

Kovács József

# A PSZICHIÁTRIAI BETEGJOGI KÉPVISELŐ SZEREPE

EGY MODELLKÍSÉRLET TAPASZTALATAI

## A BETEGJOGI SZEMLÉLET KIALAKULÁSA

A XX. század második felétől kezdve világszerte megfigyelhető tendencia az egészségügyi ellátás elszemélytelenedése, elbürokratizálódása. A század elején még általánosan jellemző kétszemélyes, meghitt orvos-beteg viszonyt felváltotta az egészségügyi intézmény-beteg jóval formalizáltabb viszonya. Míg a beteg otthonában vagy a családorvos rendelőjében zajló orvos-beteg találkozás emberibb, személyesebb, addig a kórházba vagy egyéb fekvőbeteg-intézménybe kerülő beteg szükségszerűen az intézmény bürokratikus és személytelen szabályaival találja magát szembe. Az egyre inkább kórházcentrikus gyógyítás tehát – noha kétségtelen előrelépés szakmai-technikai értelemben, hiszen a terápiát egyre inkább szigorú tudománnyá változtatja – a kezelés emberi vonatkozásai terén visszalépést jelent. Sokan egyenesen az orvoslás modern kori dehumanizálódásáról beszélnek. Míg a gyógyítás szakmai-tudományos színvonala kétségtelenül egyre magasabb, addig ennek az emberi-személyes tényezői sokszor elsikkadnak. A kórházba került beteg kiszolgáltatottnak érzi magát, egyre kevésbé képes átlátni saját kezelésének részleteit, egyre kevesebb a személyes kontaktusa orvosával, hiszen ma mindennél orvosi teamek végzik a kezelést, mert a specializálódás lehetetlenné teszi, hogy egyetlen orvos vizsgálja ki a beteget.

A betegek kiszolgáltatottságának növekedése, az orvoslás személyes oldalának háttérbe szorulása számos ellenreakciót szült. Az egyik ilyen kétségtelenül az orvosok elleni műhibaperek számának növekedése, elsősorban az USA-ban, de más országokban is. Megnőtt az orvosetikai kérdések iránti érdeklődés is, ami egy új tudományág, a bioetika kialakulásához vezetett. S az 1960-as évek polgárjogi mozgalmainak egyik hatásaként a betegek egyre nagyobb beleszólást kezdtek követelni saját egészségügyi ellátásukba, mind egyénileg, mind kollektívan. Mindezek eredményeként kialakult az a meggyőződés, hogy a dehumanizálódó, elszemélytelenedő, elbürokratizálódó egészségügyi ellátás elleni védekezés olyan új eljárásokkal lehetséges, melyek intézményesen biztosítják a beteg kiszolgáltatottságának csökkentését, a beteg beleszólását az egészségügyi ellátás elveinek és gyakorlatának meghatározásába, s így lehetővé teszik a valóban betegcentrikus egészségügyi ellátás kialakítását. Kialakult a betegek jogainak a nyelve: különböző betegjogokat kezdtek deklarálni, melyek először csak mint erkölcsi jogok fogalmazódtak meg, majd egyre több országban törvény adta jogként kodifikálták azokat. Ezzel párhuzamosan alakult ki az a meggyőződés, hogy az orvosok, illetve a kórházak ellen indított műhibaperek nem az egyetlen és nem is feltétlenül a leghatékonyabb megoldását jelentik az egészségügyi ellátásukkal elégedetlen betegek panaszainak orvoslására. Sokkal jobb megoldásnak látszott az egészségügyi intézményekben létrehozni azokat a

\* Ez a cikk egy fejezete a Medicina Könyvkiadónál várhatóan 2006 folyamán megjelenő, *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában* című könyvemnek. Ez a fejezet az 1999–2000 között a Szószóló alapítvány a betegek jogaiért, a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) és az MDRI (Mental Disability Rights International) együttműködésével, a Soros Alapítvány támogatásával végzett pszichiátriai ombudsman programunk tapasztalatainak összefoglalója. Az összefoglalás megírása során a pszichiátriai ombudsman programban részt vevő betegjogi képviselők (dr. Ballay Mária, Csató Zsuzsa, Csöbi Tünde, Gombosné Juhász Katalin, dr. László Klára, Novák Ádám, Simon Zsuzsa és dr. Torma Albert) írásos beszámolóira támaszkodtam, azok megfogalmazásait sok esetben szövegszerűen is felhasználtam. A betegjogi képviselők beszámolóinak idézésével azonban az adott intézmény, ahol a problémát tapasztaltuk, esetleg utólag azonosítható lenne. Mivel el akartam kerülni, hogy az egészségügyi intézmények a betegjogi képviselők neve alapján felismerhetők legyenek, ezért adatvédelmi okokból az eredeti kéziratok pontos idézésétől is el kellett tekintenem. Itt szeretnék köszönetet mondani a programban részt vevő betegjogi képviselőknek kézírataik rendelkezésemre bocsátásért s az összefoglaláshoz fűzött megjegyzéseikért. Köszönettel tartozom Sándor Juditnak, a CEU Politikatudományi Tanszéke professzorának az e cikk kapcsán adott tanácsaiért.

mechanizmusokat, melyek a betegpanaszok kezelésének és lehetőség szerint helyben történő orvoslásának teremtik meg a feltételeit. Az összegyűlt tapasztalatok fényében abból kell kiindulni, hogy az egészségügy mind a szó konkrét, mind etikai-jogi értelmében veszélyes üzem. Nem szabad azt gondolni, hogy betegpanaszok csak elvétve fordulnak elő. Sokkal hasznosabbnak tűnik azt elfogadni, hogy az egészségügy „veszélyes üzem” jellegéből következően szinte szükségszerű, hogy lesznek az ellátásukkal elégedetlen, jogaikat megsértve érző emberek, s ki kell alakítani azokat az intézményeket és mechanizmusokat, melyek lehetővé teszik a betegek jogainak helyben történő védelmét, a panaszok lehetőleg helyben történő orvoslását.

A nemzetközi tendenciáknak megfelelően ezt az utat követte a magyar törvényhozás is. Az 1997-es egészségügyi törvény<sup>1</sup> a betegek jogainak részletes felsorolása mellett bevezette a betegjogi képviselő intézményét is. A betegjogi képviselő feladatává tette, hogy segítse a beteget panaszai megfogalmazásában, megismertesse azt az egészségügyi személyzettel, s segítsen neki ezek orvoslásában.

A törvény megfogalmazása előtti időszakban, amikor már intenzív vita folyt arról, hogy melyek a legjobb mechanizmusai a betegjogok hazai érvényesítésének, sokszor elhangzott a betegjogi képviselő intézményének hazai bevezetése elleni érvként, hogy az túlságosan „amerikai” intézmény, melynek nincsenek hagyományai hazánkban, s ezért itt nem is alkalmazható. A Szószóló alapítvány a betegek jogaiért nevű civil szervezet ekkor modellkísérletet kezdett több, önként jelentkező hazai egészségügyi intézményben. Ösztöndíjas betegjogi képviselőket alkalmazott, s őket önként befogadó egészségügyi intézményeket keresett. Ezt követően azt vizsgálta, hogy ezekben az intézményekben mik a tipikus betegjogi problémák, hogyan képes ezek megoldásában segítséget nyújtani a betegjogi képviselő, mik a betegjogi képviselő munkájának optimális feltételei, hogyan célszerű ezt a tevékenységet megszervezni stb. Ez a kísérlet nagyon sikeresen zárult, s a részt vevő intézmények is olyannyira elégedettek voltak a betegjogi képviselő működésével, hogy akadt kórház, mely az ösztöndíj lejáratá után saját anyagi erőből kívánta tovább foglalkoztatni a betegjogi képviselőt, mert az 1997-es egészségügyi törvény csak 2000 januárjától írta elő kötelezően a betegjogi képviselő működését.

A modellkísérletben szerzett kedvező tapasztalatok birtokában sor került a kísérlet második fázisára is. Mivel úgy tűnt, hogy Magyarországon – akárcsak más országokban – a pszichiátriai betegek különösen stigmatizáltak, a velük szemben érvényesülő társadalmi előítéletek különösen erősek, ezért célszerűnek

látszott egy speciálisan a pszichiátriai intézményekre koncentráló betegjogi képviselői modellkísérletet is lefolytatni. Ezt a feladatot kezdte el a Szószóló alapítvány, együttműködve a pszichiátriai betegek érdekképviseletében már komoly tapasztalatokkal rendelkező Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórummal (PÉF), továbbá a washingtoni székhelyű Mental Disability Rights Internationallel (MDRI), melynek a magyarországi elmeszociális otthonokról korábban készült jelentése (az úgynevezett Rosenthal-jelentés) komoly visszhangot keltett mind a szűkebb szakma, mind a közvélemény körében.<sup>2</sup>

A modellkísérletben közreműködő betegjogi képviselők – az USA-ban folytatott rövid kiképzésük után – a programban való részvételre jelentkező, a betegjogi képviselőket befogadni hajlandó pszichiátriai osztályokon, illetve kórházakban kezdtek dolgozni. Az eredmények a hét pszichiátriai osztályon, illetve intézményben szerzett tapasztalatokat tükrözik. A kísérlet egyik fontos újdonsága annak a külföldön már bevált, de Magyarországon meglehetősen szokatlan gyakorlatnak a kipróbálása volt, mely szerint úgynevezett exuserék (volt pszichiátriai betegek) is pszichiátriai betegjogi képviselőként dolgoznak. Az az általános tapasztalat ugyanis, hogy aki kiszolgáltatót, kezelt betegként maga is megjárta a pszichiátriai intézményeket, sokkal jobban ismeri az ott előforduló betegjogi problémákat és sokkal érzékenyebb az esetleg előforduló jogsértésekre, betegpanaszokra. A kísérlet 1999 novemberétől 2000 novemberéig zajlott, így hét intézményben dolgozó nyolc pszichiátriai betegjogi képviselő egyéves tapasztalatait tükrözi. Ezek a tapasztalatok kvantitatív-szociológiai elemzésre nem alkalmasak, egyrészt a kísérletben részt vevő intézmények és a betegjogi képviselők kis száma miatt, másrészt azért, mert valószínűleg a kísérletben önként részt vevő pszichiátriai intézmények a legnyitottabbak az ilyen kérdések iránt. Így az itt kialakult kép valószínűleg sokkal jobb, mint amilyen egy átlagos intézményben volna.

A kísérlet értékelése ezért csak általános benyomásokra és korlátozott tapasztalatokra támaszkodhat. Ugyanakkor már ez alatt a rövid idő alatt is nyilvánvaló lett sok, korábban nem ismert, de tipikusnak talált probléma. Az alábbiakban ezeket szeretnénk ismertetni. A konkrét esetekre a kórház és az azonosításra alkalmas részletek elhagyásával fogunk utalni, hiszen semmiképpen nem célunk azon kórházak kipelegérezése, melyek elég nagylelkűek voltak ahhoz, hogy ezt a modellkísérletet befogadják, napi gyakorlatukat a betegjogi képviselő előtt feltárják, s készek voltak ezeket nyíltan, demokratikus szellemben megvitatni. Úgy gondoljuk, bármennyi hibát, problémát és hiányosságot tárt is fel ez a vizsgálat, ezek az intézmények valószínűleg még így is a legjobbak kö-

zött található Magyarországon. Ezért nem lenne méltányos megnevezésükkel olyan színben feltüntetni őket, mintha csak rájuk lenne jellemző a bírált gyakorlat. A cél nem az egyes intézmények bírálata, hanem az, hogy néhány – tipikusnak érzett – problémára felhívjuk a figyelmet.

## NÉHÁNY ÁLTALÁNOS TAPASZTALAT

Tapasztalataink szerint a pszichiátriai osztályok s általában az egészségügyi intézmények munkaszervezési módszerei nem hatékonyak és sok szempontból nem érik el azt a célt, melynek megvalósítására létrejöttek. Az orvosi vizitek hazai rendjét már sokan bírálták, hiszen az osztályvezető főorvos után vonuló népes személyzet ellehetetleníti a vizit voltaképpeni célját: az egyes betegek megfelelő ellátásának ellenőrzését, a munkatársak tanítását és továbbképzését. Pszichiátriai osztályokon ezek a problémák fokozottan jelentkeznek. A pszichiátriai betegségek jellegéből következően az orvos és a beteg közötti őszinte, zavarmentes kommunikáció kialakulása elengedhetetlen, s ezt a népes vizit nem teszi lehetővé. Jelentős probléma az orvosok túlterheltsége is. Egy pszichiáter hazai viszonyok között a fekvőbeteg-intézetekben lelkiismeretesen egyszerre kb. nyolc beteget (ágyat) tudna ellátni. A valóságban egy pszichiáternek az osztályon sokszor tizenöt-húsz-harminc ágyat kell ellátnia, azaz a lelkiismeretesen ellátható mennyiség három-négyeszeresét.<sup>3</sup> A pszichiáternek ilyen munkaterhelés mellett csak „tűzoltásra” van ideje: az új betegek felvételére, a dokumentáció vezetésére, a hazamenők zárójelentéseinek megírására, a vizitekre s a visszatérő ambuláns betegek ellátására. Egyéni beszélgetésre legfeljebb csak az ügyelet idején marad idő. Nagyon kevés alkalom jut a betegekkel való kapcsolattartásra, a jó orvos-beteg kapcsolat kialakítására, mely minden orvosi diszciplínában fontos, de a pszichiátriában különösen az. Az orvos leterheltségét még fokozza az őt segítő egészségügyi személyzet hiánya, mely azzal jár, hogy az orvos munkaidejének tekintélyes részét nem orvosi munkával tölti. Ez pazarlás, hiszen szervezés-technikai alapelv, hogy egy magasán képzett munkatérnek nem szabad egy alacsonyabban képzett által is korrekt módon elvégezhető munka elvégzésével töltenie a munkaidejét, mert ez azt jelenti, hogy a magasabban képzettnek járó magasabb munkabérről látnak el alacsonyabb képzettségű által (és így kevesebb fizetéssel) is ellátható munkákat. Másrészt az ilyen munkaszervezés következményeként a csak magasabban képzettek által elvégezhető munka elvégzésére nem marad idő.

A rossz munkaszervezésnek egyéb hátrányos velejárói is vannak. A pszichiátriai betegségek keletkezésével kapcsolatos modern felfogás a betegségek biopszichoszociális etiológiájának tana. Ez azt jelenti, hogy noha egyes betegségek keletkezésénél a biológiai, a pszichológiai és a szociális tényezők egymáshoz viszonyított relatív súlya változik, végül is mindegyiknek szerepe van a betegség létrejöttében. Ennek fontos terápiás konzekvenciája az, hogy a terápiának is három lábán kell állnia: biológiai terápiákat (nagy részét gyógyszeres kezelés), pszichoterápiát és szocioterápiát egyaránt végezni kell (természetesen a betegségtől függően más-más arányban) az optimális kezelés során. A hazai pszichiátriai osztályok szervezésének és finanszírozásának hiányosságai miatt azonban a gyakorlatban nálunk a legtöbb helyen a betegek csak biológiai terápiában, vagyis gyógyszeres kezelésben részesülnek. Általában nem vagy csak nagyon korlátozottan érhető el az ingyenes pszichoterápia, s nagyon korlátozottak a szocioterápia lehetőségei is.<sup>4</sup> A sokszorosan túlterhelt pszichiáternek alig van lehetősége a nagyon időigényes pszichoterápia végzésére, s nagyon sok beteg panaszkodik, hogy lenne rá igénye, de nem jut hozzá. Volt olyan eset, amikor a beteg ilyen jellegű panaszára az orvos azt a választ adta, hogy nem a beteg, hanem a kezelőorvos dönt, milyen gyakran szükséges a terápiás beszélgetés. Egy ilyen válasz nem veszi figyelembe, hogy a betegnek joga van részt venni terápiás tervének kidolgozásában, a kivizsgálásában és a kezelését érintő döntésekben.<sup>5</sup> Az „így döntöttem és kész!” üzenet tekintélyelvűséget és paternalizmust sugall, s nem azt az egyenrangú, bizalmon alapuló kapcsolatot, melyre minden betegnek, de egy pszichiátriai betegnek különösen szüksége van.

Mivel a pszichoterápia és a szocioterápia a korrekt pszichiátriai ellátás része, az orvosi kezeléshez való jog sérül, ha ezekhez nem jut hozzá még a kórházi osztályra felvett beteg sem.

## AZ ORVOSOK, EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK JOGAI

A betegek jogainak érvényesülését nem tárgyalhatjuk anélkül, hogy ne ejtenénk néhány szót az orvosok, illetve az egészségügyi dolgozók jogainak érvényesüléséről, illetve munkakörülményeiről. Az egészségügyi dolgozók jogainak érvényesülése nélkül ugyanis a betegek jogai sem érvényesíthetők. Frustrált, túlterhelt, rossz munkakörülmények között dolgozó, elégedetlen egészségügyi személyzet nem tudja teljes mértékben tiszteletben tartani a betegek jogait, hiszen naponta érzi, hogy az ő jogai sincsenek tiszte-

letben tartva. Ebben a vonatkozásban is számos – aggodalomra okot adó – jelenséget figyeltünk meg. Volt olyan kórházi osztály, ahol – helyszűke miatt – a betegjogi képviselő elhelyezése csak egy pszichológus szobájában volt biztosítható. A szoba közös használata azonban sok problémát okozott, hiszen a pszichológus sokszor nem tudott hova menni a betegével, amikor pszichoterápiát akart végezni, s fordítva is igaz volt: a betegjogi képviselőnek ki kellett ideiglenesen költözködnie a szobából, ha a pszichológus pszichoterápiát akart kezdeni odabent. Az említett osztály infrastrukturális hiányosságai nem elsősorban a rövid ideig ott dolgozó betegjogi képviselőnek okoztak problémát, hanem az egészségügyi személyzetnek. A pszichológus szobájában például nem volt telefon és számítógép. Csak a folyósóra kihelyezett telefont tudták használni, négy orvosi szobára jutott egy telefon. Ez adatvédelmi szempontból is problematikus, hiszen ezek a telefonok elsősorban a betegellátás intézésére szolgálnak, ami így a folyosón, mások által is jól hallhatóan történik. Az osztályirodán található egyetlen számítógép természetesen szintén nem elegendő az adminisztrációs munka elvégzésére.

Az intézmény, melyben az osztály működött, már a bejáratnál sivár, lehangoló, reménytelenséget sugárzó képet mutat külsőleg is. Egy lepotyogott betűs tábla, majd egy ugyancsak betűhiányos irányítótábla, omladozó oszlopok fogadják a belépőt, aki így nem tudja, merre menjen, hol találja meg az osztályt.

Volt olyan kórház, ahol az intenzív osztály azért szűnt meg, mert a betegjogi képviselő látogatása előtt néhány hónappal az egész személyzet felmondott, így be kellett olvasztani azt egy sürgősségi belosztályba. A legtöbb osztály súlyos munkaerőgondokkal küzd. Nincs elég nővér, így a meglévőkre aránytalanul nagy teher nehezedik, nagyon sok a túlóra. Kevés a takarító is, s a takarításra több panasz is volt.

A rossz munkakörülmények, a túlterheltség az egészségügyben dolgozók kiégéséhez vezethet. Ennek jeleit több helyen lehetett tapasztalni, s ezért megelőzésére – akár rendszeres tréning szervezésével is – nagyobb gondot kellene fordítani.

## AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ JOG

Az egészségügyi törvény szerint minden betegnek joga van megfelelő egészségügyi ellátáshoz.<sup>6</sup> Pszichiátriai betegeknel – mint láttuk – ez általában gyógyszeres kezelés (biológiai terápia), pszichoterápia és szocioterápia együttes (bár a betegség jellegétől függően különböző arányú) alkalmazását jelenti. Tapasztalataink szerint azonban a gyakorlatban jóformán csak

gyógyszeres kezelést kapnak a betegek, pszichoterápiát nem. A betegek maguk is hiányolják a rendszeres „beszélgetést”. Úgy érzik, gyógyszert túl sokat, pszichoterápiát pedig túl keveset kapnak. Arra panaszkodnak, hogy a gyógyszerek miatt eltompulnak, egyébként pedig „nem történik velük semmi”, nem mondanak nekik semmit. Más helyen is úgy érezték a betegek, hogy az orvosoknak nincs idejük rájuk. Általában az orvosok is elismerik e panasz jogosságát, azt, hogy túlterheltségük, időhiányuk a gyakorlatban valóban ritkán teszi lehetővé a pszichoterápia alkalmazását. Volt olyan osztály, ahol a betegek panaszkodtak, hogy pszichoterápiás kezelést csak pénzért hajlandó végezni az intézmény pszichológusa. Mindez a gyakorlatban a beteg egészségügyi ellátáshoz való hozzájutási jogának csorbítását jelenti, hiszen így bizonyítottan hasznos gyógyító eljárásokhoz nem fér jut hozzá.

Fontos gond az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás konkrét, fizikai akadályainak felszámolása is. Volt olyan intézmény, ahol a mozgássérültek bejutása nem volt biztosított, hiszen lépcső vezetett az intézménybe, rámpa, kapaszkodó azonban nem volt, s a portán még csengőt sem szereltek fel. Az esélyegyenlőségi törvény ugyan csak 2005. január 1-jétől teszi kötelezővé a közintézmények akadálymentesítését a mozgássérültek számára, de utal rá, hogy ennek elérésére folyamatosan törekedni kell.<sup>7</sup>

A pszichiátriai betegnek pszichiátriai betegségén kívül természetesen más betegsége is lehet, mellyel ápolásra, kezelésre szorulhat. Mégis azt tapasztaltuk, hogyha egy betegről, akit valamilyen más osztályon kezelnek (például nőgyógyászat, sebészet), kiderül, hogy pszichiátriai beteg is, rögtön áthelyezik a pszichiátriai osztályra, ahonnan a nem pszichiátriai betegségeinek kezelése már nehézkes és távolról sem optimális. Ez nem kis részben a pszichiátriai betegekkel szembeni előítéleteknek, a pszichiátriai betegek stigmatizáltságának tulajdonítható, annak, hogy a nem pszichiáter szakorvosok „félnek” ilyen betegeket kezelni. Ez a gyakorlat súlyosan sérti a pszichiátriai betegek egészségügyi ellátáshoz való jogát. Ennek a problémának a gyökere tehát a nem pszichiátriai intézmények vonakodása attól, hogy feladatuknak tekintsék egy profiljukba tartozó beteg kezelését akkor, ha annak pszichiátriai problémái is vannak (természetesen pszichiátriai konziliárius segítségével). Mindez a konzultációs (*liason*) pszichiátria hazai elterjedésének szükségességére világít rá, hiszen ilyen szolgálat kiépülésével a nem pszichiátriai osztályok is szívesebben látnának el pszichiátriai betegségben is szenvedő beteget. Azonban a fordított irányú problémát is tapasztaltuk. Előfordul ugyanis, hogy pszichiátriai intézményben fekvő krónikus beteget

néha még akkor sem küldenek el konzíliumba, ha kéri. Volt olyan beteg, aki sebészhez szeretett volna menni, mert az egyik lába elfertőződött, de megtagadták a kérését. Csak egy hét után került sebészhez, már szkeptikus állapotban.

Az azonnali orvosi kezeléshez való hozzájutás lehetőségének hiánya jelentős anyagi károkat is okozhat a betegnek. Egy bipoláris zavarban szenvedő, betegségét jól ismerő, mániás fázisban levő beteg beutalót kapott a kerületi pszichiátriai gondozótól azzal, hogy másnap reggel jelentkezzen egy meghatározott pszichiátriai intézményben. A beteg azonban késő este úgy érezte, „hülyeségeket” fog csinálni, ezért még aznap éjjel bement a megadott pszichiátriai intézmény ügyeletére. Az ügyeletes orvos azonban elküldte azzal, hogy jöjjön másnap, amikor a beutalója szól. A beteg – ahogyan sejtette – nem bírta ki másnapig, még aznap éjjel minden pénzét elköltötte, sőt jelentős adósságot is csinált. Nemcsak az lehet a beteg számára problematikus tehát, ha sürgősséggel akarata ellenére utalják pszichiátriai intézménybe, de az is, ha – jogosan – úgy érzi, sürgős orvosi segítségre lenne szüksége, amit azonban nem kap meg. A példában szereplő betegnél is felmerült a kártérítés igénye: nem felelős-e az ügyeletes orvos jogilag is azért az anyagi kárért, ami a beteget azért érte, mert későn jutott orvosi kezeléshez?

Találkoztunk olyan esettel, amikor az aznapi felvételre berendelt beteget helyhiány miatt nem tudták felvenni a pszichiátriai intézménybe, ezért azt mondták neki, jöjjön vissza egy hét múlva. Ez a rokkantnyugdíjas, vidéken élő betegnek komoly anyagi terhet is okozott, hiszen sok pénzébe került felutaznia a fővárosba a férje kíséretében, aki szabadságot vett ki aznapra. Mindez jobb munkaszervezéssel elkerülhető lett volna.

## AZ EMBERI MÉLTÓSÁGHOZ VALÓ JOG

Az egyik kórház zárt osztályán az volt a gyakorlat, hogy a betegektől minden személyes értéktárgyat elvették (óra, rádió stb.) arra való hivatkozással, hogy a kórház felelős a betegek értéktárgyaiért, mondván, a zárt osztályon fekvő betegek nem tudnak vigyázni értékeikre, többnyire hozzátartozó nélkül érkeznek, s az értéktárgyak elvesztése, ellopása esetén a kórháznak kártérítést kellene fizetnie. Mindez ellentétes az egészségügyi törvény előírásával, mely szerint a beteg jogosult saját ruháinak, illetve személyes használati tárgyainak használatára.<sup>8</sup>

Zárt osztályon természetesen bonyolultabb a helyzet, hiszen itt a beteg biztonságát veszélyeztethetik

bizonyos tárgyak. Mégis sérti az emberi méltóságot, hogy az egyik intézményben még a szemüvegüket és a fogsorukat is elvették a betegektől. Kést, villát nem tarthattak maguknál, s a hozzátartozóiktól sem kaphattak, így még egy vajas kenyeret sem tudtak megkenni.

Az egyik intézmény zárt osztályán a betegjogi képviselő egy „századvégi tébolydának” megfelelő állapotokat talált. Az ápoltak nagyon elhanyagoltak voltak, gyakori volt a meztelen beteg. Kényszerintézkedés esetén jegyzőkönyvet nem vezettek. A betegek teljesen be voltak zárva a „négy fal közé”, az udvarra sem mehettek le. Gyakran lehetett orvostól, nővértől rosszalló megjegyzéseket hallani egy-egy beteg „kritikátlan viselkedéséről”, mely pszichiátriai betegség esetén némiképp a betegség velejárójának is tekinthető, s a beteget ezzel vádolni nem egészen helytálló. Mindennapos probléma volt az ambuláns rendelésre érkező betegek hosszú órákon keresztül való várakoztatása. Ez az orvosok túlterheltségével magyarázható. Más helyen is hallottunk olyan panaszt, hogy az orvosok nem tartják be a megígért időpontokat. Visszatérő panasz volt az is, hogy a betegek nem kapnak tiszta ruhát, noha ismételtlen kérik. Esetenként tegezték is a beteget.

Az emberi méltósághoz nemcsak a betegeknek, de hozzátartozóiknak is joguk van. Joguk van arra, hogy velük is tisztelettel bánjanak. Az egyik esetünkben egy súlyos állapotban lévő pszichiátriai beteget – aki betegsége következtében nem tartotta a kapcsolatot a hozzátartozóival – a vele egyedül törődő hozzátartozó juttatott orvosi kezeléshez, nem csekély terhet vállalva ezzel. A beteget felvevő orvos azonban, nem ismervé az eset részleteit, a hozzátartozót tekintette felelősnek a beteg állapotáért. Ezt durván meg is mondta neki anélkül, hogy meghallgatta volna őt, majd többé nem állt vele szóba. Az eset fontos tanulsága, hogy a hozzátartozót is megilleti, erkölcsileg is, az ártatlanság védelme, s a vele való megfelelő kommunikáció, a tisztességes bánásmód nemcsak tiszteletben tartja az emberi méltósághoz való jogát, de segít is az ilyen hibákat és igazságtalan vádak elkerülését.

Igazságtalan vádak a beteget is érhetik. Volt olyan esetünk, hogy a kórházban fekvő beteg elesett a folyosón és ennek következtében zavarttá vált. Mentőt hívtak, s az a felvételes másik kórházba szállította őt. A mentősök a beteget részegnek titulálták, noha a beteg édesanyja elmondta, hogy az eséstől vált zavarttá. A beteggel részeg embernek „kijáró” módon bántak: lökdösték, szidalmazták, gorombák voltak vele. A felvétel során kiderült, hogy a betegnek agyzúzódása van, emiatt meg is operálták. A beteg és édesanyja egyaránt felháborítottan tartotta, ami velük történt.



A kórtermek gyakran kicsik, túlszűfoltak; volt olyan osztály, ahol az ágyak között mindössze fél méter volt a távolság! Itt egy betegre kb. négy négyzetméternyi terület jutott. Más helyen is tapasztaltuk, hogy az eredetileg négyágyasra tervezett kórtermet hat-hétágyassá alakították át. A nagy zsúfoltság természetesen önmagában is fokozza a betegek egymással szembeni agresszióját, ami ezt követően folyamatos figyelmet igényel. Szekrénynek, asztalnak, széknak sem jut hely a kórteremben. Az egyszemélyes, zárható szekrények hiánya mindennapi konfliktusok forrása, így ugyanis a betegek nem tudnak vigyázni értékeikre, azokat ellopják, s emiatt állandók a panaszok. Volt olyan intézmény, ahol az éjjeliszekrényekből hiányoztak a fiókok. Másfél éve(!) ugyan megrendelték a javítást, de az asztalosműhelynek ez idő alatt nem volt módja foglalkozni vele. Volt olyan „bejárós”, csak napközben az osztályon tartózkodó beteg, aki este hazamehetett a családjához, és minden nap magával kellett hoznia szabadidőruháját, papucsát, mert nem akadt szekrény, ahol ezeket másnapig elhelyezhette volna.

Még ott, ahol a beteg magánál tarthatja személyes használati tárgyait, ott sincs mód azok biztonságos elhelyezésére, mikor a beteg vizsgálaton, csoportfoglalkozáson van, ezért gyakran fordul elő lopás. Nincs elég fogas és a törölközők szárítására alkalmas törölközőtartó. Ezért konfliktus konfliktust követ. Jól ismert az a panasz, hogy a kórházi ételmezés nem elegendő, ki kell egészíteni. A közös hűtőszekrényben elhelyezett étel azonban sokszor eltűnik: a betegek megeszik egymás enivalóját; ez eléggé általános jelenség.

A betegek alvását, kényelmét az is zavarja, hogy az ágyakban rossz a sodrony. Kevés a mosdó, a zuhanyozó, a vécé, a mellékhelyiségek ajtaját a betegek nem zárhatják be belülről. A fürdőkre jellemzők a törött zuhanytálcák, a piszkos falak. Sokszor hiányzik az ebédlő, a betegek a folyosón elhelyezett asztaloknál étkeznek. Máshol a mennyezeti lámpák közül csak minden harmadik-negyedik égett, s legtöbbször már búra sem volt. Sok probléma akadt a jelzőcsengőkkel is. Jelzőcsengő általában minden kórteremben s a betegek által használt fürdőszobákban is van, azonban volt olyan, hogy egy helyen az összes csengőt kikapcsolták, egy másik intézményben pedig egyetlen csengő sem működött. Ha egy beteg éjjel rosszul van, a betegtársának kell felszólnia az emeleten lévő nővérállomásra. Az ilyen elhanyagolt, reménytelenséget, demoralizáltságot sugalló környezet nem méltó betegek ápolásához, kezeléséhez. Ez a zsúfoltság, a menekülttáborra emlékeztető életmód még egészséges emberek idegeit is megviselné, pszichiátriai osztályon azonban mindenképpen a gyógyulás ellen hat.

Ugyancsak visszatérő probléma a kórházak munkaszervezése, mely szinte félkatonai, század eleji kaszárnyáéra emlékeztető napirendet kényszerít a betegekre. A legkeményebb katonaéletre emlékeztet annak az idős hölgynek az esete, akit hajnali fél ötkor felébresztettek és fürdeni küldték – és persze ilyen korán csak hideg víz volt a fürdőben. Egy másik intézményben az volt a szokás, hogy fürdési lehetőséget csak reggel fél öt és fél hat között biztosítottak az ápolottnak, ezen kívül a fürdőszobát lezárták. Az egyik helyen az ebéd negyed 1-kor, a vacsora negyed 6-kor volt, s a betegek egyöntetűen arról panaszkodtak, hogy a vacsora túl korán van, lefekvéskor már ismét éhesek.

A pszichiátriai betegek gyógykezelésének egyik fontos eszköze a szocioterápia lenne, vagyis a beteg kórházi osztályon eltöltött idejének strukturálása, annak lehetővé tétele, hogy kreatív tevékenység végzésével visszanyerhesse pszichológiai egyensúlyát. A napi gyakorlatban azonban nemcsak a szocioterápia nem érhető el a kórházi osztályokon, hanem a szabadidő értelmes eltöltésének minimális feltételei is hiányoznak. Volt olyan intézmény, ahol még a társalgóból is kórtermet alakítottak ki, így hely sem maradt arra, hogy a betegek valamiféle társas tevékenységben vehessenek részt. A betegek számára komoly lelki szenvedést okoz, hogy az osztályokon sokszor nincsen televízió, a rádió rossz minőségű, foglalkoztatás nincs. Említettük már, hogy a szocioterápián kívül érdemleges pszichoterápia is alig történik, s ezt a legtöbb beteg szóvá is teszi.

## KORLÁTOZÓ INTÉZKEDÉSEK, BÜNTETÉSEK

Az egészségügyi törvény a beteg személyes szabadságát korlátozó fizikai, kémiai vagy biológiai módszerek alkalmazását szigorú feltételekhez köti, melyek között szerepel a korlátozás írásban való elrendelése, annak oka, időtartama dokumentálása stb.<sup>9</sup> Ezeket a szabályokat sok esetben a gyakorlatban nem tartják be. Többször lehetett tapasztalni a kéz, a láb ágyhoz való kikötését, a törzs toloszékhez rögzítését és egyéb fizikai korlátozó intézkedéseket. Gyakran hiányzott viszont a fizikai korlátozás pusztá tényének a dokumentálása is, nem beszélve annak indoklásáról. Sőt az a betegjog is, hogy korlátozó intézkedést állandó orvosi felügyelet esetén csak orvos rendelhet el.<sup>10</sup> Volt olyan intézmény, ahol az állandó orvosi felügyelet ellenére nem orvos rendelte el a korlátozó intézkedést, azt nem dokumentálták, így a beteg állapotának törvény által előírt rendszeres ellenőrzését (vagy legalábbis annak dokumentálását) elmulasztották.

A pszichiátriai szakmai kollégium kidolgozott egy adatlapot a kényszerintézkedés dokumentálására. Célszerű lenne ezt használni minden pszichiátriai intézményben. További probléma, hogy az egészségügyi törvény szerint személyes szabadság korlátozása esetén a beteg jogi képviselőt haladéktalanul értesíteni kell.<sup>11</sup> Ugyanakkor a mai gyakorlat az, hogy a beteg jogi képviselő csak heti egy-két alkalommal van a kórházban. Nem világos tehát, mit jelent ebben az esetben az azonnali értesítés, s nincs jogilag tisztázva, hogy ilyenkor mi a beteg jogi képviselő azonnali teendője.

Egy helyen tapasztaltuk, hogy a nyugtalan beteget éjszakára az ágyhoz rögzítették, ez azonban nem szerepelt a dokumentációban. Az egyik intézményben azt tapasztaltuk, hogy a főleg gerontológiai eseteket ápoló osztályon a nővérek gyakran az ágyhoz rögzítik az idős embereket „az ő védelmük érdekében”. Több esetben előfordult, hogy a délután 3-4 óra körül a kórterembe érkező beteg jogi képviselő megtalálta a kikötött beteg kihűlt, érintetlenül álló ebédjét az éjjeliszekrényen. Zárt osztályon gyakran előfordul a hálós ágyak használata.

Noha sem a fizikai, sem a kémiai korlátozás nem lehet büntetés, a tapasztalatok szerint sok beteg – többször nem is alaptalanul – mégis annak tekinti. Volt olyan beteg, akit önkéntes belegegyezése alapján, saját kérelmére kezeltek nyílt osztályon, de amikor egyszer eltávozásról alkoholos állapotban tért vissza, sürgősséggel zárt osztályra helyezték. Később ismét nyílt osztályra került, ahol az ápolók durva hangon, büntetésként emlegették az ő zárt osztályra helyezését. Úgy tűnik, a fenti esetben a zárt osztályra helyezés valóban egyfajta büntetés volt, hiszen pusztán alkoholos állapot miatt nem indokolt valakinek a zárt osztályra helyezése, a beteg pszichiátriai állapota egyébként pedig csak nyílt osztályon való kezelést tett szükségessé. Mindez természetesen sértette a betegnek az egészségügyi törvényben is elismert emberi méltósághoz való jogát, mely hangsúlyozza, hogy a beteg személyes szabadságának korlátozása nem lehet büntető jellegű.<sup>12</sup> Az egyik intézményben a betegekkel való durva bánásmódot tapasztaltunk, sőt az egyik beteg tetteges bántalmazását is az éjszakai ápoló részéről.

Több alkalommal találkoztunk erőszakosan, agresszívan viselkedő beteggel. Volt, hogy a beteg agressziója betegtársa ellen irányult, máskor az egészségügyi személyzet tagja ellen. Az ilyen cselekmények egy pszichiátriai osztályon teljesen nem kiküszöbölhetők, fontos lenne azonban, hogy az egészségügyi személyzet megfelelő képzést kapjon egyrészt az ilyen beteggel való „leszerelő” kommuni-

kációról, másrészt az agresszív beteg fizikai megfékezéséről. Ezt biztonságosan csak jól összeszokott és begyakorolt team tudja elvégezni. Az ilyen jellegű gyakorlatok hiánya komoly veszélyhelyzeteket jelent mind a betegek, mind az egészségügyi személyzet számára. Ha az agresszió fizikai leszerelésében, megfékezésében nem begyakorolt és nem elegendő létszámú csoport áll rendelkezésre, akkor az agresszív beteget leszerelni akaró ápolók – gyakorlatlanságuk és ebből fakadó ijedtségük miatt – elsősorban magukra fognak vigyázni, ami az ilyen betegek szükségtelen sérülésének kockázatával jár. Fontos, hogy minden erőszakos cselekményt megbeszélés kövessen: hogyan lehetne úgy módosítani az osztály életét, hogy a jövőben kevesebb ilyen cselekmény fordulhasson elő. Az agressziót csökkenti, ha a betegeknek megfelelő alkalmat biztosítanak feszültségeik levezetésére (testgyakorlás), s csökkentik a frusztráló tényezők számát.<sup>13</sup> Az agresszió sokszor a beteg által az egészségügyben elszenvedett komoly korábbi frusztrációk kumulálódásának eredménye. Tapasztaltuk például, hogy az ápolók betegeket fordítottak egymás ellen, ami aztán tettegességgé fajult. Vagyis az ápolók részéről nem volt ugyan közvetlen agresszió, indirekt módon mégis ők okozták a tettegességet, az ő agressziójuk csapódott le a betegre. Ezen az osztályon az ápolók szakképzetlensége nem is adott reményt arra, hogy a helyzetet meg lehetne változtatni.

## SÜRGŐSSÉGI GYÓGYKEZELÉS

Egyik esetünkben egy feltételezett beteget rokona valamilyen ürüggyel becsalt a pszichiátriai intézménybe, ahol lefogták, gyógyszert adtak be neki akaratlan ellenére s az osztályon tartották. Utólag valószínűsíthető volt a súlyos pszichiátriai megbetegedés, melynek hatása alatt a beteg anyagi-vagyoni helyzetét súlyosan sértő döntést hozott volna, s ezt akarta a hozzátartozó megakadályozni a pszichiátriai kezeléssel. Noha a bírói szemle utólag a jogosnak tartotta a pszichiátriai kezelést, a beteg ilyen módon való kezelésére a hatályos egészségügyi törvény nem ad lehetőséget. Azonnali intézeti gyógykezelésre (úgynevezett sürgősségi gyógykezelésre) ugyanis a hatályos törvény értelmében csak a beteg közvetlen veszélyeztető magatartása esetén van lehetőség.<sup>14</sup> Közvetlen veszélyeztető magatartás a törvény szerint az, amikor a beteg pszichés állapota következtében „saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent”.<sup>15</sup> A törvény szerint tehát nem számít közvetlen veszélyeztető magatartásnak, ha a beteg saját vagyonára, anyagi helyzetére jelent veszélyt. Ebben az esetben tehát a sürgős-

ségi gyógykezelés a beteg (és hozzátartozója) érdekében, de törvénytelenül történt. Az egészségügyi személyzet jó szándéka itt nem vitatható, mégsem megnyugtató ilyen súlyú döntéseket nem törvényesen elintézni, illetve nem megnyugtató, ha az ilyen jellegű problémákat – a törvény hiányosságai miatt – csak törvényellenesen lehet megoldani.

Tapasztaltunk olyan esetet, hogy egy sürgősséggel pszichiátriai intézménybe szállított beteget hozzátartozója beleegyezése nélkül gyógyszerkísérletbe vontak be. A beteg korábban sokféle gyógyszerre súlyosan allergiás volt, és ezt a hozzátartozó felvételkor közölte is a kezelőorvossal, ennek ellenére a gyógyszerkísérletbe való bevonás a hozzátartozó beleegyezése nélkül megtörtént. A beteg a beadott kísérleti gyógyszerre is allergiásnak bizonyult, és ennek következtében súlyos, életveszélyes állapotba került, melyet csak intenzív osztályon való kezeléssel lehetett elhárítani. Az esethez tartozik, hogy a hozzátartozóval az osztályos főnővér közölte: a beteg kísérleti gyógyszert kapott, a kezelőorvos viszont tagadta ezt.

A kapcsolattartás jogának érvényesülése a gyakorlatban meglehetősen hiányos. Nem minden osztályon van a betegek által szabadon használható telefon, így a betegek nem mindig kezdeményezhetnek hívást. Hasonló logikával a zárt osztályon levő betegek levelezését csak orvosi ellenőrzés mellett engedélyezték, azzal érvelve, hogy „a kórházat terhelné a felelősség az önmagáért nem felelős beteg írsaival kapcsolatban”, s ha a betegek cenzúrázatlanul küldhetnének leveleket, ezzel a kórház veszélyeztetné a betegek jó hírnévhez való jogát. Ez is sérti a betegnek azt a jogát, hogy az általa vagy neki küldött leveleket ne bontsák fel.<sup>16</sup> Másról a betegek levelei napokig heverték az osztályon, nem akadt, aki bedobta volna őket a postaládába.

Egy nyílt pszichiátriai osztályon az volt a gyakorlat, hogy minden betegnek elvették a személyi igazolványát, s azt csak távozáskor adták vissza. A személyi igazolvány ilyen „bevonása” akadályozza a beteg szabad mozgását, hiszen nélküle nem hagyhatja el a kórházat, amire az egészségügyi törvény szerint azonban joga van.<sup>17</sup> A gyakorlat nyilván annak akarja elejét venni, hogy a beteg bejelentés nélkül hagyja el az osztályt. Természetesen törekedni kell arra, hogy a beteg jelentse be távozási szándékát a kezelőorvosnak, az azonban nem elfogadható, hogy kényszerítsék erre.

Ennek a betegjognak az érvényesülésével volt a legtöbb probléma. Az egészségügyi törvény előírása szerint a pszichiátriai intézménybe felvett beteget – a minden betegnél kötelező részletes tájékoztatáson túl – szóban és írásban is tájékoztatni kell a jogairól, különös tekintettel a bírósági eljárásról s az azzal kap-

csolatos jogairól.<sup>18</sup> Tapasztalataink szerint ez a tájékoztatás sok esetben elmarad. Gyakran sérül a betegnek az a joga is, hogy megismerhesse az ellátásában közreműködő személyek nevét, szakképesítését, beosztását.<sup>19</sup> Ezt a legkönnyebben kitűzők használatával lehetne megoldani, ahonnan a betegek ezeket az adatokat leolvashatnák. Kitűzőket azonban sok helyen nem használnak.

A tapasztalatok szerint a beteg nem mindig érti vagy korábbi állapota miatt nem mindig emlékszik vissza rá világosan, hogy milyen dokumentumokat írtak alá vele. Ez sok felesleges félelmet okoz, volt olyan beteg, aki (tévesen) azt hitte, hogy amit aláírtak vele, arra szolgált, hogy őt gondnokság alá helyezték, kislányát pedig elvegyék tőle. Fontos lenne tehát, hogy csak olyan beteggel írassanak alá dokumentumokat, aki képes azokat megérteni, vagy ha ez mégsem így történt, legalább kérdésre utólag magyarázzák el a betegnek, mit írt alá. Így mindenképpen sérül a beteg joga arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást.<sup>20</sup>

Ehhez kapcsolódó probléma, hogy a betegek azzal sincsenek tisztában, hogy a pszichiátriai osztályon az orvos által eltölteni javasolt idő, illetve az általa előírt gyógyszerek szedése pusztán javaslat-e vagy pedig kötelező. Sokszor nem mondják meg a betegnek, milyen gyógyszert kap, mennyi ideig, miért éppen azt stb. Mindez természetesen sérti az egészségügyi törvény rendelkezéseit, mely még cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes betegek esetén is előírja az állapotnak megfelelő tájékoztatást.<sup>21</sup> Ha a beteg az orvostól mégis részletesebb tájékoztatást kér, azt az orvos – időhiányra hivatkozva – sokszor elutasítja. Volt olyan beteg, aki senkitől nem kapott tájékoztatást arról, hogy az aznap készült CT-vizsgálat eredménye mikorra várható, s a betegjogi képviselő érdeklődésére derült ki a válasz: általában két-három nap alatt van meg az eredmény. Az is gyakori érv az egészségügyi személyzet részéről, hogy a pszichiátriai betegek nincsenek olyan állapotban, hogy a kezelésükkel kapcsolatos tájékoztatást megértsék. Ez azonban a részben időhiányból fakadó gyakorlat racionalizálásának tűnik, hiszen ha teljes tájékoztatás nem is, a pszichés állapotnak megfelelő tájékoztatás mindenkinek adható, s a betegek maguk is sokkal több információt igényelnének, hiszen egyik legfőbb panaszuk ennek hiánya volt. Egy pszichiátriai betegnél éppen olyan fontos a tájékoztatás, mint bármely más betegnél.

Sok helyen tapasztalt hiányosság, hogy az egyes beavatkozások leírásához nem lehet írásban hozzájutni valamilyen kiadványban vagy nyomtatványon. A betegek a kezelőorvosuktól csak szóbeli tájékoztatást kapnak. A betegjogokról szóló tájékoztatás is megle-



hetősen hiányos, ami nélkül azonban a betegjogok érvényesítése nem képzelhető el.

A beteg sokszor fontos – bár a kórházi dolgozók számára evidens – dolgokról sem tájékoztatják. Például nem kap tájékoztatást az intézményben lehetséges diétás étkezési lehetőségekről, holott diétára lenne szüksége; nem tudja, kit kérhet meg inzulin felírására, vagy a kezelőorvos úgy megy szabadságra, hogy erről a beteget nem tájékoztatja, s így a beteg azt sem tudja, ki fogja orvosát helyettesíteni.

Sok helyen az egészségügyi személyzet nem tekinti fontosnak a beteg hozzátartozójának tájékoztatását. Ennek tudható be, hogy gyakori a téves felvilágosítás. Előfordult például, hogy egy beteg hozzátartozóját a nővér megnyugtatta a beteg állapotáról, miközben kiderült, hogy az már korábban elhunyt. Más helyen egy beteget egy másik kórházból helyeztek át pszichiátriai osztályra, de hozzátartozóit elmulasztották értesíteni, hogy a beteg már egy másik kórházban fekszik.

Találkoztunk olyan esettel, amikor egy hosszabb ideje az osztályon fekvő betegnél az orvos úgy kezdeményezte a gyámügyi hivatalnál a beteg elmeszociális otthonban való elhelyezését, hogy ezt sem a beteggel, sem az édesanyjával, aki gondnoka volt, nem beszélte meg, ők nem is akarták ezt az elhelyezést, s csak véletlenül szereztek róla tudomást.

Az ilyen gyakorlat – melyekről a betegek tudomást szereznek – jó arra, hogy a betegeket gyanakvóvá tegye, megrendítse az orvosba és az egészségügyi intézménybe vetett bizalmukat. Ugyanakkor az ilyesmire gyanakvó (mert az ilyen gyakorlatról mégiscsak tudomást szerző) beteget, illetve hozzátartozóit meg lehet „vádolni” paranoid tendenciákkal, s ezt pszichiátriai betegségük számlájára lehet írni, mikor pedig a nem becsületes kórházi gyakorlat is oka az ilyen irányú félelmeknek. Több esetben lehetett tapasztalni, hogy a betegek, mikor egy „ártatlan” s érdekükben álló dokumentumot írtak velük alá (például egy űrlapot, mely az elvesztett rokkantnyugdíj visszaszerzésére irányuló eljárás elindításához volt szükséges), melynek tartalmára később nem voltak képesek pontosan visszaemlékezni, attól féltek, hogy a dokumentum aláírásával egy érdekeik ellen irányuló eljárásba „egyeztek bele” (például gyermekük elvételébe). Mindez tehát nem mindig vagy talán sokszor nem a beteg paranoiditásának tulajdonítható, hanem a titkolózó kórházi-intézményi gyakorlatnak, melynek a betegek tudatában vannak. Ilyenkor könnyű a beteg pszichiátriai betegség-

gére fogni a gyanakvást, holott ez adekvát reakció a titkolózó intézményi gyakorlatra.

Volt olyan osztály, ahol az volt az álláspont, hogy zárt osztályon fekvő beteg nem írhat alá hivatalos dokumentumot, hanem ilyen esetben eseti gondnokot kell kijelölteni a beteg számára, s ő ad beleegyezést s ír alá a beteg helyett dokumentumokat. A gyakorlatban azonban sokszor előfordult, hogy nyílt osztályról zárt osztályra áthelyezett beteg számára heteken keresztül nem jelöltek ki eseti gondnokot, s mivel így nyugdíjához nem juthatott hozzá (hiszen meghatalmazását, hogy más felveheti a nyugdíját, nem fogadták el érvényesnek), napi szükségletei fedezésére, például cigarettára sem volt pénze.

Több alkalommal nem kapott zárójelentést a hazabocsátott beteg. Ennek az az indoka, hogy az orvosok, túlterheltségük miatt, gyakran több hónappal elvannak maradva a zárójelentések megírásával. Volt olyan intézmény, ahol azt a gyakorlatot folytatták, hogy csak a háziornosnak küldték el a zárójelentést, s a betegnek nem adták oda az ő példányát, ha ezt nem kérte. Noha ezt a beteg nyugalmit, gyógyulását segítő gesztusnak vélték, ez a megoldás semmiképpen nem fogadható el mint intézményi politika. Egyrészt ugyanis sok beteg nem ismeri ezt a gyakorlatot, vagyis nem tudja, hogy csak akkor kapja meg a zárójelentését, ha azt kifejezetten kéri. Másrészt a zárójelentés fontos edukatív, tájékoztató funkciót is betölt. A beteg ebből ismerheti meg pontosan, mi történt vele a kórházban, ha más orvoshoz, pszichoterapeutához stb. fordul, a zárójelentésből tudhatja meg a másik szakember megbízhatóan, hogy mi történt a beteggel a kórházban stb. Ez a gyakorlat tehát káros és jogsértő, hiszen az egészségügyi törvény kifejezetten elismeri a beteg jogát arra, hogy az egészségügyi intézményből való elbocsátáskor zárójelentést kapjon.<sup>22</sup>

A titoktartáshoz, intimitáshoz való jog sok esetben sérül. Nem mindig van lehetőség arra, hogy a beteg az orvossal, illetve az egészségügyi személyzettel a számára kínos témákról mások kizárásával, négy szemközt beszélhessen. Sok esetben már az anamnézis felvétele is a kórteremben, a betegtársak jelenlétében folyik. Az orvosi vizitek is veszélyeztetik a betegek titoktartáshoz, intimitáshoz való jogát, hiszen állapotuk, gyógykezelésük megtárgyalására is a betegtársak jelenlétében kerül sor.

Bizonyos – sokak által intimnek tartott – ápolási teendők is nyilvánosan történnek. Volt beteg, aki sérelmezte, hogy a súlymérés a kórteremben nyilvános, sőt egy elhízott betegre rászólt a nővér, ne álljon rá a

AZ ORVOSI VIZITEK IS VESZÉLYEZTETIK A BETEGEK TITOKTARTÁSHOZ, INTIMITÁSHOZ VALÓ JOGÁT, HISZEN ÁLLAPOTUK, GYÓGYKEZELÉSÜK MEGTÁRGYALÁSÁRA IS A BETEGTÁRSOK JELENLÉTÉBEN KERÜL SOR.

mérlegre, mert az „kiakad alatta”. Általában is megfigyelhető, hogy a betegnek sokszor kell levetkőznie a betegtársak előtt, és sokszor érzi úgy, hogy az intim szféra nem kellő tisztelete miatt kínos, szégyenteljes helyzeteket kell elviselnie. Ez nem elsősorban a pénzühiány és a rossz körülmények függvénye, hiszen parván minden kórházban van, így viszonylag könnyen megoldható lenne a beteg intimitásának védelme – parván azonban a hazai kórházi gyakorlat szerint csak a haldoklónak jár.

Oktatókórházban tapasztalható gyakori panasz, hogy a betegek sokszor zaklatásnak érzik az oktatás során az ismétlődő betegbemutatást, illetve a többszöri anamnéziszfelvételt.

## A PANASZOK ELBÍRÁLÁSA

Az egészségügyi törvény a nem önkéntes (kötelező vagy sürgősségi) pszichiátriai gyógykezelés esetén előírja a kezelés kötelező bírói felülvizsgálatát. A tapasztalatok szerint azonban ez a gyakorlatban sokszor csak formális ellenőrzést jelent. A bíróság képviselője egy beteg meghallgatására csak kb. két percet tud szánni. A betegek visszatérően panaszoznak, hogy hiába szeretnék a bírói szemlén elmondani problémájukat, nem hallgatják meg őket. Ha a beteg nem ért egyet intézeti kezelésével, az egészségügyi törvény előírása szerint független pszichiátriai szakértői véleményt kell kérni a panasz elbírálása során. Volt olyan kórház, ahol – más pszichiáter híján – ugyanannak az intézménynek a másik részlegén dolgozó pszichiáter szakorvost kértek fel erre a feladatra. Sok helyen tehát nincs lehetőség független szakember felkérésére.

Az egyik kórház betegjogi képviselője azt találta, hogy az 1999-es évben megvizsgált több mint négyszáz ügyben egyetlenegyszer sem határozott a felülvizsgáló bíróság az orvosi szakvélemény alapján az osztályos orvossal ellentétesen.

A bírói felülvizsgálatban ügygondnokként részt vevő ügyvéd a gyakorlatban – a vizsgált kórházban – nem világosította fel a betegeket az őket megillető jogokról, noha a jegyzőkönyvek tanúsága szerint ezt megtette. A jegyzőkönyvek tehát nem a valóságos gyakorlatot tükrözték. További probléma, hogy az ügygondnok nem mindig ismeri meg a szükséges mélységig kliense betegségének, kórházba kerülésének történetét, s így nem mindig tudja megfelelően képviselni a beteget, illetve megfelelően védeni annak jogait. Tapasztalatunk szerint a gondnokság alatt álló beteg kapcsolata a gondnokával általában felületes, formális. A gondnok a gondnokoltat általában csak ritkán látogatja

meg, s nem mindig biztosítja számára a szükséges használati tárgyakat.

A gyakorlatban nem működnek jól azok a mechanizmusok, melyek a gondnokolt érdekeit védnék nem megfelelő, érdekeit nem képviselő gondnokával szemben, így a gondnokolt nagyon kiszolgáltatott helyzetben van, sok szempontból csak a gondnok lelkiismeretén múlik, hogy milyen szinten gondoskodik róla.

A betegek jogai érvényesülésének egyik alapvető feltétele, hogy a betegek és a hozzátartozók egyáltalán megismerhessék e jogokat. A betegnek ezt a jogát az egészségügyi törvény is rögzíti.<sup>23</sup> Mégis volt olyan osztály, ahol az osztályvezető főorvos elzárkózott attól, hogy a betegjogokra vonatkozó törvény szövegét az egyes részlegekben kifüggeszék.

A betegek általában inkább mernek panaszkodni egészségügyi ellátásuk körülményeire, mint a kezelő személyzetre. A betegek nagyon gyakran, külön kérdés nélkül is panaszkodtak például a mellékhelyiségek állapotára, a rossz kórházi kosztra s egyéb ellátási hiányosságra. Ugyanakkor az orvosokkal, nővérekkel kapcsolatos problémáikat sokkal nehezebben mondták el, mert úgy érezték: még vissza kell jönniük a kórházba többször is, függeni fognak az orvostól, a nővértől, ezért nem akartak konfrontálódni velük. Gyakran fordult elő, hogy a beteg csak a kórházból való távozás után, levélben és névtelenül merete megírni panaszait. Ez nagyon beszédesen mutatja, mennyire kiszolgáltatottnak érzi magát a beteg.

A betegjogi képviselő fontos feladata, hogy az egészségügyi személyzet és a betegek közötti kommunikációt javítsa, a közöttük levő félreértéseket tisztázza, s így segítse a beteget jogainak hatékony helyi érvényesítésében. A betegjogi képviselő fontos feladata a közvetítés az egymással egyet nem értő felek között. Az a jó, ha ezt a betegjogi képviselő meggyőzéssel, rábeszéléssel, információadással, diplomáciai ügyességgel tudja megvalósítani. Mindehhez az szükséges, hogy a betegjogi képviselő beilleszkedjen az egészségügyi intézménybe, azt jól megismerje, annak munkatársaival jó, személyes emberi kapcsolatokat alakítson ki. Ehhez azonban állandó jelenlét kell, hiszen egyrészt a betegjogi problémák folyamatosan merülnek fel egy egészségügyi intézményben, másrészt a folyamatos és jó munkakapcsolat kialakítása is csak egymást jól ismerő, egymással folyamatos kapcsolatot fenntartó emberek között lehetséges. Ezért úgy tűnik, hogy a betegjogi képviselet Magyarországon megvalósulni látszó rendszere, melyben egy betegjogi képviselő több egészségügyi intézményt lát el, s ezért egy-egy intézményben nincs folyamatosan jelen, csak hetente egyszer-kétszer látogatja meg az intézményt, nem megfelelő, mert nem teszi lehetővé

számára a kórházi személyzettel való folyamatos munkakapcsolatot, s így a betegjogi problémák hatékony kezelését sem. Így a betegjogi képviselői rendszer a jelenlegi gyakorlat szerint jelentős kiegészítésekre szorul.

Nagyon nagy szerepe lenne a mai egészségügyi intézményekben egy jóval aktívabb, a beteget érdekérvényesítésében sokkal jobban segítő rendszer kiépülésének. Külföldi tapasztalatok ennek a modellnek az életképességét bizonyítják. Az USA-ban például a szociális-gazdasági nővérek feladata – a hazai gyakorlattól eltérően – nem pusztán a meglévő pénz kiosztása a betegek között, hanem azon lehetőségek felderítése, melyekkel pénzt lehet szerezni a beteg számára, s segítséget nyújtani e források megpályázásában.

A szakképzett ápolók hiánya, a nagy fluktuáció, a nővérek túlterheltsége és hiánya kiégést és demoralizálódást eredményezhet. Az ilyen problémákkal küzdő egyik intézményben a betegjogi képviselő azt tapasztalta, hogy az intézetvezető főnővérrel végiglátogatva a kórházat, a kezelőben a nővérek a lábukat az asztalra feltéve dohányoztak, s nem vették le a lábukat az asztalról akkor sem, amikor a főnővér a betegjogi képviselővel belépett. Az intézetvezető főnővér mindezt szó nélkül tudomásul vette. Ebben az intézményben az is gyakori panasz volt, hogy az éjszakai ápolók éjjel hangos zene mellett nagy társasági életet éltek, s emiatt a betegek nem tudtak aludni.

A szakképzetlen, hivatástudattal nem rendelkező ápolók sok egyéb problémának is okozói. Tapasztaltuk, hogy gyakori a munkaidő alatti italozás és hogy nem végzik el a munkájukat (például elmarad a napi fürdetés, tisztába tevés, illetve az ápoló a beteget kényszeríti e munkák elvégzésére apró előnyöket ajánlva nekik vagy büntetést kilátásba helyezve, ha a beteg nem engedelmeskedik).

A sajtó etikátlan magatartása komoly szenvedések forrása lehet. A pszichiátriai betegekkel kapcsolatban a sajtó előszeretettel eltúlozza a tényeket, a betegséget súlyosabbnak, a pszichiátriai beteget veszélyesebbnek állítva be, mint amilyen. Volt olyan beteg, aki egy kereskedelmi tévének nyilatkozott kórházi kezeléséről és öngyilkossági kísérletéről. Ezt a riportert a beszélgetés levetítése során eltorzítva, a valóságnak nem megfelelően kommentálta, úgy állítva be a helyzetet, mintha a nyilatkozó alkalmatlan lenne gyereke további nevelésére.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Mint a bevezetőben is jeleztük, a fenti tapasztalatok nem általánosíthatók a hazai elmeegészségügy egé-

szére, hiszen ehhez túl kevés intézményt vizsgáltunk. Úgy gondoljuk, az általunk tapasztalt problémák mégis meglehetősen tipikusak és általánosak, s emiatt sok más intézményben is fellelhetők. Ezért fontosnak tűnik a betegjogi képviselő munkája, aki számos hasonló problémára fel tudja hívni az intézmény figyelmét, illetve közvetíteni tud a nyíltan panaszkodni ritkán merő beteg és az egészségügyi személyzet között. Erre annál is inkább szükség van, mert pszichiátriai intézményekben túl könnyen tulajdonítják a beteg panaszát betegségére következményének, s ritkán kérdezik meg, ésszerűek-e azok az igények, melyeket a beteg az intézménnyel vagy az egészségügyi személyzettel szemben támaszt. Nagyon könnyű egy panaszkodó betegre azt mondani, hogy depressziós, egy vitatkozó betegre azt mondani, hogy személyiségzavara van, egy gyanakvó betegre azt mondani, hogy paranoid, a körülményekkel elégedetlen, ezért a kórházból távozni akaró betegre azt mondani, hogy nem motivált a terápiára s nem is akar igazán meggyógyulni stb. Ezek a manőverek arra jók, hogy ne kelljen érdemben foglalkozni a beteg panaszával, ne kelljen szembenézni az egészségügyi intézmény helytelen gyakorlatával vagy az egészségügyi személyzet munkájának hiányosságaival. Ez a módszer minden egyes betegpanaszt visszafordít a beteg ellen: annak minden egyes vádja a beteg hibájaként vagy betegségére tüneteként jelenik meg. Az eredmény: az intézményi gyakorlat javítása, a szakmai munka színvonalának emelése helyett a beteg „vádolója”, hibáztatása. Ilyen esetekben a betegjogi képviselő nagyon jó „ellensúlyt” jelent a túlságosan pszichopatológiai szemléletű személyzettel szemben: egyfajta távolságtartással, objektivitással jelezheti, hogy a beteg panaszja ésszerű, az nem betegségéből, hanem ésszerű emberi igényei kielégíttetlenségéből következik.

Mindehhez természetesen az szükséges, hogy a betegjogi képviselő folyamatosan legyen elérhető (vagy személyesen vagy telefonon) az egészségügyi intézményekben, hiszen a kórházi munka folyamatos jellege folyamatos jelenléte tétel fel a betegjogi képviselő részéről is. Az a jelenlegi gyakorlat, hogy a betegjogi képviselő csak heti egy-két alkalommal van jelen egy-egy kórházban, mint már említettük, nem elfogadható, mert összecsegyeztetetlen a betegjogi képviselői munka jellegével.

Még a vizsgálat relatíve rövid ideje alatt is azt tapasztaltuk, hogy a betegjogi képviselő javaslatát többször megfogadták. Például egy helyen, ahol a betegek egy része meztelen volt, illetve ritkán kaptak tiszta ruhát, a helyzet megváltozott. A betegjo-

gi képviselő fellépésének eredményeként gyakrabban kaptak tiszta ruhát, elküldték a betegeket konzíliumra, megkapták a szemüvegüket, fogsorukat. Úgy tűnik tehát, hogy a betegjogi képviselő fontos katalizáló szerepet tölthet be a kórházakban, ezért erőteljesebb jelenlétük az egészségügyi intézményekben mindenképpen indokolt. Ez nemcsak az egészségügyi ellátás színvonalát javítja, hanem segíti a betegek jogainak teljesebb tiszteletben tartását is. Modellkísérletünkkel is ezt a célt szerettük volna szolgálni.

## JEGYZETEK

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
2. Mental Disability Rights International (1997): *Human Rights & Mental Health: Hungary* (Emberi Jogok és Elmegészségügy: Magyarország). Washington College of Law, American University.
3. SÜLE Ferenc: *Előadás a Szószóló Alapítványnál a betegjogi képviselők számára*, 2000. április 7.
4. *Uo.*

5. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (a továbbiakban Eütv.) 15. § (3).
6. Eütv. 7. § (1).
7. 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról 29. § (6).
8. Eütv. 11. § (7).
9. Eütv. 10. § (4)–(5).
10. Eütv. 10. § (5).
11. Eütv. 194. § (1).
12. Eütv. 10. § (4)
13. Michael GELDER, Dennis GATH, Richard MAYOU: *Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford, New York, Oxford University Press, 1989.
14. Eütv. 199. § (1).
15. Eütv. 188. §.
16. Polgári törvénykönyv 81. §.
17. Eütv. 12. § (1).
18. Eütv. 191. § (2).
19. Eütv. 13. § (6).
20. Eütv. 13. § (8).
21. Eütv. 13. § (5).
22. Eütv. 24. § (3) (d).
23. Eütv. 28. §.