

Kállai Nóra:
A társadalom őrültjei vagy az őrült társadalom részei?

Hazánkban a pszichiátriai betegekkel kapcsolatos ügyek igen nagy számban fordulnak elő. Nagyon sok olyan ügy kerül a bíróságok elé, amelyekben az egészségügyi intézményben tartózkodó beteg a vele szemben alkalmazott intézkedések jogszerűségét vitatja, továbbá sok probléma merül fel a gondnokság alá helyezési perek kapcsán is.

Cikkünkben azt járjuk körbe, hogy mennyiben nyújtanak megoldást az új Ptk. novumai a pszichiátria területén jelentkező problémákra, miként lennének megelőzhetőek a gyógykezelés során előforduló jogsértések, és egyáltalán javítható-e a pszichiátriai betegek társadalmi helyzete csupán jogi eszközökkel?

I. Pszichiátriai eset. De mi van mögötte?

Mielőtt jogi szempontból vizsgálat alá vetnénk a pszichiátriai betegek helyzetét, fontos tisztázni, hogy mit is ért az orvostudomány pszichiátriai megbetegedésen.

Pszichiátriai betegségnek kell tekinteni az olyan agyi elváltozást, biológiai funkciózavart,⁹ mely egyfajta kóros lefolyású folyamatként az emberi magatartás, a pszichés élményvilág zavaraiiban jelentkezik.¹⁰ Az orvostudományban jogi szempontból az egyik legtöbb kérdést felvető terület a pszichiátria.

Az elmebeli megbetegedés ugyanis megváltoztathatja az egyén társadalmon belül elfoglalt jogi státuszát, érintheti a beteg személyiségi jogait, vagyoni viszonyait, továbbá a gyógykezelés és az érintettekkel szemben alkalmazható kényszerintézkedések is számos olyan kérdést vehetnek fel, melyek az általánostól eltérő szabályozást igényelnek a mindenkori jogalkotó részéről.¹¹

A pszichiátriai betegek társadalmon belüli helyzetének jogi szabályozása világszerte problematikus, mivel a szabályozásnak egyensúlyt kell teremtenie a közösség érdekeinek és a pszichiátriai betegek jogainak védelme között.¹²

II. Gondnok vagy támogató?

⁹ Dósa Ágnes: Az elmebetegek gyógykezelésének jogi kérdései. *Magyar Jog*, 1995. június, 327.

¹⁰ Kovács Györgyi - Sziklay Júlia - ZOMBOR Ferenc: *A pszichiátriai betegek joga személyes adataik védelméhez*. Alkotmány- és Jogpolitikai Intézet, Budapest, 1997. 11-12.

¹¹ Dósa: i. m. 327.

¹² <http://www.humanamagazin.eu/rovatokmenu/rovatok/hatter/item/2200-veszelyes-pszichiatriai-betegek> (Letöltve: 2014.03.09.).

A korábbi Polgári Törvénykönyv meglehetősen visszás helyzetet teremtett, hazánkat számtalan bíráló érte mind a hazai, mind a nemzetközi tudományos élet képviselőitől, mivel a korábbi törvényi rendelkezések alapján két út is rendelkezésre állt a jogalkalmazó számára, hogy cselekvőképtelenné nyilvánítsa a gondnoksági perben érintett személyt. Egyfelől, lehetőség volt cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezésre, másrészt ügycsoportokra nézve, illetve ún. "általános jelleggel" cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezést elrendelni.

Az új Ptk.-ban a cselekvőképesség korlátozhatóságát újraszabályozásával jogalkotó részben elindult a jó úton, mivel megszüntette az "általános jelleggel" történő korlátozást, tehát jelenleg csak konkrét, egyedileg meghatározott és a korlátozó bírósági határozatban külön-külön megindokolt ügycsoportokra nézve lehetséges a cselekvőképesség részleges korlátozása. Az általános korlátozás lehetőségének megszüntetésével a Ptk. a célirányos segítségnyújtásra helyezi a hangsúlyt.

Ugyanakkor a jelenlegi rendszerben is lehetőség van cselekvőképtelenné nyilvánítani az érintett beteget, csupán az elnevezés változott cselekvőképességet "kizáró" helyett "teljesen korlátozó" gondnokságra. Mondhatjuk tehát, hogy tartalmilag ez változatlan, ugyanakkor a stílus, a hangnem módosulása elvitathatatlan, és jól tükrözi az új Ptk. emberképét.

Mindemellett pozitív változás, hogy míg korábban nem volt kötelező a gondnokság alá helyezés indokoltságának rendszeres felülvizsgálata, az új Ptk. már előírja részleges korlátozás esetén az 5 éves kötelező felülvizsgálati időt, teljes korlátozás esetében pedig a 10 éves felülvizsgálati időtartamot.

Az új Ptk.-val összefüggő átmeneti rendelkezéseket tartalmazó törvény továbbá nemcsak a jövőre nézve, de egészen 1982-ig visszamenőleg előírja, hogy minden gondnokság alatt álló személyt az új szabályok szerint felül kell vizsgálni, előtérbe helyezve azokat a cselekvőképtelen személyeket, akiknek a felülvizsgálatára eddig még egyáltalán nem került sor.

Ugyanakkor ezzel a jogalkotó lényegében jogszabályi szinten ismerte el, hogy ma Magyarországon élnek olyan emberek, akik több, mint 30 éve állnak úgy gondnokság alatt, hogy senki sem vizsgálta felül ennek szükségességét.

Az új Ptk. kötelező felülvizsgálatra vonatkozó rendelkezései mindenképp pozitív előrelépésnek tekintendők, ezen felülvizsgálati eljárások azonban mind a bíróság, mind a gyámhatósági szervezetrendszerben jelentős ügyteher növekedést okoznak. A feladat ellátásához tehát szükséges lenne a szervezetrendszer létszámfejlesztése, mivel a jelenlegi szervezeti fejlettség mellett a gondnoksági perek továbbra is viszonylag csekély időráfordítással tárgyalt ügyek.

Mindemellett előrelépésnek tekinthető az ún. támogatott döntéshozatal jogintézményének meghonosítása is, mellyel fokozatosan leépíthetővé válna a gondnoksági rendszer. A

támogatott döntéshozatal lényegében a gondnoksági rendszer alternatívájaként szolgál, az új Ptk. emberképét jól érzékeltető, „beszédese” jogi megoldás.

Hatékony érvényesülése esetén a támogatott döntéshozatal csökkentené a gondnokság alá helyezettéket számát. Mivel ez a jogintézmény éppen azoknak jelentene megoldást, akiknek döntéseik meghozatalához támogatásra van szükségük, de hatékony megsegítésükhöz nem szükséges korlátozni cselekvőképességüket.

Sajnos azonban, felmérések szerint az új Ptk. hatályba lépése óta, vagyis az elmúlt bő másfél évben támogató kirendelésének céljából átlagosan 1, maximum 2 ügyet folytattak le az illetékes gyámhivatalok. Egyelőre tehát elmondható, hogy a támogatott döntéshozatal intézményének alkalmazására nem igazán kerül sor, még mindig az esetek döntő többségében gondnok kirendelésére kerül sor.

Ezen új jogintézmény alkalmazásának elterjedését is elsősorban a már korábban említett túlterheltség akadályozza. Amennyiben a bíróságoknak lenne kapacitása körültekintőbben eljárni az említett gondnoksági ügyekben, valószínűleg sok gondnoksági per ügy érhetne véget, hogy nem gondnokság alá helyeznék az érintettet, hanem csak támogatót kapna. Mivel azonban nem kerül sor támogatók kirendelésére, ezért az emberek számára sem válik nyilvánvalóvá, hogy erre van lehetőség, egyáltalán lehetőség van erre, vagyis nem terjed el az említett jogintézmény létezése a köztudatban.

De még nem szabad türelmetlennek lenni, hiszen az 1959. évi Ptk.-t is majdnem 10 évig „hagyták” – szinte változatlanul – meghonosodni a joggyakorlatban, mielőtt annak érdemi módosításához láttak volna. A Ptk. kodifikátorai mégis megadták annak lehetőségét, hogy idővel megtalálják egymást a társadalmi szükségletek és a jog kínálta megoldások.

III. Gyógykezelés vagy egyszerű elzárás?

A pszichiátriai betegek gyógykezelése, állapotuk rendhagyó mivoltából fakadóan, mindenképpen együtt jár jogaiknak bizonyos fokú korlátozásával.

Gyógykezelésük történhet:

- szakorvos intézkedése folytán, utólagos bírósági elrendelés következtében (sürgősségi gyógykezelés),
- bíróság határozata alapján (kötelező gyógykezelés),
- beteg beleegyezésével (önkéntes gyógykezelés).

Alapesetben bíróság dönt az érintett beteg kötelező intézeti gyógykezeléséről, a jogerős határozat meghozataláig tehát az intézetbe való beszállítását nem lehet végrehajtani.

Ezen főszabály alóli kivételt képez a sürgősségi gyógykezelés, amely kizárólag orvos utasítására foganatosítható, elrendelése esetén a beteget akarata ellenére szállítják be a kezelést végző intézménybe.

A kötelező gyógykezelés számottevően nagyobb mértékben korlátozza a beteg önrendelkezési jogát az önkéntes gyógykezeléshez képest, mivel önkéntes gyógykezelés esetén a beteg bármikor úgy dönthet, hogy abbahagyja a kezelést és eltávozik az intézményből, éppen ezért talán nem meglepő, hogy nagyjából minden tizedik pszichiátriai beteg önkéntesen veti alá magát gyógykezelésnek.

Ugyanakkor a kötelező gyógykezelés esetén szűkebb a korlátozás eszközeinek köre, ellentétben a sürgősségi gyógykezeléssel, amikor is a beteggel szemben tulajdonképpen bármilyen kényszerintézkedés alkalmazható.

Kötelező intézeti gyógykezelésre akkor kerülhet sor, ha a beteg ugyan nem tanúsít közvetlen veszélyeztető magatartást, de a veszélyeztető magatartás megállapítható, vagyis pszichés állapotának zavara következtében saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet, és a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti kezelésbe vétel nem indokolt.

Sürgős intézeti gyógykezelést a beteg közvetlen veszélyeztető magatartása von maga után.

Jelentősen növeli az orvosok felelősségét a bíróság revíziójával szemben, hogy az Eütv. pszichiátriai betegekre vonatkozó fejezetének értelmező rendelkezései meglehetősen homályosak a tekintetben, hogy pontosan miként határolható el a közvetlen veszélyeztető magatartás a veszélyeztető magatartástól. Ennek megítélése teljes mértékben az orvos szakmai ítélőképességén múlik.

A leírtak tükrében nem meglepő, hogy a pszichiátria területén az egyik legtipikusabb tényállás, amely kártérítéshez vezethet, a beteg indokolatlan beutalása a pszichiátriai intézetbe.¹³

Példának okáért, a bíróság megállapította annak a háziorvosnak a felelősségét, aki személyes percepció nélkül intézkedett a beteg pszichiátriai osztályra történő beszállítása iránt, miután a beteg szomszédai, akikkel a beteg nagyon rossz viszonyban volt, kihívták a mentőket. A pszichiátriai osztályon elvégzett vizsgálatok által megállapítást nyert, hogy a beteg elmeállapotában nincs kóros elváltozás, kezelésre nem szorul, így elbocsátották az osztályról. A bíróság arra hivatkozva állapította meg az intézkedő orvos kártérítési felelősségét, hogy elmulasztotta a személyes észlelés kötelezettségét, valamint figyelmen kívül hagyta a legnagyobb gondosság követelményét.¹⁴

A strasbourgi bíróság ítélkezési gyakorlatában fellelhető mindemellett olyan ügy is, amelyben a Bíróság elmarasztalta Magyarországot arra alapozva, hogy a hazai bíróság a vonatkozó nemzeti jogszabályokban nem elég pontosan meghatározott „veszélyeztető magatartás” fogalmát a Bíróság eljárását kérelmező fél hátrányára alkalmazta. Az említett

¹³ Dósa Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*. HVG-Orac Kiadó, Budapest, 2010. 312. Ld.: Hidvéginé dr. Adorján Livia - Sáriné dr. Simkó Ágnes: *Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2013.

¹⁴ BH 21.418/1995.

tényállásban a kérelmező fél kötelező gyógykezelését a bíróság az érintett nem konvencionális életmódjára, valamint egy, a tárgyalás szünetében elkészített, orvosszakértői véleményre alapította, mely nem tartalmazott megalapozott diagnózist a felperes elmebetegségét illetően.¹⁵

Ami a pszichiátriai betegekkel szemben alkalmazható kényszerintézkedéseket illeti, azok törvényi szabályozásának szükségessége először az 1997. évi Eütv. újraalkotásakor merült fel, mindaddig semmiféle jogi szabályozás nem létezett ezen a területen. Pedig mind a pszichiátriai osztályokon, mind a pszichiátriai otthonokban a mindennapos gyakorlat részét képezik a fizikai, valamint kémiai korlátozó eszközök alkalmazása.¹⁶ Fizikai korlátozásról beszélhetünk, ha a beteget akarata ellenére az osztályon tartják, megtagadva tőle az intézmény elhagyásának jogát, vagy elkülönítik betegtársaitól, lekötözik, fizikálisan rögzítik.

Kémiai korlátozásnak minősül, ha a betegnél, az általa tanúsított magatartás elhárításának céljából, adott esetben beleegyezése nélkül, erős idegrendszeri hatással bíró gyógyszereket alkalmaznak.

Habár számos eljárásjogi garanciát magában foglal a vonatkozó jogszabály – például az éppen alkalmazott kényszerítő eszköz szükségességének meghatározott időközönkénti kötelező felülvizsgálatát – e rendelkezések ellenére is, a valós helyzet sajnos elkeserítő. Az osztályokon dolgozó személyzet az esetek 50 százalékában nem tartja be a korlátozás alatt álló betegek megfigyelésére vonatkozó előírásokat, sok beteg órákon át magára van hagyva, adott esetben fizikálisan rögzítve vagy lekötözve, korlátozását még akkor sem oldják fel, ha annak indokoltsága már nem áll fenn. A személyzet lelkiismeretességének hiánya nagy valószínűséggel túlterheltségükből fakad, hiszen érthetetlenül alacsony létszámban dolgoznak, munkájukért nem részesülnek elfogadható anyagi honoráriumban, példának okáért pár éve az állam megvonta a pszichiátriai osztályok ápoló személyzetének járó veszélyességi pótlékot is. A személyzet hozzáállása emberileg érthető lehet, de etikailag és legfőképp szakmailag azonban határozottan nem. Mindezek fényében kijelenthető, hogy a pszichiátriai ellátást érintő egyik legfontosabb, halasztást nem tűrő állami feladat ezen tarthatatlan helyzet felszámolása.

Betegjogi képviselőként eljáró szakember elmondásai alapján, minden betegjogi képviselő illetékességi területén található legalább egy olyan egészségügyi intézmény, amelyben van pszichiátriai osztály. Munkájuk során 100 olyan esetre, amiben valamilyen korlátozó intézkedésre kerül sor, legfeljebb egy panasz jut, mely leggyakrabban abból fakad, hogy az érintett beteg nem szolgált rá, vagyis vele szemben méltatlan volt az adott korlátozó intézkedés alkalmazása, vagy a korlátozást aránytalanul durvának élte meg a beteg.

A szakember elmondásából kiderült az, hogy sajnos a legfőbb probléma a panaszra okot adó helyzetekkel, hogy nem rekonstruálható, hogy pontosan mi is történt, mert vagy nincs cselekvőképes, kihallgatható tanú, például a jogsértést az érintett egy másik

¹⁵ *Plesó v. Hungary* No. 41242/08 (2 October 2012).

¹⁶ Fridli Judit (szerk.): *Pszichiátria és betegjogok*. Társaság a szabadságjogokért, Budapest, 2002. 21-22.

betegtársától szenved el egy pszichiátriai otthonban, vagy a tanú az ügyben való érintettsége miatt nem hallgatható meg, például a beteg kezelőorvosa, ápolója. Következésképp, hiába látható, hogy nagy valószínűséggel a panaszost tényleges joghátrány érte, ezt nem tudják már utólag bebizonyítani.

Pszichiátriai osztályokon gyakori problémaként jelentkezik, hogy az osztályon kezelt fekvőbetegek önkényesen eltávoznak az osztályról, súlyos állapotukból fakadóan azonban ez gyakran vezethet a halálukhoz, példának okáért a beteget nem találják meg időben, így halálra fagy az utcán vagy súlyos balesetet szenved, és nem kap azonnali ellátást, a beteg hozzátartozói pedig érthetően okolják az egészségügyi intézményt a történetekért. Tény azonban, hogy nehezen várható el az állandó, minden betegre kiterjedő kontroll az intézmények részéről, hiszen személyi állományuk ezt egyértelműen nem teszi lehetővé, példaként egy 50 főt befogadó pszichiátria osztály éjjeli ügyeletén dolgozó 4-5 fős személyzet biztosan nem fogja tudni folyamatos ellenőrzés alatt tartani az osztályon fekvő betegeket.

A pszichiátriai betegek otthonaiban úgyszintén mindennapos problémaként jelentkezik a betegek permanens megfigyelése, gyakori, hogy a betegek egymást fizikálisan bántalmazzák vagy molesztálják, esetleg lopnak egymástól.

A bizonyíthatatlanságból eredő orvosolatlan sérelmek megszüntetésére születtek olyan kezdeményezések, melyek felvetették, hogy a pszichiátriai osztályokon és otthonokban kamerás megfigyelőrendszert kellene alkalmazni, valamint a pszichiátriai fekvőbeteg ellátásban részesülő betegekre nyomkövetőt kellene helyezni, csakhogy ezek az indítványok alkotmányjogilag erősen támadhatóak.

Kérdésként merülhet fel azonban, hogy ha éppen az Alaptörvényi rendelkezésekből indulunk ki, akkor az élet, a testi és lelki egészség védelme nem előbbre való-e, mint a személyiségi jogok sérelmének megelőzése?

IV. Közösségi pszichiátriai ellátás?

A jogalkotó részben a nemzetközi elvárásoknak való megfelelés, részben a társadalomban élő emberkép fejlesztése érdekében elindult a jó úton. Kétségtelen, hogy vannak pozitív előrelépések, de bőven van még mit tenni!

Egyelőre sajnos elmondható, hogy a jogalkotó részéről sem történt tulajdonképpen radikális szemléletmódváltás, a jelenlegi alsóbb szintű szabályozás, de különösen a gyakorlat arra helyezi a hangsúlyt, hogy a társadalmat kell megvédeni a mentálisan beteg emberektől, és így a társadalomtól sem várható el, hogy befogadóbb legyen a mentális betegekkel.

Hazánkban a mentális zavar továbbra is egy alkalmas címke arra, hogy elindítson egy folyamatot, melynek során a páciens elszigetelődik a társadalom többi tagjától, úgyszólván dehumanizálódik.

Ezen folyamat leküzdése érdekében – személyes meglátásom szerint – Magyarországon újra meg kell teremteni a közösségi szinten működő pszichiátriai ellátórendszert, mely a ma érvényes betegjogokkal összhangban igyekszik elkerülni a kirekesztettség és az izoláció minden formáját.

A gondozást és rehabilitációt – azoknál a betegeknél, akiknek elegendő az időszakos, terápiás foglalkoztatás – közösségi szinten, a társadalomba integráltan kell biztosítani, nem kiszakítva a beteget otthonából, családi környezetéből.

Az olyan betegek számára pedig, akiknek állapota nem teszi lehetővé, hogy a széleskörűbb társadalomban élve rehabilitálódjanak, a kórházi pszichiátriai fekvőbeteg osztályok helyett, olyan különálló, védett, állandó lakhatást biztosító pszichiátriai intézményeket kellene létrehozni, melyek nem mindentől távoli, eldugott és leromlott állapotú régi kastélyok vastag, dohos falai mögött működnek, hanem alapvetően a benne élők lakókörnyezetének közvetlen közelében.

A jelenlegi központi irányítású, kórházi ellátást abszolút fel kellene, hogy váltsa a területi szinten megszervezett, inkább több, kisebb befogadóképességű intézményből álló ellátórendszer. Ezekben, a kifejezetten pszichiátriai betegellátásra létrehozott intézményekben sokkal személyesebb kapcsolatot lehetne kialakítani a kezelt betegek, az intézmény dolgozói és a hozzátartozók között. Gyógyító erejük éppen abban rejlene, hogy a benne élők megbecsült tagjai lehetnének az intézmény mikrotársadalmának.

A társadalmi befogadás erősítéséhez mindenkinek érdeke fűződik, mentálisan egészséges és beteg embereknek egyaránt, mivel azok a mentális betegek, akiknek elérhető lenne állapotuk javulása a közösségi rehabilitáció által, a társadalmi termelésbe bekapcsolódva újra munkaképes adófizetőkkel válhatnának, kevésbé szorulnának az állam támogatására, és lehetőséget kapnának, hogy teljesjogú állampolgárokként éljenek a társadalomban.

Hiába jelenik meg az írott norma szintjén, hogy minden ember méltósága és élete sérthetetlen és független fizikai vagy szellemi állapotától, és hogy nincs az életre méltóbb és méltatlanabb.

A jog gyakorlatban való megvalósítása az igazi próbatétel, és ez mindig függ a társadalom, és az érintett szakmák uralkodó nézeteitől.¹⁷

Éppen ezért, a problematika megoldása érdekében, egyfelől szükséges, hogy a jogalkotó megteremtse azt a jogszabályi háttérrel, mely biztosítja azokat a lehetőségeket, melyekkel kiküszöbölhető lenne, hogy a mentális zavarral küzdő emberek a közösségi lét peremére szoruljanak. Ehhez a Ptk. kodifikációja mellett elengedhetetlen lenne a vonatkozó jogszabályok, így különösen a Eütv. átfogó módosítása is.

¹⁷ Sólyom László köztársasági elnök beszéde a „A Zárt Téboljától a Tárt Kapuig – az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet múltja, jelene és jövője” című konferencián.

Továbbá fontos, hogy a társadalom ne a média szemüvegén keresztül jusson információkhoz a mentális megbetegedéseket illetően, hanem az azokról való felvilágosítást be kellene építeni a közoktatásba, valamint a felnőtt lakosság egészségügyi tájékoztatásába is.

Társadalmi szinten kell elérni, hogy a mentális megbetegedések ne képezzenek tabu témát, hogy az abban érintett személyek merjenek beszélni állapotukról, és akkor talán elkerülhetővé válnának a lassan egy éve bekövetkezett Germanwings tragédiához hasonló esetek.