezik. [25])

A megfelelő tájékoztatáshoz szintén minden betegnek joga van [26], de ez sokszor még az önkéntesen felvett betegek esetében sem valósul meg. Ennek oka, hogy a kezelőszemélyzet nem ér rá részletesen elmagyarázni, hogy mi fog történni a beteggel, milyen gyógyszereket fog kapni, milyen mellékhatások várhatók stb. A sürgősséggel felvett betegeket is tájékoztatni kell, de ők sokszor nincsenek abban az állapotban, hogy ebből bármit megértsenek, felfogjanak. A hozzátartozó tájékoztatása is része az orvos munkájának, kivéve persze akkor, ha a beteg nem rendelkezett másképp, és nem zárt ki bizonyos személyeket ebből a körből.

Az egészségügyi adatok illetéktelen személyek által történő megismerésétől védi a beteget az orvosi titoktartáshoz való jog. [27] Az Eütv. kimondja, hogy a beteg egészségügyi ellátásában részt vevő személyek a tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatokat bizalmasan kell kezelniük, azokat csak az arra jogosulttal közölhetik. Nem mindig sikerül maradéktalanul betartani ezt, hiszen pl. a betegek felvétele sok esetben a kórteremben történik, melynek során a betegársak megismerhetnek olyan adatokat, amelyek nem rájuk tartoznak. Amikor egy sürgősséggel felvett betegnél korlátozó intézkedéseket vezetnek be, akkor a személyiségi, önrendelkezési joga mellett a titoktartáshoz való joga is sérülhet, mert ez általában szintén a kórteremben szokott megtörténni, és a betegársak végignézhetik a procedúrát, amelynek során olyan adatok is napvilágra kerülhetnek, melyek szintén nem tartoznak senki másra.

A titoktartáshoz való jogot speciális esetekben korlátozni is lehet:

- A beteg egészségügyi adatait az arra jogosultakkal a beteg hozzájárulása nélkül is közölni kell, amennyiben

azt mások életének, testi épségének, és egészségének védelme szükségesé teszi.

- Közölni lehet továbbá a beteg további ápolását, gondozását végző személlyel azokat az egészségügyi adatokat is, amelyek ismeretének hiánya a beteg egészségi állapotának károsodásához vezethet.

Az egészségügyi intézmények számítógépes rendszere sokszor lehetőséget nyújt arra, hogy szinte bárki belenézzon a beteg (így a pszichiátrián kezelt betegek) adataiba. Bár a rendszer rögzíti, hogy milyen IP-címről történt a belépés, általában erre nem derül fény, de utólag persze nyomonkövethető. Történt már felelősségre vonás, megrovás olyan esetekben, amikor egészségügyi dolgozók olyan betegek adatait ismerték meg, akik kezelésében tevékenyen nem vettek részt. [28]

Az Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Tér nagyon hasznos és fontos a betegdokumentáció megismeréséhez, illetve a receptfelírásnál is megkönnyíti az orvos (és a beteg) helyzetét. Ha a beteg külön nem korlátozza, akkor valamennyi orvos láthatja a beteg adatait, egészségügyi dokumentációját. Kivételt képeznek ez alól a pszichiátriai betegek, akik adatait és dokumentációját az adatok érzékenysége okán csak a pszichiáter szakorvos tudja megtekinteni, ez is azt mutatja, hogy a pszichiátriai kezelés során keletkező adatok, dokumentációk speciálisnak minősülnek, azokat fokozott védelemben kell részesíteni.

Az ellátás visszautasításának joga [29] csak az önkéntes gyógykezelésben részesülőket illeti meg. Ők bármikor visszautasíthatják a tervezett kezelést, ha nem értenek vele egyet, bár ez általában az intézet elhagyását is maga után

vonja. A sürgősséggel felvett betegeknek viszont átmenetileg elveszik ez a joga, hiszen a saját érdekükben (akár akaratuk ellenére is) alkalmazott kezelést nem utasíthatják vissza. Speciális eset az, amikor a határán van a közvetlen veszélyeztető magatartásnak a beteg, de még nem meríti ki annak kritériumait, tehát sürgősségi gyógykezelésbe vétele (az ellátás visszautasíthatatlansága) még nem indokolt. Állapota viszont indokolna valamilyen gyógyszeres kezelést, amelyet azonban visszautasíthat, sokszor persze csak elodázva a kórházi felvételt. Az esetek döntő többségében a beteg állapota romlik, és elrendelhetővé válik a kötelező gyógykezelés. Néhány esetben azonban tragédiák is kialakulhatnak, ha a beteg állapota olyan rapidan romlik, hogy nem tud már időben szakorvoshoz kerülni.

Az egészségügyi dokumentáció megismerése [30] mindenkinek alapvető joga, bár vannak olyan esetek, amikor ezt lehet korlátozni. Már a kezelés időtartama alatt joga vannak a betegnek betekinteni az egészségügyi dokumentációjába, sőt erről saját költségére másolatot is kérhet. Minden betegnek elvileg kapni kellene a fekvőbeteg ellátást követően zárójelentést, a járóbeteg ellátást követően pedig ambuláns lapot, ez azonban sajnos nem minden esetben valósul meg.

Az Eütv. 193. §-a alapján kivételesen korlátozható a betegnek az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez való joga, ha alapos okkal feltételezhető, hogy az a beteg gyógyulását nagymértékben veszélyeztetné, vagy más beteg személyiségi jogait sértené. Ennek a korlátozásnak az elrendelésére csak orvos jogosult, és ha ez elrendelésre kerül, akkor erről a betegjogi képviselőt és a beteg törvényes képviselőjét értesíteni kell. Előfordulhat olyan eset, amikor a sürgősséggel

felvett beteg számára esetleg kiderülhetne, hogy ki hívta ki a mentőket, ki „juttatta” pszichiátriára, ami ennek a 3. személynek a személyiségi jogait sérte-

né. A legtöbbször a hozzátartozó az, aki kénytelen intézkedni és mentőt hívni, ami nem egyszer súlyos családi konfliktusok okozója lehet a későbbiekben.

ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTÉSEK, JAVASLATOK

Az 1997. évi CLIV. számú egészségügyi törvény X. fejezete foglalkozik a pszichiátriai betegek jogaival. Igaz, hogy ez több, mint 25 évvel ezelőtt íródott, jelenleg is hatályos, és teljes mértékben megfelel a mai kor követelményeinek is. Nemzetközi összehasonlításban is megállja a helyét, sőt más országok hasonló törvényeihez képest talán még jobban is védi a pszichiátriai betegek jogait. Szigorúbb követelményeket támaszt különösen a határidők és az adatvédelem területén. A törvény elméleti háttere kiváló, más kérdés, hogy ez a valóságban hogyan valósul meg. A pszichiátriai szakma az elmúlt évtizedekben hatalmas változásokon ment keresztül, a korszerű terápiák bevezetésével a klasszikus pszichiátriai kórképek (depresszió, skizofrénia, kényszerbetegség stb.) már nem igényelnek kórházi kezelést, hanem ambuláns formában kerülnek ellátásra. Ezzel szemben a pszichiátriai osztályokat ellepték a különböző szerhasználatot követően pszichotikussá vált betegek, a borderline személyiségzavarban szenvedők, az öngyilkosságot elkövetők. Az átlagéletkor növekedésével párhuzamosan a demens populáció aránya is megnőtt, akik szintén gyakori „vendégei” a pszichiátriai intézeteknek. Míg 20-30 évvel ezelőtt a felvételre kerültek között csak 30% volt a sürgősségi ellátást igénylők aránya, addig manapság ez a trend megfordult, és az osztályos betegek 60-70%-a akarata ellenére hospitalizálódik.

A pszichiátriai ellátószemélyzet is változásokon ment keresztül, egyre kevesebben választják ezt a szakmát, a pszichiátriai osztályok súlyos létszámihiánnyal küzdenek. Mindezek következtében a korszerűen megfogalmazott jogszabályok megvalósítása a gyakorlatban sokszor nehézségekbe ütközik. A kezelőszemélyzetnek sokszor sem ideje, sem energiája nincs a betegek szakszerű ellátására, és ennek kapcsán előfordulhatnak olyan esetek, amikor nem a törvény betűi szerint járnak el.

Nem használ a pszichiátria helyzetének az sem, hogy a médiában gyakran jelennek meg olyan felvetések, cikkek, melyek magának a pszichiátriai szakmának a létjogosultságát kérdőjelezzik meg. Egyfajta hangulatkeltés tapasztalható, ha viszont esetleg tragédia történik (gyilkosság, suicidium stb.), akkor sokan a pszichiátriai ellátás hiányosságaira hivatkoznak.

Talán a legnehezebb dolog abban dönteni, hogy mi minősül közvetlen veszélyeztető magatartásnak, ami maga után vonja a beteg kötelező gyógykezelését. A törvény ebben csak általánosságokat fogalmaz meg (veszélyes saját magára vagy a környezetére), de semmilyen konkrét sarokpontokhoz nem köti ennek az állapotnak a megítélését. Sokszor két pszichiáter szakorvos sem egyformán íté meg ilyen helyzeteket.

Amiben mindenképpen eredményt kellene felmutatni, az a kötelező gyógykezelés indítványozása. A törvény lehe-

tőséget biztosít arra, hogy a veszélyeztető magatartást mutató beteg esetében a pszichiátriai gondozó szakorvosa kezdeményezze a kötelező gyógykezelését. Előzetes bírói szemlét követően elrendelhetik a beteg kórházi elhelyezését, megelőzve ezzel azt, hogy erre esetleg csak egy tragikus eseményt követően, sürgősséggel kerüljön majd sor. Ez a valóságban nagyon ritkán szokott megvalósulni, melynek legnagyobb oka szintén a létszámhiány.

Fontos lenne, hogy minden pszichiáter szakorvos tisztában legyen a szakmára vonatkozó jogszabályokkal, ezért a pszichiátriai szakvizsga megszerzését össze lehetne kötni egy alapfokú jogi ismeretek összefoglaló képzés elvégzésével is. Jelenleg nincs ilyen irányú képzés, a pszichiátriai tankönyvekben is csak

pár oldal foglalkozik a jogi háttérrel, pedig ez adja a pszichiátriai ellátás gerincét, ezen jogszabályok pontos ismerete és betartása elengedhetetlen a szakszerű és modern ellátáshoz.

A törvény szakaszainak pontos betartása ellenére sokan vélt vagy valós jogsérelmet élnek át az intézetekben. Mindaddig, amíg az eljárás valamilyen résztvevője a feladatát nem a törvények maximális betartásával és ezen felül a legjobb lelkiismerete és tudása szerint, alaposan, megfontoltan végzi, a beteg jogai folyamatosan csorbulni fognak, és a pszichiátria – mostoha anyagi és dolgozói ellátottságán túl – nem nyerheti el azon társadalmi elismerést és megbecsülést, amit a kórházak többi egészségmegővő és -helyreállító egységei élveznek. [31]

HIVATKOZÁSOK

- 1 VÍZI János, ILKU Lívia: A pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004 (VII. 6.) ESZCSM rendelet margójára. *Psychiatria Hungarica* 20(3), 2005.
- 2 A pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESZCSM rendelet.
- 3 PÉTER L., RIHMER Z.: A depresszió és a cardiovascularis betegségek epidemiológiája, komorbiditása, etiológiája. *LAM* 2019 (29.), 263. o.
- 4 PÉTER L.: A depresszió és a tumorok komorbiditásának biológiai háttere. *Neuropsychopharmacol Hung* 2018 (10.), 59. o.
- 5 Sartorius N. *Depression and diabetes*. *Dialog Clin Neurosci* 2018 (20.), 48. o.
- 6 HARGITTAY Csenge, MÁRKUS Bernadett, VÖRÖS Krisztián, TABÁK Gy. Ádám: A diabetes és a depresszió együttes előfordulása, lehetséges kétirányú kapcsolata és szűrésük jelentősége. *Orvosi Hetilap* 2019 (160) 21. szám, 808.o.
- 7 PÉTER László: A depresszió és a diabetes mellitus epidemiológiája, komorbiditása, közös etiológiai háttere. *Orvostovábbképző Szemle* 2022/2. szám.
- 8 Alkotmánybíróság 36/2000. (X. 27.) határozata, 2. bekezdés.
- 9 VÍZI János: A sürgősségi pszichiátriai intézeti felvétel joggyakorlatáról I. rész, *Med. Et Jur.* 2021, 12. évfolyam 2. szám, 13. o.
- 10 FRIDL JUDIT: A pszichiátriai betegek jogairól. *Fundamentum* 1997/1. szám, 114. o.
- 11 Dr. POLLÁK Csaba: A pszichiátriai ellátás jogi aspektusai. 2019. 08. 07. <https://docplayer.hu/153249349-A-pszichiatriai-ellatas-jogi-aspektusai.html>.
- 12 Tájékoztató a pszichiátriai betegek jogairól: az egészségügyi ellátás keretében és a szociális ellátások keretében igénybe vehető ellátások, szolgáltatások szabályai. 2014. https://www.ijsz.hu/UserFiles/tajekoztato_pszich_betegek_jog_borito_0328_v4.pdf.
- 13 2017. évi CXIII. törvény 39. § (4) bekezdés, hatályos 2018. január 1-től.

- 14 MATISZ Ágnes: A pszichiátriai betegek gyógykezelésével kapcsolatos bírói eljárás gyakorlata és gyakorlati problémái. Miskolci Jogi Szemle 2019 (14) 1. szám, 2. kötet, 90–91. o.
- 15 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet, a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól. 1. § b, c, d bekezdés.
- 16 FRIDLI Judit: A pszichiátriai betegek jogairól. Fundamentum 1997 1. szám, 116. o.
- 17 1997. Eütv. 7. § (1) bekezdés.
- 18 Kovács József: A pszichiátriai betegjogi képviselő szerepe a magyar egészségügyben (egy modellkísérlet tapasztalatai). 2000., 489. o.
- 19 Forrás: <https://semmelweis.hu/pszichiatra/files/2018/02/Konzult%C3%A1lci%C3%B3s-kapcsolati-pszichi%C3%A1tria-2018-2.pdf>.
- 20 1997. évi Eütv. 10. § (1–6) bekezdés.
- 21 1997. évi Eütv. 10. § (7) bekezdés.
- 22 Kovács József: A pszichiátriai betegjogi képviselő szerepe a magyar egészségügyben (egy modellkísérlet tapasztalatai), 2000., 491. o.
- 23 1997. évi Eütv. 11. §.
- 24 Kovács József: A pszichiátriai betegjogi képviselő szerepe a magyar egészségügyben (egy modellkísérlet tapasztalatai). 2000., 496. o.
- 25 1997. évi Eütv. 12. § (1–5) bekezdés.
- 26 1997. évi Eütv. 13. § (1–10) bekezdés.
- 27 1997. évi Eütv. 25. § (1–7) bekezdés.
- 28 Honvédkórház jogi osztály döntése (írásbeli figyelmeztetés 128 dolgozó esetében).
- 29 1997. évi Eütv. 20–23. §.
- 30 1997. évi Eütv. 24. § (1–14) bekezdés.
- 31 MATISZ Ágnes: A pszichiátriai betegek gyógykezelésével kapcsolatos bírói eljárás gyakorlata és gyakorlati problémái. Miskolci Jogi Szemle 2019 (14) 1. szám, 2. kötet, 98. o.

THE LEGAL AND PROFESSIONAL BACKGROUND OF THE CARE OF PSYCHIATRIC PATIENTS

AUTHOR Lt. Col. László Péter MDMC, PhD

KEYWORDS psychiatry, law, voluntary medical treatment, emergency medical treatment, mandatory medical treatment, patient rights.

ABSTRACT *Psychiatry and law have been linked since the beginning. Already in antiquity, attempts were made to regulate the treatment and procedures related to the mentally ill living in communities. Among the medical professions, even today, in the course of psychiatric patient care, we most often encounter questions concerning both the fields of medicine and law. A practicing psychiatrist must be aware of the laws that regulate health care, medical activity, and the various obligations and rights of patients and health workers in general. There are 3 ways to enter a psychiatric institution, which are determined by the patient's current psychological state, so we distinguish between voluntary, emergency and mandatory treatment. Psychiatric patients are also entitled to certain patient rights during treatment, which, however, can be limited precisely for the sake of the patient's recovery.*