

## A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK JOGAI RÓL\*

A pszichiátriai gyógykezelésről és a pszichiátriai betegek jogairól Magyarországon az egészségügyi törvény rendelkezik. A hetvenes-nyolcvanas évek során a nyugat-európai országokban rendre önálló kódexeket alkottak a pszichiátriai gyógykezelésről. Ez lehetővé tette, hogy egységes törvényben szabályozzák a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos egészségügyi jogi, büntetőjogi és polgári jogi kérdéseket. A pszichiátriai betegség kényszerintézkedés alapjául szolgálhat, érintheti a beteg cselekvőképességét és büntetőjogi beszámíthatóságát. Mindez kitüntetett fontosságot ad e terület jogi szabályozásának. Olyan szabályozásra van szükség, amely összhangban áll a nemzetközileg elfogadott demokratikus jogelvekkel, s úgy határozza meg a betegellátás intézményi struktúráját, hogy közben jogegyenlőséget biztosít a gyógykezelteknek.

A szovjetrendszer összeomlása óta a térség több országában ezt a jogi megoldást követték. Haladó szellemű, önálló elmetörvényt alkottak Oroszországban, majd Lengyelországban is. Magyarországon a Magyar Szociálpszichiátriai Társaság egyik munkacsoportja készített tervezetet a pszichiátriai ellátás törvényi szabályozásáról; ezt számos szakmai vita után 1991-ben benyújtották a Népjóléti Minisztériumnak. A Minisztérium képviselői a tervezet tartalmát és megközelítési módját nem vitatták, de elvetették az önálló törvényalkotás szükségességét.<sup>1</sup>

Az 1997 elejére elkészült új egészségügyi törvény tervezete X. fejezetében tárgyalja a pszichiátriai betegek gyógykezeléséhez és gondozásához kapcsolódó kérdéseket. E fejezet készítői olyan szabályozásra tettek kísérletet, amely törvényes garanciákhoz köti a kényszerintézkedések elrendelését, és biztosítja a betegek számára a gyógykezeléshez fűződő jogokat. A szabadságkorlátozó eljárások körülírásában és az eljárási garanciák kidolgozásában komoly lépést tettek előre, de mégsem voltak elég következetesek, mert a betegjogok tekintetében nem teremtették meg a

pszichiátriai betegek törvény előtti egyenlőségét a többi beteggel. A hiányosságok egy része abból fakad, hogy az egészségügyi törvény keretén belül lehetetlen egyszerre megoldást találni a szerteágazó problémákra. A végeredmény furcsa elegye az elavultnak és a korszerűnek. Az itt következő elemzés ezt mutatja ki.

### A KÖTELEZŐ PSZICHIÁTRIAI INTÉZETI KEZELÉS MINT A SZABADSÁGKORLÁTOZÁS EGYIK ESETE

A beteg–orvos viszony új típusa a beteg beleegyezésén és önkéntes közreműködésén alapul. Az új modell törvényi szentesítése az egyes egészségügyi ellátási formáknál speciális szabályozást kíván. A beteg joga a beleegyezésre és önkéntes közreműködésre bizonyos esetekben korlátozható; ilyenkor az állam gondoskodó vagy hatósági funkcióinál fogva jogosult a beteget akarata ellenére is intézetbe szállítani, és akár gyógykezelés eltűrésére kényszeríteni. Ebbe a körbe tartoznak a pszichiátriai betegek és a fertőző betegek. De egyes nemi betegségek is kötelező intézkedések alapjául szolgálhatnak az új egészségügyi törvény tervezete szerint.

Az állam autoritása, hogy a pszichiátriai betegek kötelező intézeti gyógykezelését elrendelje, két forrásból ered. Egyfelől közhatalmi funkcióinál fogva rendelkezhet a mások életét, testi épségét veszélyeztető emberek gyógykezeléséről, mert egyik feladata éppen abban áll, hogy megvédje a társadalmat a fenyegető veszélyektől, hogy biztonságos állapotokat teremtsen. Másfelől hagyományos gondoskodó szerepéből fakadóan rendelhet el ilyen intézkedéseket. A *parens patriae* elv feljogosítja, hogy cselekvőképességgel nem rendelkező polgárai sorsát a gondoskodó szülő módjára elrendezze. Ebből az elvből kiindulva

\* A tanulmány az egészségügyi törvény tervezetének 1997. március 13-i változatán alapul. A szakértők május 20–21-én juthattak hozzá az utolsó szövegváltozathoz, amelynek a pszichiátriai betegek kezelésével kapcsolatos rendelkezései néhány ponton eltérnek a márciusi tervezettől. A tanulmány a veszélyeztető állapot kifejezést használja, amely a márciusi szöveg definíciója szerint: „a beteg pszichés állapota következtében saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére, illetőleg a környezetére súlyos veszélyt jelent.” A májusi szövegben veszélyeztető magatartás szerepel a következő meghatározással: „a beteg – tudatállapotának zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet és a megbetegedés jellegére tekintettel az azonnali intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt.” A májusi tervezet nem engedi meg a pszichiátriai betegek kapcsolattartásának korlátozását, valamint a mozgási szabadság korlátozása helyett a személyes szabadság korlátozását említi. A kormány május 22-én fogadta el az egészségügyi törvényjavaslatot, amely további változásokat tartalmazhat. (A szerk.)

rendelheti el a gyógykezelést azok számára, akik mentális betegségük miatt képtelenek magukról gondoskodni, ilyenformán saját testi épségüket veszélyeztetik.

A kötelező intézeti kezelés lényegi eleme a szabadságjogkorlátozás, és ezen az sem változtat, hogy elrendelésének célja nem az egyén megbüntetése, hanem gyógykezelése. A beszállításra az érintett akaratára ellenére kerül sor, amíg a beteg az intézetben tartózkodik, mozgásszabadságában, a külvilággal való kapcsolattartásában szükségképpen korlátozva van. Gyógykezelésnek vetik alá, melynek nemcsak jótékony hatásait, de káros következményeit is viselnie kell. Ilyen következményeket szenved el némelyik beteg, aki nem emlékszik vissza múltja meghatározó eseményeire, vagy akinek keze-lába állandó remegésben van: az elektromos kezelések emlékeztetkiesésekhez vezethetnek, a gyógyszeres terápiák idegrendszeri, érrendszeri károsodásokat okozhatnak. A pszichiátriai gyógykezelés egyébként sem biztos olyan egyértelmű eredményességgel, mint egy akut testi betegség tankönyvi gyógymódjának alkalmazása. A kötelezés folytán a terápiás kapcsolat nem önkéntességen, nem a beteg motivált együttműködésén alapul, és ez a tény eleve csökkenti annak esélyét, hogy mélyebbre ható változást idézzenek elő a beteg állapotában. Előfordul tehát, hogy a szabadságkorlátozás elrendelése nem hoz gyógyulást, csak a beteg tüneteinek átmeneti enyhülését szolgálja.

Mindebből az következik, hogy a pszichiátriai betegek kötelező intézeti elhelyezésének szabályozásakor kitüntetett figyelmet kell fordítani arra a tényre, hogy ez az eljárás – még ha igaz is, hogy célja az egyén érdekében álló terápia – a szabadságkorlátozás esetei közé tartozik. Biztosítani kell, hogy a döntést az ilyen esetekre előírt eljárásban hozzák meg. Ez mindenekelőtt a bírói hatalom bevonását jelenti a döntéshozatalba.

Amikor azt vizsgáljuk, hogy indokolt-e egy alapvetően terápiás indíttatású intézkedést bírói döntéshez kötni, arra is gondolnunk kell, hogy nehéz lenne még egy olyan gyógyászati szakágat találni, ahol a betegségek kórokaikról, diagnózisáról és gyógymódjairól oly eltérő álláspontok jelennének meg, mint éppen a pszichiátriában. A pszichiátriai betegségek diagnózisának felállításakor az egyén magatartásának vizsgálatából vannak lekövetkeztetéseket. Ez min-

AZ ÁLLAM AUTORITÁSA, HOGY A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖTELEZŐ INTÉZETI GYÓGYKEZELÉSÉT ELRENDELJE, KÉT FORRÁSBÓL ERED. EGYFELŐL KÖZHATALMI FUNKCIÓINÁL FOGVA RENDELKEZHET A MÁSOK ÉLETÉT, TESTI ÉPSÉGÉT VESZÉLYEZTETŐ EMBEREK GYÓGYKEZELÉSÉRŐL, MERT EGYIK FELADATA ÉPPEN ABBAN ÁLL, HOGY MEGVÉDJE A TÁRSADALMAT A FENYEGETŐ VESZÉLYEKTŐL, HOGY BIZTONSÁGOS ÁLLAPOTOKAT TEREMTSSEN. MÁSFELŐL HAGYOMÁNYOS GONDOSKODÓ SZEREPÉBŐL FAKADÓAN RENDELHET EL ILYEN INTÉZKEDÉSEKET.

denképp megnöveli a bizonytalanságot, és külön is indokolja, hogy olyan eljárásban döntsenek a beteg akaratára ellenére történő kórházi kezelésről, amely a tévedés, illetve a visszaélés lehetőségét a minimumra szorítja.

Növeli a kötelező gyógykezelés elrendelésének súlyát, hogy a pszichiátriai intézeti gyógykezelés ténye – a pszichiátriai betegeket övező előítéletek miatt – hátrányos megkülönböztetésekhez vezethet akár az egyén magánéletében, akár társadalmi szerepeiben. Olyan negatív hatások érhetik a beteget, melyek – túl a kórházi kezelés mellékhatásain – döntő befolyással bírnak az életére.

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. Sürgősséggel beszállítható az a pszichiátriai beteg, aki ugyan nem emelt kezét senkire, de az orvos megállapítása szerint mások testi épségére veszélyt jelenthet. A kényszerintézkedés alapja ilyenkor nem a mások kárára elkövetett cselekedet, hanem a potenciális veszélyeztetés. Ez alacsonyabb szttenderdet jelent, mint amit a büntetőeljárásból ismerünk, ahol nem a tett esetleges elkövetésének veszélye, hanem csakis a végrehajtott tett – vagy a kísérlet a tett végrehajtására – lehet a szabadságelvonás indoka.

Intézeti elhelyezésre kötelezhető a *parens patriae* elv szellemében az is, aki önmagáról megfelelően gondoskodni képtelen és kezelésre szorul. Tehát olyan embert lehet megfosztani legalapvetőbb jogának gyakorlásától, aki nem mások, hanem kizárólag saját testi épségét veszélyezteti. A büntetőjog liberális elmélete szerint az állam nem korlátozhatja az egyén szabadságát olyan magatartás esetén, melynek kizárólag magá-

ra az egyénre vannak káros következményei. A beavatkozás szükséges feltétele ebben a megközelítésben, hogy a magatartás másokra nézve járjon ártalmas következményekkel. A pszichiátriai beteget azonban egy olyan magatartás miatt is megfoszthatják önrendelkezési jogától, amely csak reá tartozik. A kényszerű gondoskodást az alapozza meg, hogy a beteg önmagával szemben nem teljesíti a társadalom által széles körben elfogadott életvezetési normákat.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a kötelező intézeti gyógykezelés elrendelése az egyén szabadságjogainak komoly korlátozását jelenti, ugyanakkor sajátos vonásokkal is bír a szabadságmegvonás más formáihoz viszonyítva. Sajátosságát két vonása adja. Egyrészt, nem feltétele egy konkrét, másokat károsító cselekedet végrehajtása – elegendő lehet a potenciális veszély is, hogy a beteg ilyen cselekedetet fog végrehajtani. Másrészt olyan magatartás is indokolhatja, amely másokra még csak veszélyt sem jelent, csak magára az egyénre irányul. Különleges helyzetet teremt a kötelező pszichiátriai kezelés elrendelésekor a pszichiátriai betegség meglétének bizonyítása is. Itt a bizonytalanságot az okozza, hogy a pszichiátriai diszciplína megosztott mind az egyes magatartásformák diagnosztikai besorolása, mind a terápiás eljárások megítélése tekintetében. Végül növeli a szabadságkorlátozás súlyát, hogy az önkéntes gyógykezeléssel szemben kisebb a mélyreható terápiás haszon esélye, ugyanakkor a betegnek kell viselnie a gyógykezelés negatív hatásait, a hosszú távra kiható hátrányos társadalmi megkülönböztetést is ide értve.

Mindeme megfontolások mellett is, a jog lehetőséget teremt a pszichiátriai betegek kezelésre kötelezésére, nagyobbban ítélve azt a társadalmi és egyéni kárt, amely a kezelés elmaradásából származik, annál, amely az egyén érdekét éri önrendelkezési joga gyakorlásában.

Milyen kötelezettségek hárulnak mindebből az államra? Egyfelől, gondoskodnia kell arról, hogy a pszichiátriai betegek kényszerítéséről csak független és pártatlan testület dönthessen, az indokok kellő mérlegelése alapján és az eljárás során biztosítva a beteg számára a törvény előtti egyenlőséghez és a hatékony védelemhez való jogot. Másfelől, abból kiindulva, hogy a kényszerítésen alapuló kezelés a szabadságkorlátozás súlyos formája, mely ugyanakkor csökkenti a terápiás eredményesség eshetőségét, az államnak biztosítania kell, hogy kötelező gyógykezelésre csak a legszükségesebb esetben kerülhessen sor. Továbbá köteles megteremteni azokat a segítő és gyógyító intézményeket, amelyek könnyen elérhető szolgáltatásokat nyújtanak a pszichiátriai betegeknek. Ezek megléte a garancia arra, hogy a *legkevésbé korlátozó feltételek* mellett érvényesülhessen a pszichiátriai betegek gyógykezeléshez való joga. Az időben felkínált és önkéntességen alapuló gyógykezelésnek elsőbbséget kell élveznie a kötelező gyógykezeléssel szemben, s

az ehhez szükséges feltételeket az államnak kell – a modern közösségi pszichiátria elveit alapul véve – megteremtenie.

## A PSZICHIÁTRIAI INTÉZETI KEZELÉS FAJTÁI

*A) Az önkéntes beteg.* A kezelésre önként vállalkozó pszichiátriai beteg nagyobb terápiás eredményességre számíthat, és a gyógykezeléshez fűződő jogaival is szabadabban rendelkezhet. Így a cél mindenképpen az, hogy a mentális zavarokkal küzdők minél előbb és önként keressenek segítséget. A tervezet szerint azok a pszichiátriai betegek, akik önkéntes nyilatkozatot tesznek, saját kérésükre intézeti gyógykezelésbe vehetők.

Fontos garanciális elem a tervezetben, hogy érvényes nyilatkozatot csak cselekvőképességű beteg tehet. Amikor cselekvőképtelen beteg vagy a beteg törvényes képviselője kéri az intézeti gyógykezelést, akkor az intézet vezetőjének értesítése nyomán a bíróság kiszáll és megvizsgálja, hogy a kezelés feltételei fennállnak-e. Ez az eljárás az olyan veszélyeket hi-

vátott kizárni, mint amikor egy idős, zavart állapotú beteg, akit hozzátartozója beszállít a kórházba, formailag önkéntes nyilatkozatot tesz úgy, hogy esetleg azt sem tudja, mit ír alá. Ha valaki pszichiátriai betegsége folytán cselekvőképtelen, akkor gyógykezeléséről sem tud kompetens döntést hozni. A beteg gyógykezeléshez fűződő jogát a garanciális elem beépítése nem sérti meg, hiszen a felvétel megtörténik, de a bíróság utólagos eljárása megszünteti annak lehetőségét, hogy visszaélés történjen, vagy utóbb jogvita támadjon az önkéntes nyilatkozat érvényességéről.

*B) A kezelésre kötelezett beteg.* A tervezet megteremti a jogi feltételeket ahhoz, hogy a pszichiátriai betegeket akaratuk ellenére gyógykezelésbe vegyék, ha erre saját vagy mások érdekei elégséges okot szolgáltatnak. A tervezet számol mind az állam közhatalmi funkcióinál fogva gyakorolt rendelkezési jogával – mások életének, testi épségének védelme érdekében felléphet –, mind az állam gondoskodó gyámként való intézkedési jogával – eljárhat az önmagáról gondoskodni képtelen beteg ellátása érdekében. Számol a tervezet azzal is, hogy adódnak helyzetek, amikor az orvosi vizsgálat azonnali intézeti gyógykezelés szükségességét állapítja meg, és ilyenkor nincs idő rá, hogy a bírósági

eljárást még a felvétel előtt lefolytassák. Ennek megfelelően a törvény a kezelésre kötelezés két formáját ismeri el: az egyik esetben a bíróság határozata nyomán kerül sor a pszichiátriai intézeti gyógykezelés megkezdésére, a másik esetben – a közvetlen veszélyeztetés miatt – sürgősséggel beszállítják a beteget, és a bíróság csak ezt követően kezd vizsgálódni.

A tervezet lehetővé teszi, hogy amennyiben a közvetlen veszélyeztető állapot csak azonnali intézeti gyógykezelésbe-vételrel hárátható el, akkor – kizárólag orvos vizsgálata alapján – *előzetes bírói döntés nélkül* szállítsák intézetbe a beteget. A sürgősségi gyógykezelés elrendelésének indokoltságáról a bíróság utólag hoz döntést, a felvételt követő 72 órán belül.

A bírósági döntés meghozatalára azért szükséges rövid határidőt szabni, mert az utólagos kontrollon a beszállított személy már a gyógyító intézmény betegként, többnyire kórházi ruhában és gyógyszerek hatása alatt jelenik meg, s ezért ilyenkor mindenképpen gyengébbek az indokolatlan kötelezés elleni biztosítékok, mintha a bírói döntés megelőzi a beszállítást. Nyilván ezt ellensúlyozandó került a tervezetbe az a további kikötés is, hogy a tünetek csillapításán túl lehetőleg ne kezdjenek olyan kezelést, amely lehetetlenné tenné, hogy a bíróság vizsgálni tudja a beteg mentális állapotát, s hogy a beteg elő tudja adni, amit saját ügyéről gondol.

Előfordul, hogy a sürgősségi beszállítás nem indokolt ugyan, de a beteg kritikus állapotban van: például képtelen ellátni önmagát, kezelésre szorulna, s a kezelés elmaradása esetén egészsége súlyosan károsodhat. A tervezet lehetőséget teremt arra, hogy ilyenkor a *pszichiátriai gondozó intézet kezdeményezze a bíróságnál a gyógykezelés elrendelését*. Ebbe a körbe elsősorban azok az esetek tartoznak, amikor a mások életére közvetlen veszélyt nem jelentő, de kezelésre szoruló betegről az állam – a *parens patriae* elv alapján – gondoskodik. Természetesen itt is vezérlő elv kell legyen, hogy az eljárást csak akkor szabad megindítani, ha egyfelől a beteg nem nyerhető meg a gyógykezelés önkéntes vállalására, másfelől a kezelés hiányában egészségét, testi épségét súlyos veszély fenyegeti. Ilyen esetekben a bíróság 15 napon belül dönt, a beteg meghallgatása és független orvosszakértő véleményének beszerzése után.

A kötelező gyógykezelésnek ez a formája – amikor tehát az intézeti felvételt megelőzően határoz a bíróság –, már az egészségügyi törvény 1994-es módosítása óta létezik.<sup>2</sup> Az eltelt három évben azonban nem igen került sor alkalmazására. Az orvosok szinte kizárólag sürgősségi beszállítást kérnek, s a bíróság csak post factum ismerkedik meg az esettel. Márpedig alig

hihető, hogy valahányszor akarata ellenére kell egy pszichiátriai beteget kórházban gyógyítani, olyan súlyos veszélyhelyzet áll fenn, hogy ne lehetne előzetes bírósági eljárást kezdeményezni. Megoldásokat kellene keresni arra, hogy ezek a fontos jogvédő intézmények valóban betölthessék feladatukat. Segítséget jelentene, ha az orvosok, bírák, ügyvédek megfelelő képzésben részesülhetnének, hiszen a pszichiátriai gondozók és a bíróságok kapcsolatának nálunk nincs hagyománya. Így a képzés abban is segítséget nyújtana, hogy a gyógyító intézmények és a bíróságok között kiépüljenek az együttműködéshez szükséges kapcsolatok. Tapasztalataink szerint maguk a jogszabályok sem kellőképpen ismertek az egészségügyi intézményekben.

## A KEZELÉSRE KÖTELEZÉS TÖRVÉNYI FELTÉTELEI

A pszichiátriai intézeti gyógykezelés egyetlen törvényes célja a beteg gyógykezelése lehet. A betegség tényén kívül további feltétel, hogy a kezelés formája megfeleljen a beteg állapotának, ne legyen korlátozóbb, mint amit az állapota megkíván, továbbá a gyógykezeléstől eredmény legyen várható. Nem szabad beutalni azt a beteget, akinek állapotán nem lehet segíteni kórházi gyógykezeléssel, de azt a beteget sem, akinek állapotán kevesebb korlátozással járó – például ambuláns – kezelési formákkal is segíteni lehet.

*A) Pszichiátriai betegség megléte.* A tervezet a kötelező gyógykezelés bírói elrendelését – egyebek között – ahhoz a feltételhez köti, hogy megállapítsák a pszichiátriai betegség tényét. Ugyanakkor a törvény nem tartalmaz meghatározást arról, hogy mi minősül pszichiátriai betegségnek. Még körvonalazatlanabbak a beszállítás feltételei ott, ahol a tervezet nem bírói döntéshez, hanem – a sürgős szükségre való hivatkozással – pusztán orvosi vizsgálathoz köti a beszállítást. Az utóbbi esetben a „pszichés állapot” kifejezést adja meg a tervezet az elrendelés egyik feltételeként. Mint már láttuk, a kötelező intézeti gyógykezelés a gyakorlatban szinte mindig sürgősségi beszállítással kezdődik. Könnyen belátható tehát, mennyire aggályos, hogy egy súlyos szabadságkorlátozásnak minősülő intézkedést ilyen tág meghatározás alapján rendelhetnek el. Nem segíti sem a törvény alkalmazóit, sem a jogukat érvényesíteni kívánó „szenvedő alanyait”, hogy a „pszichés állapot” ugyancsak nem szerepel a fogalmi definíciók között.

A tervezetnek az egészségügyi ellátó rendszert leíró fejezete foglalja össze, hogyan szállíthatják be az

intézetbe az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló beteget. Itt az áll, hogy a beszállításra – egyebek között – „heveny tudatzavar” esetén kerülhet sor. A „pszichiátriai betegség” és a „pszichés zavar” közelebbről meg nem határozott kategóriái mellett a „heveny tudatzavar” az elmeműködés deficitjének harmadik olyan formája, amely a tervezet szerint a beszállítás kiindulópontja lehet.

A kötelező intézeti gyógykezelés feltételeit – minthogy szabadságkorlátozó kényszerintézkedésről van szó – a törvénynek pontosan rögzítenie kellene. Meg kellene adnia a beszállítás alapjául szolgáló betegség fogalmát, és elő kellene írnia, hogy a diagnózis megalkotásához vezető tényeket és megfigyeléseket az egészségügyi dokumentumokban részletesen rögzítsék. Meg kellene követelnie továbbá, hogy az egyes diagnosztikai kategóriákat a modern pszichiátria eszköztárát igénybe véve, orvosi vizsgálatokkal, diagnosztikai skálák felállításával, pszichológiai tesztek elvégzésével igazolják.

A pszichiátriai betegség mellett önálló kategóriaként jelenik meg a tervezetben a szenvedélybetegség: ez is elégséges indok lehet arra, hogy valakit akarat ellenére intézetbe szállítsanak. Magyarországon a törvény évtizedeken át lehetőséget adott rá, hogy az alkoholfüggőket kötelező gyógykezelésnek vessék alá. Ez az intézmény azonban hatástalannak bizonyult, és eltörölték. Most új köntösben jelenik meg, kiterjesztve immár valamennyi tudatformáló szer használatára – függetlenül attól, hogy milyen mértékű a szertől való függőségük –, valamint egyes magatartásformák kényszeres gyakorlóira is.

Ha valaki egy szer vagy tevékenység rabja, és ezért saját egészségét veszélyezteti, ez még nem hatalmazza föl az államot, hogy megfossa az illetőt a szabadságától. Ilyen intézkedést a szenvedélybetegség ténye önmagában nem alapoz meg; csak abban az esetben van alap a kényszerintézkedésre, ha a függőség talaján pszichotikus állapot (elmezavar) alakul ki. Ezt azonban a tervezet külön tárgyalás nélkül is lehetővé teszi.

Az az ember, aki naponta több szál cigarettát elszív, noha korábban tüdődaganattal operálták, mindenben megfelel a tervezetben foglalt feltételeknek: kétségkívül szenvedélybeteg, és cselekedetei súlyos veszélyt jelentenek saját egészségére. Mégsem gondolnánk, hogy pszichiátriai intézetbe kell szállítani őt. Nem világos, végiggondolták-e a tervezet készítői, hogy aki estéről estére a rulettasztal mellett izgul, és minden ésszerűséggel dacolva családja egész vagyonát eljuttassa, szintén szenvedélybeteg. De a szenvedélybetegség körébe sorolják azt is, aki munkájától kerül függőségbe, s nem képes semmi időt pihenésnek, személyes kapcsolatoknak, szórakozásnak szen-

telni. Természetesen az ilyen ember is súlyos veszélyt jelent saját egészségére. Némelyekből elismerést, másokból furcsállást vált ki, ha egy embert efféle hevület fűt a munkája iránt, de keveseknek jutna eszébe, hogy kötelező intézeti gyógykezelésnek kellene alávetni az illetőt.

De talán a tervezet készítői kizárólag az *illegális* drogok fogyasztóinak kötelező gyógykezelésére kívántak törvényi alapot teremteni, amikor a szenvedélybetegségeket a kötelezés feltételei között tárgyalták. Ha ez volt a céljuk, akkor szerencsésebb lett volna egyértelműbben fogalmazniuk, mert a szenvedélybetegség terápiás fogalom, az addiktológiában és a pszichoterápiában használatos, ahol kizárólag az egyes szerek veszélyességét, függőségképző hatását, valamint a fogyasztónak a szerrel való kapcsolatát vizsgálják. Ez a megközelítés semleges a drogok jogi státusza iránt, nem a legalitás-illegalitás határvonala mentén tesz különbséget, hanem a függőség veszélyének megléte vagy hiánya alapján.

A drogfüggő személyek gyógykezelésére megfelelő intézményeket kell teremteni: kisebb detoxikáló egységeket, ambulanciákat, rehabilitációs programokat. A pszichiátriai osztályok nem alkalmasak e feladatok ellátására, és nem is szívesen vállalkoznak rá. Így jelenleg, amikor még csak kiépülőben vannak a drogfüggőket ellátni hivatott addiktológiai szakintézmények, és különösen a kórházi detoxikálás terén igen nagy hiány mutatkozik, a pszichiátriai osztályok e feladatokból csak jelentéktelen részt képesek és hajlandók vállalni. Ám a tervezet – ahelyett, hogy a szakintézmények fejlesztéséről gondoskodna – e feladatot, még hozzá kötelező gyógykezelés formájában, a vonakodó pszichiátriai osztályokra ruházza.

*B) A veszélyeztető állapot.* A mentális betegség megléte önmagában még nem elégséges ok a beteg kényszerítésére. A kényszer alkalmazása akkor igazolható, ha a betegség nyomán veszélyeztető helyzet alakul ki. Akárcsak a pszichiátriai betegségek fogalma, a veszélyeztetés is meglehetősen tág értelmezést kapott a tervezetben. A veszélyeztetés ugyanis éppúgy irányulhat a beteg saját testi épségére és egészségére, mint más emberekére, valamint a környezetre. A testi épség veszélyeztetése nem kötődik konkrét cselekedethez; elég, ha az ilyen cselekedet pusztán kockázata fennáll. Még tágabb a tér az önkényes értelmezés számára ott, ahol az egészség veszélyeztetéséről van szó. Kérdés továbbá, hogy a materiális környezet védelme olyan prioritást élvez-e, hogy ennek veszélyeztetése esetén egy embert „pszichés állapotára” hivatkozva intézetbe lehessen szállítani.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a tervezet a pszichiátriai betegség és a veszélyeztető állapot

együttes meglétét írja elő a kötelező gyógykezelés törvényes feltételeként. Ugyanakkor adós marad a pszichiátriai betegség fogalmával – illetve különböző helyeken különböző, definiálatlan terminusokat szerepeltet: „pszichés állapot”, „tudatzavar” stb. –, a veszélyeztetést pedig túl szélesen értelmezi, amikor kiterjeszti a környezeti károk okozásának veszélyére is. Továbbá, nemcsak pszichiátriai betegség, de szenvedélybetegség esetén is törvényesnek ítéli a kezelés kötelező elrendelését, noha a szenvedélybetegség sokféle fogyasztási szokás és magatartás gyűjtőneve, s mint ilyen önmagában nem szolgálhat pszichiátriai kényszerintézkedés alapjául. A szenvedélybetegek ellátását addiktológiai intézményekben, az addiktológiai szakma alapelveit követve kell megoldani.

### A GYÓGYKEZELÉS ELRENDELÉSÉRE IRÁNYULÓ BÍRÓSÁGI ELJÁRÁS

A bíróságnak arról kell döntést hoznia, hogy fennállnak-e az intézeti gyógykezelés elrendelésének feltételei. A bírói eljárásra, mint láttuk, vagy a pszichiátriai gondozó intézet kezdeményezésére, előzetesen kerül sor, vagy a sürgősségi beállítást követően. A bíróság független igazságügyi elmeorvos-szakértőtől kér szakvéleményt, valamint meghallgatja az intézet orvosát és a beteget.

A bíró feladata nem merül ki abban, hogy az eljárást a törvényes keretek betartásával lefolytassa, ügyelve arra, nehogy súlyosan jogsértő intézkedésre kerüljön sor. Önálló ítéletet kell alkotnia arról, hogy az érintett egyén valóban pszichiátriai beteg-e, és állapota indokolja-e az intézeti gyógykezelést. Ha ezt nem teszi, akkor a döntés minden esetben a vizsgálatot lefolytató orvos véleményén és csakis azon fog alapulni, s bár a legdurvább jogsértéseket így is kizárhatja, a tévedés lehetőségének csökkentéséhez nem tud hozzájárulni.

Nincs könnyű helyzetben a bíró, ha az orvosok véleményével ellentétes döntést látna indokoltnak. Segítené a bírók munkáját, ha az eljárás során gyakrabban élnének azzal a lehetőséggel, hogy meghallgassák a szakorvosi véleményt kiállító pszichiátert – legalább azokban az esetekben, amikor az iratokból nem alakul ki eléggé meggyőző kép, vagy amikor ellentmondások tapasztalhatóak a tényként rögzített megfigyelések között –, mert ebben az esetben kérdéseket tehetne föl arra nézve, hogy milyen orvosi tényeken ala-

pul a diagnózis megállapítása. Nehezíti a tények mérlegelését, hogy a – különösen a sürgősségi esetekben – rövid határidő (a beállításról szóló értesítés kézhezvételétől számított 72 órán belül kell a bírói határozatnak megszületnie) nem ad módot tanúk meghallgatására. A pszichiátriai betegek esetében különösen gyakori, hogy a beteg dokumentációja a környezetéből származó kijelentéseket idéz a veszélyeztetett állapot igazolására. „X elmondása szerint a beteg életveszélyesen fenyegetőzött, zaklatta az önkormányzati képviselőt”, vagy „Y elmondása szerint az időskorú beteg bolyongott az utcán, zavartan viselkedett”. Ezek a kijelentések azután medikális külsőt kapva kerülnek be a beteg állapotának orvosi leírásába; így lesz a „fenyegetőzés”-ből „agresszió”, a „zavart viselkedés”-ből a „térbeli és időbeli orientáció hiánya”. Ilyen kijelentések csak akkor szerepelhetnének bizonyítékként az eljárásban, ha azokat az érintett személynek módjában lenne vitatni a bíróság előtt. A bírót csak az segítené az önálló véleményalkotásban, s a beteg jogainak érvényesítését csak az garantálná, ha az eljárás nem elsődlegesen „papírmunka” lenne, hanem az érintetteket – a beteget, a vizsgáló orvost, a családtagokat és tanúkat – a bíróság személyesen is meghallgathatná, módot nyerve állításaik vizsgálatára. Igaz, a beteget a tervezet szerint így is minden esetben személyesen meg kell hallgatnia a bíróságnak.

Erős indokok szóltak amellett, hogy az időtartamot mégis szűkre szabják. Ha ugyanis valakit napokon át gyógyszeres kezelésben részesítenek, akkor utóbb nem lehet bizonyosságot szerezni arról, hogy fennálltak-e a kezelés megkezdésének törvényes feltételei. Ezért az eljárást a lehető leghamarabb le kell folytatni. A tervezet arról is rendelkezik, hogy a meghallgatásig ne kezdjenek olyan gyógykezelést – itt elsősorban a nagyhatású gyógyszeres kezelésekre kell gondolni, nem a tünetek enyhítését szolgáló nyugtatásra – mely lehetetlenné teszi, hogy a bíró a meghallgatáson a beteg pszichés állapotát megítélje. Az erősen begyógyszerezett beteg nem képes arra, hogy álláspontját kifejtse a bíróság előtt.

A tervezet előírja, hogy az érintett számára biztosítani kell a megfelelő képviselőt. A képviselő lehet a beteg által meghatalmazott személy, betegjogi képviselő is elláthatja ezt a feladatot, illetve a bíróság ügygondnokot rendelhet ki. A tervezet úgy fogalmaz, hogy a bírósági meghallgatás előtt a képviselőt ellátó személynek tájékozódnia kell a beállítás körülményeiről, és tájé-

AKI KÉPET AKAR ALKOTNI MAGÁNAK ARRÓL, MIT JELENTHET MAGYARORSZÁGON A PSZICHIÁTRIAI BETEG MOZGÁSI SZABADSÁGÁNAK KORLÁTOZÁSA, AZ GONDOLJON A FEKETE DOBOZ AKSLÉ EGYUJJAS CÍMŰ FILMJÉRE, AHOL ELMESZOCIALIS OTTHONOK LAKÓIT LÁTHATTA RÁCSOKKAL KETRECCÉ ALAKÍTOTT ÁGYBAN, MELYBEN MÉG FELÁLLNI SEM LEHET.

kozthatnia kell a gyógykezelést az eljárással kapcsolatos jogairól. Ez igen nagy előrelépés a korábbi gyakorlathoz képest, mivel a képviselőnek még a meghallgatás előtt személyesen is beszélnie kell az érintettel. Nem fordulhat elő, ami eddig a esetek többségében történt, hogy a betegnek reggel szólnak, hogy ma a bíró meghallgatja. Ilyenkor a beteg azt sem tudja pontosan, mi a célja a meghallgatásának, kik vesznek részt az eljárásban. Beterelek egy szobába, ahol az ott ülőkről azt sem tudja, ki a bíró, ki az orvoszakértő, arról pedig végképp sejtelve sincs, hogy a harmadik jelenlévő az ő jogi képviselőjét látja el...

Célszerű volna, ha a törvény arról is rendelkezne, hogy a beteg képviselőjének jogában áll betekinteni a beszállítással és gyógykezeléssel kapcsolatos minden iratba, és jogában áll az iratokról másolatot kérni. Csak így tudhatja meg, milyen tényekre hivatkozva kéri a bíróság döntését, csak így beszélheti meg az abban leírtakat a beteggel. Ez teremt lehetőséget arra, hogy a beteg a bíróság előtt vitassa a tévedéseket, illetve hogy a leírtakkal szembeni érveit előadja. Ha sem a képviselő, sem a beteg nem ismeri előre, mire kívánnak hivatkozni az eljárásban, milyen megállapításokat tett az orvoszakértő, nincs módjuk védekezni a másik oldal indoklásával szemben.

A törvényalkotók célja nyilvánvalóan az, hogy a kötelező gyógykezelés elrendeléséről független és pártatlan testület döntsön, s hogy az eljárásban az érintett a jogegyenlőség kívánalmának megfelelő, széleskörű jogokat élvezzen érdekei képviseletére. Ám e szándék csak akkor valósulhat meg, ha a feleket kellőképpen felkészítik a feladatra. A beteget időben értesíteni kell a bírósági meghallgatásról, és tájékoztatni kell őt az eljárás céljáról és szabályairól. Lehetőséget kell kapnia arra, hogy kérdéseket tegyen föl, s azokra választ kapjon. Erre vonatkozóan a betegjogi képviselők kaphatnának megbízatást. A bírók, ügygondnokok számára képzési lehetőségeket kell teremteni, hogy az új jogintézmény hatékony működtetésére megfelelően felkészülhessenek.

A bíróságok számára biztosítani kell a bírók díjazásához szükséges keretet. Ennek híján egyetlen bíró alkalmanként 20-30 beteget hallgat meg, s így percek alatt kényszerül dönten. Egyéb fizikai feltételek hiánya is nehezíti a bíróságok tevékenységét. A bírósági meghallgatásokra szinte kizárólag a pszichiátriai intézményekben kerül sor, ahol a bíró a főorvosi szobában, megtúrt vendégként végzi munkáját. A törvénynek elő kellene írnia, hogy az eljárást olyan helyiségben folytassák le, ahol a bíróság a gyógyító intézménytől független hatalomként jelenik meg; képletesen szólva: ahol a falon a bíróság emblémája függ, nem a főorvos oklevele. Rendelkezni kellene arról is, hogy az érintettek utcai ruhában jelenhessenek meg

a bíró előtt, mert a pizsamában, netán egyenesen a kórházi ágyban zajló meghallgatás döntő hatással van a felek viselkedésére és értékalkotására.

*A bíróság a kötelező gyógykezelésre irányuló indítvány elbírálásakor alapos vizsgálódás után arról dönt, hogy vizsgálós és egyértelmű bizonyítékok támasztják-e alá a gyógykezelésnek a beteg akarata ellenére történő elrendelését.* Feladata ellátásához meg kell kapnia a szükséges segítséget; különben mindössze annyi történik, hogy a beteg dokumentációjában az orvos pecsétje mellett ott fog díszlegni a bírójé is.

## A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK JOGAIRA VONATKOZÓ KÜLÖNÖS SZABÁLYOK

A pszichiátriai betegeket gyógykezelésük során főszebályként megilletik az általános betegjogok: így joguk van ahhoz, hogy a gyógykezelés csakis tájékoztatásuk és beleegyezésük alapján vegye kezdetét. Mi indokolja ilyen körülmények között, hogy külön fejezet foglalkozzon a csak rájuk vonatkozó speciális szabályokkal? A törvényalkotó három szempontra figyelemmel állapított meg speciális szabályokat. A pszichiátriai betegek kötelezhetők a gyógykezelés eltűrésére, velük szemben kényszerítő eszközök használatára kerülhet sor, betegségük következtében elveszítetik cselekvőképességüket.

*A) Jog a tájékoztatáshoz és a beleegyezéshez.* A tervezet a kötelező gyógykezelés esetében csak a veszélyeztetett állapot idejére engedi meg, hogy eltekintsenek a beteg beleegyezésétől. Más szóval, érvényes bírósági határozat sem indokolja, hogy a veszélyeztetett állapot elmúltával a beteget továbbra is beleegyezése nélkül vessék alá orvosi beavatkozásnak. Amíg azonban fennáll a veszélyeztetett állapot, addig a tájékoztatás is elmaradhat.

*B) A kényszerítés.* A kényszerítő eszközök használatát is a veszélyeztetéshez köti a tervezet, jóllehet magát a „kényszerítés” kifejezést kerüli, ehelyett „mozgási szabadság korlátozásáról” beszél. A kényszerítést ugyanakkor nem köti veszélyeztetett cselekedethez, elegendőnek tartja, hogy a betegre vagy a környezetében élőkre súlyos veszélyt jelentő cselekedet eshetősége fennálljon.

Aki képet akar alkotni magának arról, mit jelenthet Magyarországon a pszichiátriai beteg mozgási szabadságának korlátozása, az gondoljon a Fekete Doboz *Akslé egyujjas* című filmjére, ahol elmeszociális otthonok lakóit láthatta rácsokkal ketreccé alakított ágyban, melyben még felállni sem lehet. Olvasson bele az állampolgári jogok biztosának vizsgálati beszámoló

lójába,<sup>3</sup> vagy a *Rosenthal*-jelentésbe:<sup>4</sup> megtudhatja, hogy elmeszociális otthonokban alkalmanként, büntetésből, vagy akár hónapokon át tartanak embereket ilyen módon ketrecbe zárva. Tudnia kell, hogy a „hálós ágyak” használata a pszichiátriai osztályokon sem ismeretlen. Továbbá jó lesz, ha felidéri azoknak az idős betegeknek a képét, akik sivár folyosókon lepedővel a székhez kötözve, a semmibe révedő tekintettel töltik teljes tétlenségben napjaikat.

Ha ezt a tudást szem előtt tartjuk, akkor azt kell mondanunk, hogy a törvénynek sokkal egyértelműbben kellene szabályoznia a mozgási szabadság korlátozását, mint azt a tervezet teszi. Szűkebb feltételekhez kellene kötni a kényszerítés lehetőségét. Rendelkezni kellene arról, milyen eszközök használata megengedett a pszichiátriai intézményekben. Tisztázni kellene például, hogy az elfogadható kényszerítő eszközök közé tartozik-e a „hálós ágy”. Nem szabad a pszichiátriai intézmény megítélésére bízni, hogy mi minősül kényszerítő eszköznek; erről kizárólag a pszichiátriai szakkollégiumnak volna szabad döntenie, s az általa adott meghatározásnak be kellene kerülnie a törvény szövegébe is.

Időbeli korlátot kellene szabni a kényszerítésnek, méghozzá legfeljebb órákban mérhető. Rendelkezni kell arról is, hogy ezalatt időszakonként meg kell nézni a beteget, testi szükségleteiről gondoskodni kell. Elő kell írni, hogy a beteg nem szenvedhet sérüléseket a kényszerítés következtében. Akit az ágyához kötöznek, nem tud vécére menni, de még egy pohár vizet sem tud meginni. Akinek a csuklóit, bokáit szoros kötéssel rögzítik, az csúnya horzsolásokat szenved, egyre kínzóbb fájdalmat érez. Mindez ma bevett gyakorlat, és éppen ezért a törvénynek kell gondoskodnia róla, hogy a jövőben ilyesmi ne fordulhasson elő.

*C) Az egészségügyi iratok megismerésének joga.* A tervezet megengedi, hogy korlátozzák a pszichiátriai betegek jogát orvosi dokumentációjuk megismerésére. Indoklasképpen két érdekre hivatkozik: a beteg gyógyulásának zavartalanságára és más személy személyiségi jogainak védelmére. Valóban elképzelhető, hogy egyes megállapítások veszélyeztethetik a beteg gyógyulását, ugyanakkor féltő, hogy – mintegy az eddigi gyakorlat folytatásaképpen – a kivétel lesz a főszabály. Az is lehetséges, hogy valóban védeni kell harmadik személyek jogait – például azét az emberét, akinek a bejelentése alapján sor került a beszállításra –, ám ez csak a rá vonatkozó rész külön kezelését kívánná meg, nem indokolja, hogy a beteg számára a dokumentáció egészét hozzáférhetetlenné tegyék. A beteg törvényes képviselője számára pedig korlátlan betekintést kellene biztosítani a dokumentumok-

ba; ellenkező esetben nem tudja vitatni a bennük foglaltakat. Nincs a jognak olyan területe, ahol szabadságkorlátozást olyan vallomások, bizonyítékok alapján lehetne elrendelni, melyek megismerésére, vitatására az érintettnek nincsen lehetősége.

*D) A kapcsolattartás joga.* Kizárólag a pszichiátriai betegekre vonatkozó, speciális szabály az is, hogy megtiltható számukra a külvilággal való kapcsolattartás. Pedig könnyen belátható, milyen erős szükséglete lehet a pszichiátriai osztályra beszállított betegek, hogy barátaitól, hozzátartozóitól érzelmi támogatást kapjon, hogy oldódjon benne a kirekesztés, az ellehetetlenülés érzete. Van továbbá a kapcsolatoknak egy olyan köre, melyek megtiltására semmilyen körülmények 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. A törvénynek – a tervezettől eltérően – le kellene szögeznie, hogy az egyházak képviselőivel, valamint a jogvédő intézményekkel és a beteg képviselőjében eljáró személyekkel (betegjogi képviselő, törvényes képviselő, meghatalmazott képviselő) való kapcsolattartást nem szabad akadályozni.

## A CSELEKVŐKÉPTELEN BETEG

Noha a tervezet a betegjogokról szóló fejezetében az egyes jogok gyakorlása tekintetében különbséget tesz aközött, hogy a beteg cselekvőképese-e vagy sem, nem ad fogalmi meghatározást arra nézve, hogy az egészségügyi törvény szempontjából mi a cselekvőképétlenség kritériuma, és ki hivatott a gyógykezelése időtartamára cselekvőképétlenné nyilvánítani a beteget.

A Polgári Törvénykönyv meghatározásában az a személy minősül cselekvőképétlenné, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége teljesen hiányzik. A cselekvőképétlenségnek három esete van. Megállapíthatja a cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyező bírósági határozat. Gondnokság alá helyezés nélkül, állapotánál fogva is minősülhet valaki cselekvőképétlenné. Végül életkora szerint cselekvőképétlen az, aki tizennegyedik életévét még nem töltötte be.<sup>5</sup>

A pszichiátriai betegség következtében a beteg hosszabb-rövidebb időre elveszítheti azt a képességet, hogy saját ügyeiben kompetens döntést hozzon, mérlegelési képessége sérülhet. Ezért két súlyos kérdéssel is szembe kell nézni. Először: ki döntheti el, hogy képes-e a beteg racionális mérlegelésen alapuló döntést hozni a saját gyógykezelése ügyében. Má-



sodszor, ha a válasz nemleges, megilletik-e még a pszichiátriai beteget az általános betegjogok, vagy ezek gyakorlásától meg lehet őt fosztani.

A tervezet nem határozza meg, mikor minősül egy pszichiátriai beteg cselekvőképtelenségnek. Nyilvánvalóan annak tekintendő, ha a bíróság cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezte. Azokban az esetekben, amikor nincs ilyen határozat, de a gyógykezelést elrendelő bíróság a cselekvőképességet észleli, a tervezet szerint értesítenie kell az illetékes gyámhatóságot. Ez annyit jelent, hogy a gyámhatóság az arra illetékes bíróságnál kezdeményezi a gondnokság alá helyezési eljárást. Így csak hónapok múltán jut a cselekvőképtelen beteg törvényes képviselőhez. Addigra már minden valószínűség szerint elhagyta a kórházat.

Egyszerűen, a tervezet által kínált megoldás a cselekvőképtelen betegek egy részét – azokat, akiket a bíróság nem helyezett gondnokság alá – a gyógykezelés során képviselő nélkül hagyja. Nem világos továbbá, hogy ezekben az esetekben a gyógykezelő intézmény dönti-e el, hogy a beteg cselekvőképtelen. Mindezen problémákra az jelentene megoldást, ha a beteg cselekvőképességéről is a gyógykezelés elrendelésének ügyében eljáró bíróság döntene. Akár a kötelező gyógykezelés elrendelésekor, akár később, a kezelés során merül fel a gyanú, hogy a beteg híján van belátási képességének, mindenképpen a kötelezés tárgyában eljáró bíróság lenne hivatott a cselekvőképtelenség megállapítására. A döntés az intézeti gyógykezelés időtartamára vonatkozna, és abban is eligazítana, hogy ki jogosult a beteg érdekeinek védelmében eljárni. A javasolt megoldás összhangban áll azokkal a kívánalmakkal, amelyeket jogállamban az efféle problémák megoldásának ki kell elégítenie: *cselekvőképességétől senkit másként, mint bírói határozattal, megfosztani nem lehet; a cselekvőképtelen beteg nevében kinevezett képviselője jogosult a betegjogokat gyakorolni.*

A törvény megalkotásakor azzal is számolni kell, hogy a cselekvőképességet kizáró gondnokság intézménye elavult és átdolgozásra szorul. Nem felel meg a demokratikus jogelveknek, és nem szolgálja a pszichiátriai betegek érdekeinek védelmét. Erre legutóbb az állampolgári jogok országgyűlési biztosa hívta föl a figyelmet.<sup>6</sup> A bíróságok általános döntési képességét állapítanak meg, nincs mód annak mérlegelésére, hogy a beteg milyen fajta ügyekben nem tud racionális mérlegelésen alapuló döntést hozni. Így egyes területeken szükségtelenül korlátozzák őt, míg más ügyekben – legfőképpen a gyógykezelés tekintetében – érdemi képviselő nélkül hagyják, mivel a pénzügyek és anyagi javak ügyében eljáró gondnok nincs felkészítve arra, hogy a gyógyítás ügyeiről döntsön – ezek a kérdések az orvosokra maradnak. A bíróságok a gondnokok kinevezését és munkájuk ellenőrzését átengedik az önkormányzatoknak. Így a beteg annál az önkormányzatnál kénytelen panaszkodni hivatásos gondnokára, aki egyben a gondnok munkáltatója is. A bíróság nem vizsgálja fölül időről időre a beteg döntési kompetenciájáról hozott döntését, ami ugyancsak indokolatlan jogfosztáshoz vezet.

Ha a gyógykezelés ügyében eljáró bíróság dönthetne a beteg kompetenciájáról is, akkor azt vizsgálná, képes-e a beteg megérteni a gyógykezelése indokoltságát és tényeit, továbbá választani a lehetséges beavatkozási formák közül. Így – szemben a gondnokság alá helyezési ügyekben eljáró bíróságokkal – nem az élet minden területére kiterjedő általános döntési képességet állapítana meg, ráadásul lényegében korlátlan időre, hanem az adott problémakörre – a gyógykezelésre – vonatkozó döntési képességről határozná, arról is időbeni korlátok között, a gyógykezelés időtartamára. Nem fosztaná meg a beteget az őt megillető jogoktól, hanem e jogok gyakorlását arra a személyre ruházná rá, akit a beteg korábbi nyilatkozatában erre a feladatra megjelölt, vagy ilyen nyilatkozat hiányában arra, aki e képviselő betöltésében tapasztalattal bír (például betegjogi képviselőre).

A) *A cselekvőképtelen beteg és a tájékoztatáshoz való jog.* A tervezet előírja, hogy a gyógykezelés során a beteget folyamatosan tájékoztatni kell egészségi állapotáról. A cselekvőképtelen betegről úgy nyilatkozik, hogy az ő esetében a képviselőtében eljáró személyt köteles a gyógyító intézmény tájékoztatni. Nem nyilatkozik azonban arról, vajon ez úgy értendő-e, hogy a beteg tájékoztatása mellőzhető. Egy másik helyen, az önrendelkezési jogról szóló alfejezetben, kimondja a tervezet, hogy a beteg közvetlen tájékoztatása még azokban az esetekben sem maradhat el, amikor a beteg beleegyezési jogát törvényes képviselője gyakorolja. Szerencsés volna, ha ezt a követelményt a tájékoztatásról szóló alfejezet is leszögezné.

B) *A cselekvőképtelen beteg és az önrendelkezéshez való jog.* A tervezet az alapvető célok közé sorolja, hogy megkülönböztetés nélkül valamennyi beteg számára biztosítani kell az önrendelkezéshez való jogot. A beavatkozások elvégzésének feltétele tehát a beteg beleegyezése.

A tervezet elismeri a beteg jogát, hogy esetleges cselekvőképtelensége esetére megnevezze azt a személyt, akit képviselőtére feljogosít. Sőt, azt a jogát is megállapítja, hogy nyilatkozatában általános érvénnyel megtiltsa egyes vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat. Úgy intézkedik, hogy a beteget kórházi felvételekor tájékoztatni kell a személyes rendel-

kezés jogáról és a hozzájárulás megadására jogosult személy kijelölésének lehetőségéről.

Az invazív beavatkozások körében, feltéve, hogy a betegnek nincs megnevezett képviselője, a tervezet szerint a közeli hozzátartozókat illeti meg a beleegyezés joga, mégpedig a törvény által meghatározott sorrendben. A gondnokság alá helyezett beteg helyett gondnoka gyakorolja az önrendelkezési jogot. Ez nem megnyugtató megoldás, hiszen a gondnokok jó része nem családtag, hanem az önkormányzat alkalmazásában álló hivatásos gondnok, akit a beteg pénzügyeinek és anyagi természetű problémáinak vitelére bíztak meg. A hivatásos gondnok nincs felkészülve arra, hogy gyógykezelési ügyekben döntéseket hozzon.

A tervezet általánosságban beszél cselekvőképességet érintő gondnokság alá helyezett betegről, jóllehet ennek az intézménynek két formája van. A cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezett személynek minden jognyilatkozata semmis, a cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezett személy viszont a személyét érintő ügyek egy részében önállóan dönthet. A fenti megkülönböztetés hiánya miatt a tervezet értelmében a cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezett beteg sem dönthet saját gyógykezeléséről, ami nem áll összhangban a korlátozott cselekvőképesség Polgári Törvénykönyvben szereplő meghatározásával. A Ptk. ugyanis egyrészt módot ad rá, hogy a jogszabály a korlátozottan cselekvőképese személyt is feljogosítsa személyes jellegű jognyilatkozat tételére, másrészt a korlátozottan cselekvőképese személy egyes jognyilatkozatait érvényesnek ismeri el. Ide tartozik, hogy a mindennapi élet szokásos szükségleteinek fedezése körébe tartozó szerződést köthet, rendelkezhet keresményével, erre kötelezettséget is vállalhat, megköthet szerződéseket, melyekkel előnyt szerez.<sup>7</sup> Ennek az értelmezésnek inkább megfelelné, ha a korlátozottan cselekvőképese beteg számára a törvény meghagyná a lehetőséget, hogy maga döntsön gyógykezelése ügyében.

Míg az invazív beavatkozások esetében a tervezet összeállítói szemléletűen arra törekedtek, hogy a beteg döntésképtelensége esetén se legyen mellőzhető a műtéti beleegyezés, a nem invazív eljárásoknál a tervezet nem biztosítja a cselekvőképtelen beteg önrendelkezési jogát. A műtétnek nem minősülő beavatkozásoknál nem írja elő, hogy be kell szerezni a cselekvőképtelen beteg képviseletére jogosított személy hozzájárulását. Ez a mulasztás az önrendelkezési jog önkényes korlátozásához vezet. A kórházi

gyógykezeléssel rutinszerűen együtt járó laboratóriumi vizsgálatok esetében még elfogadható lenne, hogy a beleegyezést megadottnak tekintsék, ám a nem műtéti terápiás eljárások körében már semmiképpen nem. A pszichiátriai betegek esetében ez azt jelentené, hogy cselekvőképtelenné válásuk időszakára kezelésüknek nem feltétele a képviselői beleegyezés. A pszichiátriai osztályokon alkalmazott kezelések ugyanis nem minősülnek invazív beavatkozásnak a tervezet értelmében. (A tervezet invazív beavatkozásnak a beteg testébe behatoló fizikai beavatkozást minősíti.) Sem az elektrosokk-kezelés, sem a pszichote-

rápia, sem a neuroleptikumok adagolása nem invazív beavatkozás az itt használt meghatározás szerint, jóllehet a beteg személyiségébe és tudati állapotába behatoló eljárásokról van szó. Abból az elvből kiindulva, hogy a cselekvőképtelen beteget is megilleti az önrendelkezéshez való jog, a törvénynek a terápiás eljárásokról is úgy kellene rendelkeznie, mint a műtéti beavatkozásokról: a beteg feljogosított képviselőjének beleegyező nyilatkozatához kellene kötnie a kezelés megkezdését.

## A PSZICHIÁTRIA INTÉZMÉNYRENDSZERÉNEK REFORMJÁRÓL

A pszichiátriai betegek gyógykezelésének szabályozásakor abból az alapelvből indul ki a tervezet, hogy kizárólag az állapotuknak megfelelő intézményekben, emberi méltóságuk tiszteletben tartásával szabad kezelni őket. A magyar pszichiátriai intézményrendszer sajnálatos módon nem felel meg ennek a vezérelvnek. A betegek ellátásában dominál az aktív kórházi osztályon folytatott kezelés és a szociális otthonokban való elkülönítés, így kevés esély van arra, hogy a beteg valóban az állapotának megfelelő intézményben lássák el. Sérelmet szenved a pszichiátriai betegeknek a gyógykezeléshez való joga, amely megkívánná, hogy minden beteget a reá kidolgozott egyéni kezelési terv szerint, a betegsége ellátására legalkalmasabb és legfelkészültebb intézményben kell lefolytatni. A pszichiátriai ellátó intézmények között óriási színvonalbeli különbségek mutatkoznak. Ha egy több száz beteget ellátó pszichiátriai otthonban összesen két kádban, hetente egyszer fürödhetnek a betegek, akkor a meztelenül sorokra váró betegek láttán aligha jut eszünkbe, hogy itt személyes méltóságukat tiszteletben tartva gyógyítanak embereket.

A pszichiátria intézményrendszerének reformja elkerülhetetlen. Jelenleg a fekvőbetegellátás dominál, a közösségi pszichiátria ellátó intézményei teljességgel hiányoznak. Ebből fakadóan a betegek nem a valódi terápiás szükségletüknek megfelelő ellátásban részesülnek, nem is kerülhetnek olyan intézményekbe, ahol jogaikat csak olyan mértékben korlátozzák, amit állapotuk feltétlenül szükségessé tesz. A fennálló helyzet nem felel meg sem a pszichiátria mai állásának, sem a demokratikus jogrend követelményeinek.

Az új egészségügyi törvénynek rendelkeznie kellene a pszichiátria reformjának megindításáról, és a reform irányait is meg kellene szabnia. Az ügy már súlyánál fogva is megkívánná a törvényi szabályozást. A törvénynek kellene rögzítenie, hogy az egyes lakóközvetekben milyen pszichiátriai ellátó formákat kell biztosítani: krízis-centrumot, pszichiátriai ambulanciát, kórházi osztályt, pszichoterápiát, illetve szocioterápiát nyújtó programokat, klubszerű intézményeket, csoportos lakhelyeket. Jelenleg komoly ágyleépítés zajlik a pszichiátriában, amit nem kísérnek az intézményi átalakítás törekvései. Nem egyszer éppen a legszínvonalasabb pszichoterápiás osztályokat számolják föl, az így megtakarított pénz pedig elvész a pszichiátria számára. Nem csoda, hogy még azok sem támogatják az ágyak felszámolását, akik tisztában vannak vele, hogy a magyar pszichiátriai ellátás túlzott mértékben a fekvőbeteg intézetekre épül. A törvény időhatárokat is szabhatna a folyamat számára: például egyes intézmények átalakítására tíz évet hagyhatna, másokéra ötöt. Hasonló induló helyzetben alkották meg Franciaországban az úgynevezett szektorizációs törvényt, amely hasonló elgondolások szerint szabályozta a pszichiátria reformját.

A törvény egy olyan testület felállításáról is rendelkezhetne, amely irányítaná és felügyelné a pszichiá-

tria átalakítását: felmerné a jelen helyzetet, megtervezné a változásokat, és időről időre beszámolna a folyamat alakulásáról.

Az egészségügyi törvény megalkotásával az állam megteremti a törvényes kereteket arra, hogy közhatalmi funkcióinál fogva intézkedjék a pszichiátriai betegek kötelező intézeti gyógykezeléséről. Elmulasztott ugyanakkor arról gondoskodni, hogy a kezelésekre a lehető legkevesebb korlátozással élő, a betegeknek a gyógykezeléshez való jogát biztosítani képes intézményekben kerülhessen sor. *Quid pro quo*: ha az állam fenntartja magának a jogot, hogy a pszichiátriai betegekkel szemben kényszerintézkedéseket rendeljen el, cserében biztosítania kell számukra az emberi méltóságukat tiszteletben tartó, korszerű gyógykezelést.

## JEGYZETEK

- 1 A tervezet megjelent a *Psychiatria Hungarica* 1991. decemberi számában: *Javaslat a pszichiátriai betegek intézeti (intramurális) gyógykezelésének jogi szabályozására*. 403–418. old.
- 2 Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény 35. § (1) bekezdés.
- 3 *A betegek emberi és állampolgári jogainak érvényesülése a pszichiátriai fekvőbetegintézetekben és pszichiátriai otthonokban*. Jelentés az OBH 2255/1996. számú vizsgálatáról, 1996. március–április.
- 4 *Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország*. Mental Disability Rights International, Washington D.C. 1997.
- 5 Polgári Törvénykönyv 15–17. §.
- 6 Jelentés az OBH 2255/1996. számú vizsgálatáról. 86. old.
- 7 Polgári Törvénykönyv 14. §.